

**CONTRIBUIÇÕES DA MUSICOTERAPIA  
PARA A DÍADE MÃE-BEBÊ PRÉ-TERMO NA UTI NEONATAL**

**Ambra Palazzi**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia sob orientação do Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini

Supervisora da intervenção musicoterápica

Prof<sup>a</sup>. Rita Meschini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, março de 2016

## AGRADECIMENTOS

Sempre tive a sensação que as palavras conseguiam representar apenas o esqueleto dos meus pensamentos e emoções e talvez é por isso que entrei no mundo da musicoterapia. Esta sensação me parece ainda mais forte nesse momento, onde queria resumir em poucos parágrafos os últimos dois anos da minha vida, através de um idioma que não me pertence.

Agradeço primeiramente ao meu orientador, Cesar Augusto Piccinini, que, apesar da minha “teimosia italiana”, me apoiou e acompanhou durante todo o desenvolvimento desse estudo, oferecendo a sua atenção, dedicação e paciência. Agradeço à musicoterapeuta e supervisora clínica Rita Meschini, que esteve sempre presente ao longo de minha trajetória na musicoterapia e que me acompanhou nessa aventura, oferecendo a sua escuta, o seu apoio e a sua amizade.

Aos professores da banca, Giana Bitencourt Frizzo, Angela Helena Marin e Gustavo Schulz Gattino, pelas importantes contribuições a esse estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pelo acolhimento e os ensinamentos ao longo de todo o Mestrado. Ao professor Jonathan Tudge pelos seus ensinamentos e pelo apoio constante.

Ao musicoterapeuta Mark Ettenberger pelas valiosas contribuições à intervenção musicoterápica.

A todos os colegas do Núcleo de Infância e Família que contribuíram ao meu crescimento pessoal e profissional. A todos os integrantes do projeto PREPAR por ter me ajudado a conhecer e entrar no mundo da prematuridade e por ter compartilhado comigo os desafios e as belezas desse mundo. Um agradecimento especial vai à Paula, pelo apoio, a presença constante e a amizade nos momentos bons e ruins da minha vida acadêmica e pessoal.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e ao CNPq, por viabilizar estrutura e recursos necessários para a realização desse estudo.

Um agradecimento especial vai a todos os profissionais da Unidade de Neonatologia do HMIPV, às médicas, às enfermeiras, às técnicas de enfermagem, às fonoaudiólogas, às fisioterapeutas, aos residentes médicos e às residentes multiprofissionais. Obrigada por ter me acolhido, ter apostado no projeto de musicoterapia e ter me ajudado na sua realização. Em particular, agradeço à psicóloga Tatiana Giron Cardon por ter acreditado desde o início nesse estudo e por ter me apoiado com entusiasmo durante todo o trabalho na UTINeo.

À bolsista do projeto, Camila, que compartilhou comigo desafios e satisfações da musicoterapia na UTINeo e que, além de ser uma grande ajudante durante a coleta no hospital e na análise dos dados, se tornou uma preciosa amiga.

Ao Ruan que, apesar de ser entrado no projeto bem no final, trouxe uma contribuição fundamental: nunca teria conseguido realizar a partitura musical em anexo sem a sua ajuda.

À minha família e aos meus amigos na Itália, por estarem sempre “perto” de mim, por serem minhas raízes e minha base.

À minha segunda família no Brasil, o Coral da UFRGS, por ter me feito sentir em casa desde o início da minha chegada em Porto Alegre, por ter me feito sentir menos só e menos

perdida. Os meus momentos melhores aqui no Brasil são os que passei com vocês! Em particular, agradeço ao Flávio, à Berna e à Lis pela amizade e o companheirismo nesses anos.

A toda a equipe do Centro de Neuropsicologia Bitácora, pelo acolhimento e os valiosos ensinamentos profissionais e pessoais.

Ao meu grupo de psicodrama e as minhas terapeutas, Lígia Beatriz Becker e Marta Echenique, pela escuta, o apoio, as emoções e as brincadeiras, por cuidar de mim, da minha criatividade e do meu crescimento.

Ao Paolo, simplesmente por estar junto, sempre. Te amo.

O agradecimento maior vai a todas as mães e os bebês que participaram do projeto de musicoterapia na UTINeo da HMIPV, às mães que confiaram em mim e que aceitaram compartilhar parte das suas histórias e das suas músicas comigo, às que me desafiaram e que me mostraram minhas fragilidades, às que me emocionaram com suas vidas e seus cantos. É incrível o quanto consegui aprender, profissionalmente e pessoalmente, em tão pouco tempo. E tudo isso é só graças a essas super-heroínas e esses pequenos super-heróis.

Aos super-heróis mais poderosos do mundo, Francesca e Giosué. Grazie!

Por fim, ao Brasil, por todas as oportunidades, as experiências e os ensinamentos que me proporcionou. Espero que, no final de minha trajetória aqui, estarei capaz de devolver pelo menos uma parte de tudo isso, em troca do que recebi por esse país.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	6
<b>RESUMO</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
Apresentação .....	9
1.1 O contexto da prematuridade.....	9
1.2 Intervenções precoces no contexto da prematuridade.....	13
1.3 Competências auditivas e musicais precoces do recém-nascido.....	16
1.4 Musicoterapia no contexto da prematuridade.....	22
1.5 Justificativa e objetivos do estudo.....	33
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>35</b>
<b>MÉTODO</b> .....	<b>35</b>
2.1 Participantes.....	35
2.2 Delineamento e Procedimentos.....	36
2.3 Instrumentos.....	37
2.4 Considerações éticas.....	41
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>42</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
3.1 Caracterização do caso: Natalia e Ana.....	45
3.2 Implementação da <i>Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo</i> – IMUSP.....	52
3.2.1 Síntese dos encontros.....	65
3.3 Contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal.....	67
3.3.1 Empoderamento da bebê.....	67
3.3.2 Empoderamento da mãe.....	72
3.3.3 Interação mãe-bebê.....	79
3.3.4 Musicalidade comunicativa.....	85
<b>CAPÍTULO</b>	
<b>IV</b> .....	<b>89</b>
<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>89</b>
4.1 Considerações finais.....	100
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>

<b>ANEXO A</b> .....	<b>118</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>119</b>
<b>ANEXO C</b> .....	<b>121</b>
<b>ANEXO D</b> .....	<b>123</b>
<b>ANEXO E</b> .....	<b>124</b>
<b>ANEXO F</b> .....	<b>126</b>
<b>ANEXO G</b> .....	<b>129</b>
<b>ANEXO H</b> .....	<b>133</b>
<b>ANEXO I</b> .....	<b>134</b>
<b>ANEXO J</b> .....	<b>135</b>
<b>ANEXO K</b> .....	<b>136</b>
<b>ANEXO L</b> .....	<b>137</b>
<b>ANEXO M</b> .....	<b>139</b>
<b>ANEXO N</b> .....	<b>141</b>
<b>ANEXO O</b> .....	<b>143</b>

**LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1.** *Partitura musical do canto improvisado no encontro 6 da IMUSP.....60*
- Figura 2.** *Partitura musical do canto improvisado no encontro 7 da IMUSP.....62*

## RESUMO

O presente estudo investigou as contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal, em particular suas contribuições para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê. Participaram uma mãe e sua filha nascida extremamente prematura (27 semanas) e internada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) de um hospital público de Porto Alegre. Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único, em que se avaliou as contribuições da *Intervenção Musicoterápica para Mãe-Bebê Pré-termo – IMUSP*, desenvolvida para o estudo. Na Fase 1 (pré-IMUSP) a mãe respondeu a entrevistas iniciais sobre a maternidade e seu histórico sonoro-musical. Na Fase 2 (IMUSP) a díade participou de nove encontros propostos pela intervenção, que tinha por objetivo sensibilizar e acompanhar a mãe a cantar para a filha. Nas Fases 3 (pós-IMUSP), 4 (pré-alta) e 5 (pós-alta) a mãe respondeu a entrevistas de avaliação da intervenção e foram realizadas sessões de observação da interação mãe-bebê durante o canto e não-canto. As entrevistas e as descrições dos encontros da IMUSP e das sessões de observação, que foram filmados, foram examinadas através da análise temática, baseando-se em uma estrutura de quatro temas, derivados da literatura: (1) *empoderamento do bebê*; (2) *empoderamento da mãe*; (3) *interação mãe-bebê*; e, (4) *musicalidade comunicativa*. Os resultados mostraram que a musicoterapia contribuiu no *empoderamento da bebê*, através do relaxamento, da estabilização da saturação de oxigênio, da apresentação de novas competências, e da participação e envolvimento no canto. Também, a musicoterapia contribuiu no *empoderamento da mãe*, uma vez que, ao longo dos encontros da IMUSP e no follow up, ela conseguiu relaxar mais, superar a vergonha e o medo de interagir com a bebê, fortalecer suas competências maternas e mostrar autonomia no canto. Dessa forma, a musicoterapia contribuiu também na *interação mãe-bebê*, uma vez que, especialmente na pré e pós-alta, os episódios de canto permitiram contatos face-a-face e olhares recíprocos mãe-bebê mais prolongados e evidenciaram uma contingência entre os comportamentos da díade. Por fim, identificou-se também a *musicalidade comunicativa* entre mãe e bebê na pós-alta, uma vez que a díade se comunicava de uma forma musical, negociando e coordenando reciprocamente as suas respostas vocais e não-vocais. Os resultados corroboram a literatura e apoiam a expectativa inicial de que a musicoterapia contribui para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê.

*Palavras-chave:* Prematuridade; UTI Neonatal; musicoterapia; interação mãe-bebê.

## ABSTRACT

This study investigated the contributions of music therapy for the mother-preterm infant dyad in the NICU, in particular the contributions for the infant, the mother and mother-infant interaction. Participants were a mother and her extremely preterm daughter (27 weeks), admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of a public hospital in Porto Alegre. A single-case study design was used, in order to assess the contributions of the *Music Therapy Intervention for Mother-Preterm Infant* – MUSIP, developed for the study. In Phase 1 (pre-MUSIP) the mother answered to initial interviews about motherhood and her musical history. In Phase 2 (MUSIP) the mother-infant dyad participated in nine sessions, with the goal of sensitizing and accompanying the mother to sing for her daughter. In Phases 3 (post-MUSIP), 4 (pre-discharge) and 5 (post-discharge), the mother answered to assessment interviews and the dyad was observed during mother-infant interaction with singing and non-singing. Interviews and descriptions of the videotaped MUSIP sessions, as well as of the videotaped observation sessions, were examined through thematic analysis, based on a structure of four themes, which were derived from literature: (1) *infant's empowerment*; (2) *mother's empowerment*; (3) *mother-infant interaction*; and, (4) *communicative musicality*. Results showed that music therapy contributed to *infant's empowerment*, since the infant was able to relax, to stabilize the oxygen saturation, to show new competences, and to participate and engage during singing. Moreover, music therapy contributed to *mother's empowerment*, both during MUSIP sessions and observation sessions, considering that she was able to relax, to overcome the shame and the fear of interacting with her daughter, to empower her maternal competences, and to show autonomy in singing. Therefore, music therapy contributed to *mother-infant interaction*, especially in pre and post-discharge, since maternal singing provided extended face to face contacts and mutual gazes, and it showed contingency between mother's and infant's behaviors. Finally, mother-infant *communicative musicality* was found in the post-discharge period, considering that the mother and her daughter communicated with a mutual co-ordination and co-operation of their vocal and non-vocal answers. Results support the literature and the initial expectation that music therapy contributes for the infant, the mother and mother-infant interaction.

*Key-words:* Prematurity; NICU; Music therapy; mother-infant interaction.



## CAPÍTULO I INTRODUÇÃO

### **Apresentação**

O nascimento de um bebê pré-termo caracteriza-se como um evento traumático e desafiador na sua vida e da sua família que, além da experiência da prematuridade em si, frequentemente enfrentam os cuidados intensivos, altamente tecnológicos e hiperestimulantes da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINeo) (Jefferies, 2014). Dessa forma, a prematuridade constitui um problema de saúde global, necessitando de intervenções precoces voltadas à saúde e ao bem-estar dos bebês e das famílias (March of Dimes, PMNCH, Save the Children, & WHO, 2012).

A precocidade das competências auditivas e musicais dos bebês e a universalidade dos elementos musicais no canto dirigido ao bebê justificam a importância da música vocal, em particular do canto materno, na construção dos vínculos afetivos (Peretz, 2010; Butler, O'Sullivan, Shah, & Berthier, 2014). Por isso, a musicoterapia é uma intervenção emergente no contexto da prematuridade e vários estudos apontam para resultados positivos nesta área, tanto para o bebê pré-termo quanto para a sua família (Haslbeck, 2012a; Standley, 2012a). Em particular, intervenções de musicoterapia ativa que incluem a mãe e promovem o canto materno com o bebê, fornecendo um acompanhamento constante para a díade, seriam particularmente eficazes para o bem-estar do bebê, da mãe e para o vínculo entre eles (Haslbeck, 2014; Cevasco, 2008; Blumenfeld & Eisenfeld, 2006).

Na introdução do presente estudo, inicialmente será caracterizado o contexto da prematuridade e serão apresentadas algumas das intervenções precoces implementadas neste âmbito. A seguir serão descritas as competências auditivas e musicais precoces do bebê e, por fim, será caracterizada a musicoterapia no contexto da prematuridade, através de uma revisão da literatura dos estudos nacionais e internacionais.

### **1.1 O contexto da prematuridade**

A prematuridade é a primeira causa de morte neonatal no mundo, representando um problema de saúde global e multifacetado (Liu et al., 2014). De fato, acerca de 11% dos nascimentos no mundo inteiro são prematuros e o Brasil encontra-se entre os dez países com o maior índice 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 & 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 & 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 & 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 anóxia, a apneia, a hiperbilirrubinemia e as infecções, que têm sido frequentemente apontadas como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento neurológico e intelectual (Zomignani, Zambelli & Antonio, 2009). Em particular, 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-hemorragico (Rushing & Ment, 2004).

O nascimento prematuro pode afetar o desenvolvimento do bebê e estar associado a maiores riscos de paralisia cerebral, dificuldades de aprendizagem, distúrbios visuais, além de afetar a saúde física no longo prazo (Blencowe et al., 2012; Rogers & Velten, 2011). De fato, vários estudos, tanto nacionais quanto internacionais, destacam que a prematuridade pode afetar o desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico, comportamental e socioemocional do bebê (Maggi, Magalhães, Campos & Bouzada, 2014; Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus, Goudoever & Oosterlaan, 2009; Huhtala et al., 2012; Langerock et al., 2013). Em particular, a metanálise realizada 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.

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 (Feijó, 1998). Frequentemente mães de bebês prematuros apresentam níveis de estresse maior do que de mães de bebês nascidos a termo, além de terem maiores riscos de sofrer depressão e ansiedade após a alta hospitalar (Cruvinel & Machado, 2007). Por exemplo, o estudo de Flacking, Ewald, Nyqvist e Starrin (2006) objetivou explorar as vivências emocionais de mães de bebês muito pré-termo no processo de aleitamento e como este processo estava

relacionado 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 constataram que a qualidade do vínculo entre mãe e bebê foi afetada não apenas pelas interações diádicas, mas também pelo contexto da UTINeo e as relações entre a mãe e a equipe médica.

Assim como destacado no estudo de 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 exacerbados 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 contexto muito desafiadora. De fato, no estudo de Hughes, Shults, McGrath e Medoff-Cooper (2002) bebês pré-termo de seis semanas (idade corrigida) foram percebidos pelos pais como menos regulares e previsíveis nas funções físicas como sono e alimentação em comparação 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, necessitando, desta forma, 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).

Vários estudos 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 objetivo de investigar 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. Entretanto, os autores especificaram 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.

Similarmente à metanálise de Bilgin e Wolke (2015), a revisão sistemática de Korja, Latva e Lehtonen (2012) analisou estudos sobre as representações maternas de apego, a interação mãe-bebê e o apego infantil em bebês pré-termo e suas mães, visando investigar os efeitos da prematuridade durante os primeiros dois anos de vida do bebê. Os autores revelaram que as representações maternas de apego não foram diferentes entre mães de bebês prematuros e a termo, evidenciando que as díades mãe-bebê pré-termo têm as mesmas possibilidades de desenvolver um apego seguro que as mães de bebês a termo. Entretanto, os estudos revisados evidenciaram que o apego das mães de bebês prematuros 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 prematuros mostrou-se menos sensível, mais intrusivo, estimulante e controlador, enquanto os bebês pré-termo pareceram mais passivos e menos alerta. Contudo, esses resultados são ainda inconsistentes, uma vez que existem estudos destacando 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, Bee & Hammond, 1984; Goldberg, Perrotta, Minde & Corter, 1986; Greenberg & Crnic, 1988; Muller-Nix et al., 2004).

Apesar dos resultados positivos dos estudos mais recentes, há pesquisas que destacaram o impacto da prematuridade no vínculo mãe-bebê, mostrando 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, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger & Muller-Nix, 2006). Também, vários estudos destacaram 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 & Eidelman, 2007; Huhtala et al., 2012). Por exemplo, Feldman e Eidelman (2007) encontraram 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, apresentaram-se menos sincrônicas em comparação com as interações entre bebês nascidos a termo e seus pais. Além disso, o estudo de Huhtala et al. (2012) mostrou 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 maior estresse e o fraco senso de coerência (correspondente ao quanto o indivíduo considera a sua vida compreensível, significativa e fácil de se lidar) em ambos os pais se correlacionaram com problemas comportamentais das crianças aos três anos de idade.

Além da 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, Carvalho, Machado & Martinez, 2003; White-Traut & Norr, 2009). Em função disto, diversas intervenções têm sido propostas no contexto da prematuridade, como será destacado a seguir.

## **1.2 Intervenções precoces no contexto da prematuridade**

Como visto anteriormente, a prematuridade pode afetar o desenvolvimento do bebê pré-termo, o bem-estar materno e o vínculo mãe-bebê, sendo por isso importante implementar intervenções precoces, individualizadas e focadas na família. A revisão sistemática conduzida por Cleveland (2008) mostrou que pais e mães de bebês internados nas UTI Neonatais de diferentes hospitais experienciam exigências parecidas: ser adequadamente informados e incluídos nos cuidados do bebê, vigiar e proteger o bebê, ter contato com ele, ser percebidos positivamente pela equipe médica, receber um cuidado individualizado e estabelecer uma relação terapêutica com os profissionais da UTINeo. Além disso, os estudos revisados pelo mesmo autor, evidenciaram os comportamentos dos enfermeiros que permitem o atendimento dessas necessidades parentais: apoiar emocionalmente os pais, favorecer o empoderamento deles, oferecer um ambiente acolhedor e ensinar os pais, oferecendo a oportunidade de praticar novas habilidades através da participação guiada (Cleveland, 2008).

Visando atender às exigências das famílias de bebês prematuros durante a internação, nas últimas décadas foram implementadas internacionalmente políticas de saúde pública e intervenções precoces específicas, a fim de promover o cuidado humanizado e individualizado na UTINeo e favorecer o bem-estar dos bebês e dos pais. Estas intervenções foram revistas em diversas revisões sistemáticas (Orton, Spittle, Doyle, Anderson & Boyd,

2009; Brett et al., 2011; Sutton & Darmstadt, 2013), que revelaram a eficácia a curto prazo de intervenções precoces endereçadas ao desenvolvimento do bebê prematuro e ao fortalecimento, o acompanhamento e a inclusão dos pais nos cuidados, destacando entretanto a grande variabilidade desses programas e, por isso, a dificuldade de identificar os conjuntos de intervenções mais eficazes (Orton et al., 2009).

Com vista a resolver essa dificuldade, a revisão mais recente de Sutton e Darmstadt (2013) forneceu algumas recomendações para a realização de intervenções eficazes e econômicas em contexto de nascimento prematuro, entre as quais encontram-se: favorecer a amamentação através do contato pele-a-pele, facilitar as interações pais-bebê ou cuidador-bebê através do brincar, da leitura e de disciplinas positivas, implementar programas educacionais no hospital ou em casa, orientar às mães a serem mais sensíveis e responsivas aos sinais fisiológicos, comportamentais e sociais do bebê, reduzir o estresse e a depressão parental através de grupos de apoio, oferecer aconselhamento e fortalecimento socioeconômico, e aumentar o nível de consciência de pais e educadores para identificarem eventuais prejuízos decorrentes do nascimento pré-termo.

Examinando as diversas revisões da literatura (Als, 1986, 2009; Ohlsson & Jacobs, 2013; Feijó, 1998; White-Traut et al., 2013; Spittle et al., 2009; Kymre, 2014; Standley, 2012a; Orton et al., 2009; Brett et al., 2011; Sutton & Darmstadt, 2013), encontram-se inúmeros programas e intervenções precoces endereçados à prematuridade, que diferem quanto: 1) aos destinatários (dirigidos ao bebê, mãe-bebê, pai-bebê, mães e pais, e enfermeiros); 2) aos profissionais que realizam as intervenções (psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional, entre outros); 3) aos objetivos e ao foco da intervenção (desenvolvimento neurológico, cognitivo, motor, linguístico, comportamental ou socio-emocional do bebê, bem-estar dos pais, relação pais-bebê); 4) à modalidade da intervenção (estimulação infantil, fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, psicoterapia, aconselhamento, treinamento, psicoeducação, intervenção precoce através do auxílio de vídeos, ligações para a casa ou materiais informativos, entre outros); 5) ao tipo de estimulação oferecida ao bebê (uni-sensorial ou multi-sensorial, através de modalidades como massagem, estimulação tátil-cinestésica, vestibular, visual, estimulação auditiva com sons, fala ou canto materno, estimulação musical); 6) à duração e à fase envolvida (durante a internação, na internação com seguimento após a alta, em casa após a alta).

Entre os estudos mais importantes destacam-se, por exemplo, o “*Newborn*

*Individualized Developmental Care and Assessment Program/NIDCAP*” (Als, 1986, 2009; Als & Gilkerson, 1997; Fischer & Als, 2004; Ohlsson & Jacobs, 2013) que é um programa que treina os pais e os enfermeiros da UTINeo a planejar, orientar e ajustar o cuidado neonatal com base na observação dos sinais do bebê pré-termo; o “*Victoria Infant Brain Study/VIBeS*” (Spittle et al., 2009; Spencer-Smith et al., 2012) que é um programa de prevenção domiciliar realizado por um fisioterapeuta e um psicólogo para promover o desenvolvimento infantil, a saúde mental dos cuidadores e as interações bebê-cuidador; o “*Hospital to Home: Optimizing the Infant’s Environment/HHOPE*” (White-Traut & Norr, 2009; White-Traut et al., 2013) que é uma intervenção onde uma equipe de enfermagem treinada orienta a mãe a interagir com o bebê através de uma estimulação multi-sensorial na internação e com seguimento após a alta; o método mãe-canguru (Kymre, 2014; Lai et al., 2006; Ludington-Hoe, 2013; Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2014) que estimula o contato pele-a-pele prolongado entre mãe e bebê, podendo iniciar logo após o nascimento e se estendendo durante a hospitalização e após a alta, envolvendo idealmente amamentação; as intervenções com estimulação musical e musicoterapia (Standley, 2012a; Haslbeck, 2012a), que serão particularmente destacadas no presente projeto.

No Brasil, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, promoveu diretrizes específicas para garantir atenção humanizada ao recém-nascido grave e estimular o protagonismo dos pais nos cuidados (Brasil, 2012). Isso permitiu a implementação de intervenções precoces voltadas ao bem-estar dos bebês pré-termo e de suas famílias. Por exemplo, há 14 anos o método mãe-canguru é uma das políticas públicas promovidas no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo empregado nos cuidados neonatais de cerca de 160 maternidades brasileiras (Brasil 2014) e diversos estudos têm revisado os seus resultados no Brasil (Spehar & Seidl, 2013; Moreira, Romagnoli, Dias & Moreira, 2009; Vêras & Traverso-Yépez, 2011). Além do método canguru, outras intervenções precoces têm sido realizadas para favorecer o desenvolvimento dos bebês, o bem-estar dos pais ou o vínculo pais-bebê como, por exemplo, a proposta de Feijó (1998) envolvendo estimulação tátil e fala afetiva materna; a aplicação da Escala de Avaliação do Comportamento do Neonato do Brazelton como forma de intervenção endereçada aos pais e aos bebês (Meyerhof, 1995); a intervenção com massagem de Freitas, Lopes, Figueiredo e Cunha (2010); a intervenção baseada na utilização de um vídeo sobre as capacidades perceptivas, de interação social e de organização e regulação do estado dos bebês para favorecer a qualidade do vínculo mãe-bebê (Brum & Shermann, 2007) e algumas experiências de musicoterapia (Fracalossi, 2003; Karst, 2004; Silva, Cação, Silva, Marques e

Merey, 2013; Vianna, Barbosa, Carvalhaes & Cunha, 2011) que serão aprofundadas nas próximas seções do presente projeto.

Apesar das recentes políticas promovidas pelo Ministério da Saúde em relação à humanização dos cuidados do recém-nascido, destaca-se que são escassas e ainda pouco documentadas as intervenções realizadas no contexto brasileiro, particularmente envolvendo nascimento pré-termo. Além disto, várias das intervenções propostas têm sido realizadas como parte de projetos de pesquisas e não passam a se constituir em prática cotidiana nos hospitais. Mesmo o método mãe-canguru, que é uma das práticas mais estabelecidas, é ainda pouco usado, ou quando implementado tem sua aplicação descontinuada, dependendo das condições de cada hospital. Por isso, é ainda preciso fortalecer uma política pública voltada a intervenções precoces, particularmente frente ao nascimento prematuro.

### **1.3 Competências auditivas e musicais precoces do recém-nascido**

Existe uma vasta literatura que investiga as capacidades dos bebês, tanto físicas quanto sociais, de conhecer o mundo e interagir com ele. A revisão de Seidl de Moura e Ribas (2004) permitiu ilustrar as diversas evidências sobre as competências precoces do recém-nascido. Os bebês humanos, comparados com outras espécies, nascem mais imaturos, uma vez que estão menos equipados a sobreviver sem a ajuda e o suporte dos seus cuidadores. Isso faz com que o seu desenvolvimento seja moldado pelo contexto cultural e de socialização ao qual pertence, através das primeiras experiências interacionais com os seus cuidadores.

Entretanto, apesar dessa imaturidade inicial, o bebê nasce com competências específicas que o preparam e o predispõem às trocas com os cuidadores, permitindo a aquisição de informações do seu ambiente. Entre as diversas competências iniciais do recém-nascido, Seidl de Moura e Ribas (2004) destacaram a capacidade de perceber e discriminar estímulos em várias modalidades sensoriais, tais como a audição, o olfato, o paladar e, de uma forma menos desenvolvida, a visão; de orientar a cabeça para sons; de tratar e integrar as informações de duas modalidades sensoriais diferentes, tais como toque e visão; de coordenar os movimentos mão-boca e mão-olho; de diferenciar e regular os padrões rítmicos da sucção.

Além disso, as autoras ressaltaram que os bebês possuem competências sociais específicas que os capacitam para as primeiras interações com seus cuidadores, em particular com a mãe. Por exemplo, o recém-nascido pode discriminar e manifestar preferências pela visualização de configurações de rostos humanos, consegue imitar movimentos faciais já nas primeiras horas de vida, é capaz de distinguir sua mãe de uma estranha com base no odor e



possui um sistema auditivo pré-adaptado para preferir a voz e a fala humana, em particular a voz materna.

Algumas das competências do recém-nascido desenvolvem-se já durante o período pré-natal. Entre elas, a audição destaca-se por ser uma das mais precoces, uma vez que começa a desenvolver-se já a partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação (McMahon, Wintermark & Lahav, 2012). Aproximadamente entre a 23<sup>a</sup> e a 25<sup>a</sup> semana gestacional, todas as estruturas do ouvido estão prontas para entrar em funcionamento, sendo que as primeiras respostas fetais ao som ocorrem neste período, em torno da 26<sup>a</sup> semana (Lasky & William, 2005; McMahon et al., 2012). A maturação completa da cóclea ocorre na 35<sup>a</sup> semana, quando o processamento auditivo permite facilitar a criação de memórias e aprendizagem (Lasky & Williams, 2005; McMahon et al., 2012).

O ambiente intrauterino representa uma fonte de estimulação sonora muito rica, sendo caracterizado por sons internos, como o constante ritmo cardíaco da mãe e os sons da digestão, e por sons externos, cuja transmissão é filtrada pelos tecidos maternos, a parede uterina e o líquido amniótico, que deixam passar as frequências sonoras mais graves (Fischer & Als, 2004). A voz materna, com todas suas características musicais específicas como entonação, ritmo e acentuação, domina o ambiente sonoro intrauterino, providenciando uma fonte única de estimulação auditiva, vibracional e vestibular para o desenvolvimento do feto (Butler et al., 2014) e representando um elemento sonoro e afetivo constante (Fischer & Als, 2004).

De fato, o feto é capaz de reconhecer a voz materna (Kisilevsky et al., 2003) e reage, tanto à voz quanto à música, através de respostas motoras e aceleração da frequência cardíaca (Al-Qahtani, 2005). Da mesma forma, a importância da voz da mãe durante o período pré-natal reflete também nas preferências do recém-nascido pela voz materna em comparação à uma voz desconhecida (DeCasper & Fifer, 1980). Também, existem evidências do fenômeno chamado de “aprendizagem transnatal” (Moon & Fifer, 2000), que corresponde à capacidade do feto de aprender durante a vida intrauterina. Por exemplo, os recém-nascidos preferem músicas ou histórias ouvidas repetidamente durante a gestação (Fischer & Als, 2004) e apresentam uma maior atividade cerebral para pseudopalavras às quais foram expostos no útero (Partanen et al., 2013). Também, Mampe et al. (2009) mostraram que bebês alemães e franceses de cinco dias de vida possuíam diferentes entonações de choro em função da diferente língua materna ouvida durante a gestação.

Além disso, os recém-nascidos e bebês a termo e pré-termo preferem a fala dirigida ao

bebê à fala dirigida ao adulto<sup>1</sup> (Cooper & Aslin, 1990; Butler et al., 2014). De fato, a fala dirigida ao bebê permite chamar e manter mais a atenção dele, uma vez que contem claros elementos musicais, como o tom mais agudo, a repetição de simples células melódicas e rítmicas, o tempo mais lento e as vogais alongadas, que expressam-se através da prosódia e dos elementos paralinguísticos da linguagem (Trehub, Unyk & Trainor, 1993; Unyk, Trehub, Trainor & Schellenberg, 1992).

Vários estudos se interessaram em aprofundar os aspectos musicais da fala dirigida ao bebê e a musicalidade da interação mãe-bebê. Entre eles, destaca-se o estudo de Malloch (1999) que, empregando a música como modelo, realizou a análise acústica das vocalizações mãe-bebê. O autor observou que a mãe e seu bebê interagem e comunicam através de um diálogo musical, que ele definiu “musicalidade comunicativa”, sendo constituído por três dimensões musicais: pulsação, qualidade e narrativa. A análise espectrográfica da pulsação das vocalizações mãe-bebê permitiu identificar o início e o fim de cada vocalização, o movimento geral da entonação e sua amplitude através do tempo. Ele identificou que, dividindo as vocalizações em compassos musicais iguais, as trocas vocais entre mãe e bebê aconteciam de uma forma regular, coordenada e negociada pelos dois. A segunda dimensão é a qualidade das trocas vocais, caracterizada pelos contornos melódicos e tímbricos das vocalizações. Analisando as frequências das vocalizações, foi possível perceber que a mãe está consciente da entonação das vocalizações dos bebês, sendo que frequentemente as imita e regula a exploração melódica da díade. A terceira dimensão da “musicalidade comunicativa” é a narrativa, que nasce da fusão entre pulsação e qualidade da entonação e que permite aos dois interlocutores compartilhar um sentido comum da passagem do tempo. Malloch analisou as trocas vocais entre uma mãe que recitava uma rima infantil e seu bebê de quatro meses, observando que ele respondia no tempo correto e conseguia interagir com a mãe de uma forma variada e consistente com as vocalizações maternas. Isso permitiu mostrar que, mesmo um bebê de poucos meses, pode ser capaz de entrar na estrutura de uma brincadeira rítmica, participando de uma forma musical.

O estudo de Malloch (1999) sobre a “musicalidade comunicativa” permitiu ressaltar que mãe e bebê são capazes de coordenar as suas trocas vocais, modificando elementos musicais tais quais a pulsação, a qualidade e a narrativa. Similarmente, o estudo de Van

---

<sup>1</sup> As expressões “*infant directed-speech*”, “*motherese*” ou “*baby-talk*” referem-se à fala prototípica utilizada por mães, pais e cuidadores ao falarem com bebês ou crianças. Esta fala é caracterizada por ser cadenciada, mais aguda, repetitiva, afetuosa e contingente (Saint-Georges et al., 2013; DeFelipe, 2014). Na língua portuguesa estas expressões têm sido traduzidas com “fala dirigida ao bebê”, “manhês” ou “mamanhês” (DeFelipe, 2014; Pessoa & Seidl de Moura, 2011; Pierotti, Levy & Zornig, 2010). Da mesma forma, considera-se “canto dirigido ao bebê” como a tradução portuguesa de “*infant-directed singing*” (Nakata & Trehub, 2004).

Puyvelde et al. (2010) investigou a sincronia tonal das interações vocais entre mãe e bebê, baseando-se no fenômeno dos harmônicos<sup>2</sup>. Quinze mães foram observadas durante a interação livre com seus bebês de 3 meses de idade e as vocalizações da díade foram analisadas por dois músicos através de programas de análise de frequência. Das 558 trocas vocais analisadas, 84% continham uma clara sincronia tonal entre mãe e bebê, sendo baseadas em séries harmônicas (71%) ou em séries pentatônicas<sup>3</sup> (29%). Também, observou-se que tanto juntos quanto independentemente, mães e bebês utilizaram significativamente mais os tons da tríade (ex. frequência fundamental, quinta justa ou terça maior) do que tons que não pertenciam à tríade. Além disso, frequentemente mães e bebês imitaram-se reciprocamente, reproduzindo os mesmos intervalos, tanto em forma absoluta quanto relativa. Os resultados desse estudo destacaram que a maioria das vocalizações entre mãe e bebê são constituídas por series harmônicas, em particular na tríade maior, e se organizam ao redor de um centro tonal.

A musicalidade da interação vocal entre mãe e bebê é vantajosa para a sobrevivência do bebê e para o vínculo da díade, contribuindo a manter e regular a atenção do bebê, favorecendo o desenvolvimento da estrutura linguística, e promovendo a comunicação das emoções e a regulação do comportamento social (Malloch, 1999; Trehub et al., 1993; Unyk et al., 1992; Butler et al., 2014).

Destaca-se que os elementos musicais da fala dirigida ao bebê são compartilhados por canções de ninar de diferentes culturas, bem como pelo canto dirigido ao bebê (Trehub et al., 1993; Unyk et al., 1992). De fato, além de preferir a fala dirigida ao bebê e a voz materna, os recém-nascidos são capazes de distinguir elementos rítmicos e melódicos (Papousek, 1996) e mostram preferência pelo canto materno em comparação à fala materna (Nakata & Trehub, 2004). O canto materno, bem como a fala, regula a ativação e a atenção, promove o vínculo mãe-bebê e apresenta-se precisamente sintonizado à idade e ao estado afetivo do bebê (Trehub & Trainor, 1998). No entanto, a repetição, a previsibilidade, a pulsação regular e o tom mais agudo do canto favorecem um maior engajamento do bebê, aumentando a sua atenção, promovendo níveis de ativação moderados e contribuindo a uma maior coordenação emocional entre mãe e bebê (Nakata & Trehub, 2004). Da mesma forma, a melodia repetitiva

---

<sup>2</sup> O som da voz humana e da maioria dos instrumentos musicais é constituído primariamente de séries harmônicas simples. Quando uma corda é tocada (a mesma coisa acontece com as pregas vocais), percebemos a frequência fundamental como a componente maior. Entretanto, outros harmônicos ressoam juntos à frequência fundamental. De fato, como resultado da normal distribuição da energia através da corda, a corda vibra como um todo, mas também como duas metades, três partes, quatro partes, etc... Dessa forma, a frequência de cada harmônico em uma série harmônica é um múltiplo da frequência fundamental mais grave. Esses harmônicos ressoam juntos à frequência fundamental, dando a impressão de um único tom e gerando a qualidade tímbrica e a cor do som (Van Puyvelde et al., 2010).

<sup>3</sup> A escala pentatônica é uma escala de cinco sons, formada por intervalos consecutivos ascendentes de quinta justa, dando origem a uma escala sem semitons, percebida como extremamente consonante e relaxante. De fato, essa escala é frequentemente utilizada nas músicas infantis e nas canções de ninar. Também, a música pentatônica parece ter um caráter universal, uma vez que tem uma origem muito antiga e é compartilhada por diferentes culturas através de todos os continentes (Van Puyvelde et al., 2010).

e a previsibilidade das canções de ninar representam uma estrutura coerente e constante (Trehub et al., 1993; Nakata & Trehub, 2004) adequadas aos padrões de expectativa do bebê (Beebe & Lachmann, 1994). A universalidade da musicalidade na fala dirigida ao bebê e a precocidade das competências auditivas e musicais dos bebês justificam a importância da música vocal. Em particular, destaca-se que o canto materno, por enfatizar os elementos musicais naturalmente presentes na fala dirigida ao bebê, seria particularmente eficaz na realização dos vínculos afetivos (Peretz, 2010).

Como visto acima, a audição é uma das mais precoces modalidades sensoriais a se desenvolver no feto. Assim sendo, ao nascer, a maioria dos bebês pré-termo possui um sistema auditivo bem evoluído. Entretanto, a imaturidade do bebê prematuro faz com que sua percepção e discriminação dos estímulos auditivos possam ser afetadas. Por exemplo, o estudo de Regnier et al. (2002, citado por Krueger, 2010) mostrou que as respostas de bebês pré-termo à voz materna é menor que a dos bebês a termo, sugerindo que também o reconhecimento da voz materna poderia estar comprometido.

A imaturidade do bebê pré-termo constitui-se como uma condição ao mesmo tempo de privação e hiperestimulação. Por um lado, ele é privado de todos os estímulos sensoriais típicos do ambiente intrauterino e adequados ao seu desenvolvimento, incluindo o elemento fundamental da voz materna (Butler et al., 2014; Krueger, 2010). A privação de sons como as frequências graves da voz materna e o ritmo contínuo da sua batida cardíaca em um período crítico do desenvolvimento cerebral, tais como o período em que o bebê pré-termo encontra-se na UTI Neonatal, pode afetar profundamente a maturação do cérebro do bebê, tendo consequências na futura aquisição da linguagem (Shahidullah & Hepper, 1994; McMahan et al., 2012). Por outro lado, o prematuro é exposto a uma grande variedade de estímulos não-contingentes como os sons dos aparelhos, os alarmes dos monitores e as vozes da equipe médica, que podem ser causa de hiperestimulação e exacerbar ainda mais a sua fragilidade (Filippa, Devouche, Arioni, Imberty & Gratier, 2013).

McMahan et al. (2012) propuseram algumas soluções para resolver os dois maiores problemas relacionados ao ambiente sonoro da UTINeo: o alto nível de barulho e a falta de estímulos auditivos significativos em um período tão fundamental para o desenvolvimento cerebral. Entre as soluções sugeridas encontram-se a criação de quartos individuais nas UTI Neonatais, a redução da intensidade dos alarmes dos equipamentos ou a substituição com vibração, a orientação aos profissionais da saúde sobre o impacto negativo do barulho no desenvolvimento cerebral dos bebês, a monitoração regular dos níveis de barulho no ambiente

e a evitação em utilizar protetores de ouvido para os bebês. Além disso, para enfrentar o problema da deprivação de estímulos auditivos, McMahon et al. (2012) sugeriram implementar o método mãe-canguru nas UTI Neonatais, estimular o bebê na incubadora através da voz e do canto materno, gravado ou ao vivo, e promover a sensibilidade dos profissionais da saúde ao estado do bebê.

Conforme as recomendações da *American Academy of Pediatrics* (1997), o nível de ruído contínuo nas UTI Neonatais não deveria exceder os 45 dB, que corresponde aproximadamente ao ambiente acústico doméstico; também, estímulos auditivos como a voz humana, o som de instrumentos ou a música não deveriam exceder os 75 dB (*American Academy of Pediatrics*, 1997; Lubetzky et al., 2010; Standley, 2002). Entretanto, o ambiente sonoro das UTI Neonatais frequentemente providencia estímulos auditivos inadequados a bebês pré-termo, tanto com relação à intensidade sonora quanto à frequência (Kellam & Bhatia, 2008).

Como foi visto acima, respeitando os critérios de cuidado humanizado implementados nas UTI Neonatais, entre os quais encontram-se também as normas acústicas, é possível implementar intervenções precoces voltadas ao bem-estar do bebê pré-termo e à sua família. De fato, o recém-nascido prematuro, apesar de ser um bebê imaturo e fragilizado, pode ser visto como um participante ativo e competente durante a interação com seus cuidadores (Fischer & Als, 2004). O modelo síncrono-ativo de desenvolvimento de Als (1986) inspirou a criação do “*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program/NIDCAP* (Als, 1986, 2009; Als & Gilkerson, 1997; Fischer & Als, 2004; Ohlsson & Jacobs, 2013), anteriormente citado como um dos exemplos de intervenções precoces eficazes no contexto da prematuridade. Conforme o modelo síncrono-ativo, durante o desenvolvimento do bebê vários subsistemas fisiológicos e comportamentais estão interagindo e se coordenando, tanto entre eles quanto com o ambiente: o sistema nervoso autônomo (ritmos da respiração, flutuação da cor da pele, estabilidade ou instabilidade visceral e movimentos autonômicos como tremores), o sistema motor (padrões de movimento, flutuação do tom do corpo e do tom facial e o repertório postural), os estados do bebê (sono, vigília e alerta, chateado e choroso). Esses subsistemas comportamentais representam canais de comunicação, através dos quais o bebê pode manifestar estresse e desorganização ou autorregulação. Dessa forma, a observação e a interpretação do comportamento do bebê são a base para os cuidadores adaptarem e monitorarem os cuidados e a interação com ele (Fischer & Als, 2004). Em particular, os comportamentos de aproximação, tais como os movimentos bem modulados e de flexão,

indicam que o bebê está recebendo uma estimulação e uma interação adequadas ao seu desenvolvimento, enquanto os comportamentos de retraimento, como os movimentos de desorganização global e os movimentos de distensão, são observados quando o bebê está estressado e hiperestimulado (Meyerhof, 1999).

Ainda, com relação aos aspectos auditivos e musicais, ressalta-se que, apesar da imaturidade do bebê, as pesquisas realizadas nesse âmbito destacaram que uma estimulação musical e auditiva adequada não parece representar risco de hiperestimulá-lo mas, pelo contrário, pode trazer vários benefícios para ele (Haus, 2007). De fato, conforme destacado por Fischer e Als (2004), se o tempo, a duração, a complexidade e a intensidade de um estímulo são adequados ao desenvolvimento neurocomportamental do bebê, ele tem estratégias para lidar com o estímulo, procurá-lo e torná-lo positivo para seu próprio desenvolvimento.

Assim sendo, intervenções precoces que respeitam os critérios e as normas de cuidado humanizado e individualizado e que promovem uma estimulação adequada ao desenvolvimento do bebê, podem trazer muitos benefícios ao bem-estar dele e de sua família. Entre estas intervenções, na próxima seção serão apresentadas evidências do impacto das intervenções musicoterápicas na UTINeo para o desenvolvimento do bebê, para o bem-estar materno e para a interação mãe-bebê.

#### **1.4 Musicoterapia no contexto da prematuridade**

Entre as diferentes intervenções precoces endereçadas ao bebê pré-termo e a sua família encontra-se a musicoterapia, cujo emprego e pesquisa nesta área de saúde têm sido fortemente estimulados nas últimas décadas. De fato, 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, 2012a; Standley, 2012a).

Bruscia (1989) definiu a musicoterapia como “um processo sistemático de intervenção, onde o terapeuta ajuda o usuário a melhorar o próprio estado de saúde, utilizando as experiências musicais e as relações que se estabelecem através delas, como forças dinâmicas de mudança” (p. 47). Também, 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. 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.” Por fim, a *American Association of Music Therapy* (2015) define a musicoterapia como a utilização clínica de intervenções musicais, baseadas 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 afetar movimentos, linguagem, memória, atenção, funções executivas, emoção, sistema nervoso vegetativo, endócrino e sistema imunológico (Koelsch, 2009). De fato, são várias as revisões sistemáticas da *The Cochrane Collaboration* que destacaram a eficácia da musicoterapia no tratamento de diferentes transtornos e doenças, entre os quais: transtorno do espectro do autismo (Geretsegger, Elefant, Mössler & Gold, 2014), esquizofrenia (Mössler, Chen, Heldal & Gold, 2011), depressão (Maratos, Gold, Wang & Crawford, 2008), lesões cerebrais adquiridas (Bradt, Magee, Dileo, Wheeler & McGilloy, 2010), demência (Vink, Bruinsma & Scholten, 2003), câncer (Bradt, Dileo, Grocke & Magill, 2011) e alívio da dor (Cepeda, Carr, Lau & Alvarez, 2013).

Apesar da grande variedade dos modelos musicoterápicos e dos contextos clínicos de aplicação, a musicoterapia sempre caracteriza-se por promover relações comunicativas com finalidades terapêuticas ou reabilitativas através de dois elementos: a relação entre terapeuta e paciente e a música (Meschini, 2002). O conceito da música em musicoterapia abrange o inteiro universo corporal-sonoro-musical (Benenzon, Wagner & 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 & Borghesi, 2001). Além disso, o musicoterapeuta trabalha com todas as energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem ao indivíduo e que o caracterizam. Este conjunto de energias, definido por Benenzon et al. (2008) como “Identidade Sonora” (ISO), 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 (Benenson 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 patologia. Nesse sentido, a música pode ser considerada como uma analogia ou uma metáfora do ser humano (Wigram, Pédersen & Blonde, 2009). Em particular, Smeijsters 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 forma, 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, p. 3, citado por Barcellos, 2012). Também, conforme 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 representa 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 & Darmstadt, 2013; Als, 1986, 2009; Fischer & Als, 2004; Spittle et al., 2009; Spencer-Smith et al., 2012; White-Traut & Norr, 2009; White-Traut et al., 2013). Em particular, no contexto da prematuridade é possível encontrar intervenções de musicoterapia, realizadas por musicoterapeutas qualificados (Haslbeck, 2013, 2014; Ettenberger et al., 2014; Edwards, 2011; Shoemark, 2004, 2008, 2011; Loewy, 2015; Loewy, Stewart, Dassler, Telsey & Homel, 2013; Standley et



al., 2010; Nöcker-Ribaupierre, 2004), e intervenções de estimulação musical ou auditiva realizadas por outros profissionais da saúde (Arnon et al., 2006; Arnon et al., 2014; Lubetzky et al., 2010; Lai et al., 2006; Bergomi et al., 2014) ou pelos próprios pais (Filippa, Devouche, Arioni, Imberty & Gratier, 2013; Blumenfeld & Eisenfeld, 2006; Cevasco, 2008).

A recente revisão integrativa de Haslbeck (2012a) e as metanálises de Standley (2002, 2012a) permitem aprofundar a variedade das propostas musicais e musicoterápicas e das pesquisas desenvolvidas nesse contexto. Os resultados dos estudos revisados destacaram efeitos positivos da musicoterapia e da estimulação musical nas respostas fisiológicas e comportamentais do bebê, na promoção do relaxamento, no aumento da saturação do oxigênio, na regulação da frequência cardíaca, no aumento da quantidade e da qualidade do sono, no reforço da sucção não-nutritiva, no ganho de peso e na redução dos dias de hospitalização (Haslbeck, 2012a; Standley, 2012a). Embora a maioria dos estudos enfatize os efeitos no curto prazo, existem evidências menores de que os efeitos da musicoterapia se estendam no longo prazo, em particular no desenvolvimento motor e linguístico das crianças aos 6 anos de idade (Nöcker-Ribaupierre, 1995, citado por Nöcker-Ribaupierre, 2004) e no desenvolvimento mental aos 24 meses de idade (Barnard & Bee, 1983). Conforme ressaltado por Haslbeck (2012a), apesar dos estudos destacarem predominantemente efeitos positivos, há uma grande variabilidade na qualidade e na tipologia das pesquisas, nas técnicas de intervenção e de estimulação empregadas e nos resultados encontrados.

Muitos estudos realizados nesse contexto, especialmente os mais antigos, empregaram uma abordagem receptiva, caracterizada por uma estimulação musical ou auditiva realizada através da exposição do bebê pré-termo à gravação de músicas cantadas ou instrumentais, de sons inspirados ao ambiente sonoro intrauterino como a voz materna ou feminina, sons do útero, da respiração e da batida cardíaca (Thoman & Graham, 1986; Caine, 1991; Cassidy & Standley, 1995; Kaminski & Hall, 1996; Nöcker-Ribaupierre, 2004; Lai et al., 2006; Olischar, Shoemark, Holton, Weninger & Hunt, 2011; Lubetzky et al., 2009; Standley, 2000, 2003, 2012b; Standley et al., 2010; Standley & Swedberg, 2011; Dearn & Shoemark, 2014). Este tipo de intervenções precoces tem um impacto positivo nas respostas fisiológicas e comportamentais do bebê, favorecendo, em particular, o relaxamento, o apaziguamento, a estimulação e a autorregulação.

Por exemplo, utilizando a música como reforço, a musicoterapeuta Standley (2003) desenvolveu o método *Pacificier-Activated-Lullaby* (PAL), onde a força da sucção do bebê ativa um sinal elétrico associado a um leitor musical que toca somente quando o bebê suga. O

método PAL estimula a sucção não-nutritiva do bebê, favorecendo a sua habilidade de autorregular-se e autoalimentar-se (Standley, 2003, 2012b; Standley et al., 2010; Standley & Swedberg, 2011). Também, Butler et al. (2014) investigaram os efeitos da exposição à voz materna gravada na sucção de 24 bebês nascidos à 35ª semana de gestação. Os resultados mostraram que a voz materna, seja contingente seja não contingente à amplitude da sucção infantil, aumenta a sucção não-nutritiva e que os níveis de sucção dependem da qualidade da voz materna, sendo maiores em caso de maior variabilidade na entonação vocal materna e quando a fala é mais parecida à fala dirigida ao bebê. Em alguns estudos a estimulação musical, gravada ou ao vivo, pode ser combinada com outras intervenções, como por exemplo, a estimulação cinestésica, tátil, visual ou o método mãe-canguru (Standley, 1998; Walworth et al., 2012; Norouzi, Keshavarz, SeyedFatemi, Montazeri, 2013; Lai et al., 2006; Whipple, 2010; Aarnon et al., 2014).

Estudos mais recentes, e ainda em menor quantidade, têm empregado uma abordagem mais ativa, envolvendo música instrumental e o canto ao vivo na UTINeo, realizadas por um musicoterapeuta qualificado ou pelos pais (Haslbeck, 2004, 2013, 2014; Aarnon et al., 2006; Loewy, 2015; Loewy et al., 2013; Shoemark, 2004, 2008, 2011; Schoemark & Grocke, 2010; Edwards, 2011; Malloch et al., 2012; Abromeit, 2003; Ettenberger et al., 2014; Whipple, 2010, Cevasco, 2008; Filippa, Devouche, Arioni, Imberty & Gratier, 2013; Blumenfeld & Eisenfeld, 2006; Vianna et al., 2011).

Por exemplo, Loewy et al. (2013) compararam três diferentes intervenções musicais ao vivo (ritmo, sons de respiração e canções de ninar preferidas pelos pais) em um ensaio randomizado com 272 bebês pré-termos de nacionalidade americana, nascidos à 32ª semana gestacional. Os autores observaram que tanto as canções de ninar quanto a intervenção rítmica diminuíram a frequência cardíaca, o ritmo afetou também a sucção, enquanto os sons de respiração impactaram nos padrões do sono e diminuíram a frequência cardíaca apenas após a intervenção. Além disso, o estudo mostrou que as canções de ninar impactaram mais na ingestão calórica e na sucção e que as três intervenções favoreceram a diminuição na percepção do estresse nos pais.

Existem evidências de que a estimulação com música ao vivo é mais eficaz do que a música gravada, uma vez que consegue se adaptar mais às mudanças no comportamento do bebê, tem menores riscos de hiperestimulá-lo e promove mais sua autorregulação (Thoman & Graham, 1986; Abromeit, 2003; Arnon et al., 2006; Loewy et al., 2013; Garunkstiene, Buinauskiene, Uloziene & Markuniene, 2014). De fato, comparando música gravada, ao vivo

e silêncio em um estudo randomizado com 31 bebês pré-termo israelitas, Arnon et al. (2006) observaram efeitos significativos como, por exemplo, redução da frequência cardíaca e aumento do estado de alerta nos 30 minutos após a intervenção, apenas no grupo de música ao vivo. Também, o ensaio clínico de Garunkstiene et al. (2014) objetivou comparar os efeitos de canções de ninar ao vivo e gravadas nas respostas fisiológicas e nos estados comportamentais de 35 bebês pré-termo com menos de 32 semanas de idade gestacional. Cada bebê recebeu três diferentes intervenções por três dias consecutivos: canção de ninar ao vivo, canção de ninar gravada e sessão sem música. Os resultados revelaram que nas duas condições com música a frequência cardíaca baixou significativamente, enquanto manteve-se estável na condição sem música; entretanto, as canções de ninar ao vivo resultaram em mais estados de sono profundo, mostrando que a música ao vivo tem mais benefícios no sono dos bebês prematuros. Além disso, intervenções ao vivo permitem ao bebê regular o estímulo e favorecem a sua capacidade de interagir com o ambiente, sendo por isso mais eficazes do que estimulações predeterminadas (Thoman & Graham, 1986). Também, há algumas evidências de que o canto seria mais eficaz em comparação com a fala e com a música instrumental (Haslbeck, 2012a; Nakata & Trehub, 2004; Desquiotz-Sunnen, 2008).

Tendo em vista estas evidências, entre as intervenções musicoterápicas, destacaram-se as que empregaram a voz ou o canto ao vivo, com canções de ninar, músicas familiares e favoritas dos pais ou vocalizações improvisadas (Malloch et al., 2012; Shoemark, 2004, 2008, 2011; Schoemark & Grocke, 2010; Haslbeck, 2004, 2013, 2014; Edwards, 2011; Loewy, 2015). Estas intervenções são inspiradas nos princípios do canto dirigido ao bebê (Trainor, 1996), do canto contingente (Shoemark, 2011) e da “musicalidade comunicativa” (Malloch, 1999), onde o terapeuta visa estabelecer uma interação com o bebê pré-termo, modulando os parâmetros musicais das canções e das vocalizações a fim de que sejam contingentes às respostas fisiológicas e comportamentais do bebê, favorecendo desta forma a sua autorregulação e o seu desenvolvimento. De fato, o canto dirigido ao bebê com seus elementos constantes e previsíveis pode ser o meio ideal para experimentar e compartilhar uma experiência de regulação (Shoemark & Grocke, 2010).

Por exemplo, a pesquisa de Malloch et al. (2012) inspirou-se no estudo sobre “musicalidade comunicativa” (Malloch, 1999), já mencionado acima. Os autores realizaram uma intervenção musicoterápica com 39 bebês a termo australianos, alocados aleatoriamente em três grupos: um grupo experimental formado por 10 bebês internados na UTINeo que recebeu a intervenção musicoterápica, um primeiro grupo controle de 10 bebês internados na

UTINeo mas que não receberam a intervenção e um segundo grupo controle de 19 bebês saudáveis não internados. A intervenção musicoterápica era baseada em interações contingentes entre terapeuta e bebê com canto improvisado ao vivo. Esse estudo, que foi o primeiro estudo quantitativo encontrado na literatura a investigar a eficácia do canto contingente ao vivo em bebês hospitalizados, mostrou que a musicoterapia pode contribuir para o desenvolvimento neurocomportamental dos recém-nascidos. Em particular, os bebês no grupo experimental apresentaram maior capacidade de manter a autorregulação durante a interação com o adulto, mais respostas positivas durante o manejo do cuidador e mostraram-se menos irritáveis e chorosos em comparação aos bebês nos grupos controle. Entretanto, não se encontraram resultados significativos no ganho de peso e no desenvolvimento social dos bebês.

Uma outra intervenção que empregou o canto improvisado ao vivo contingente aos sinais do bebê foi a proposta no estudo qualitativo de Shoemark e Grocke (2010). O estudo envolveu três recém-nascidos a termo hospitalizados, com o objetivo de investigar quais eram os indicadores da interação entre musicoterapeuta e bebê. Três vídeos das sessões de musicoterapia foram analisados por quatro diferentes profissionais da saúde, que identificaram 14 indicadores comportamentais do bebê para comunicar disponibilidade na interação e 20 comportamentos que a terapeuta utilizava em resposta ao bebê. Também, foram identificados 7 indicadores da interação entre musicoterapeuta e bebê, a saber: o bebê é inseguro e a terapeuta orienta o bebê na interação; o bebê é disponível e a musicoterapeuta introduz o canto como um mediador da interação; a díade interage confortavelmente; a díade compartilha um “momento de encontro”; a terapeuta mantém o bebê na interação; o bebê rejeita a interação e a terapeuta readapta os seus comportamentos; o bebê não pode engajar-se na interação e a terapeuta oferece suporte.

Da mesma forma que a pesquisa de Shoemark e Grocke (2010), o estudo qualitativo de Haslbeck (2014) buscou investigar o potencial interativo da Musicoterapia Criativa (CMT) (Nordoff & Robbins, 1997) adaptada ao contexto da UTINeo com 18 bebês pré-termo de diferentes nacionalidades, diagnósticos e idades gestacionais. Conforme explicado por Haslbeck (2014), a CMT no contexto de cuidado neonatal consiste em observar cuidadosamente a “música” do bebê (o ritmo da respiração, as expressões faciais, os gestos), transformando e integrando esta “música” em canto a *“bocca chiusa”* dirigido ao bebê e contingente aos seus indicadores fisiológicos e comportamentais. A partir da análise dos vídeos das intervenções e das entrevistas dos pais, foi confirmado o modelo conceitual do

estudo piloto (Haslbeck, 2013) que identificou diversas categorias, entre elas: a “musicalidade comunicativa”, conceito este criado por Malloch (1999), a partir de episódios de sincronia interacional entre musicoterapeuta e bebê, a responsividade da terapeuta aos sinais do bebê e o empoderamento (do bebê e dos pais). Os resultados sugeriram que a CMT facilita o fortalecimento do bebê por meio da “musicalidade comunicativa”, resultante da responsividade da terapeuta. O sorriso dos bebês apresentou-se como um sinal de bem-estar em episódios de “musicalidade comunicativa” compartilhada. A responsividade da terapeuta favoreceu a autorregulação, a orientação e um maior envolvimento do bebê. Além disso, a análise das entrevistas dos pais sugeriu que a CMT favorece a sensibilidade parental durante as interações musicais com os bebês. No entanto, os achados indicaram que os benefícios para o bebê pré-termo e para as interações pais-bebês são limitados aos casos onde os pais estão disponíveis a participar da musicoterapia e o bebê encontra-se em condições clínicas estáveis e em um estado de suficiente alerta.

Os estudos que privilegiam uma abordagem musicoterápica interativa e individualizada, tenderam a destacar a importância de desenvolver intervenções centradas na família, incluindo os pais na intervenção e orientando-os e apoiando-os a interagirem vocalmente e musicalmente com seus bebês prematuros (Shoemark, 2004, 2008, 2011; Schoemark & Grocke, 2010; Haslbeck, 2004, 2013, 2014; Edwards, 2011). Como foi destacado acima, a voz materna é uma fonte de estimulação privilegiada para o feto e o recém-nascido, promovendo o vínculo e a comunicação afetiva entre a díade (Butler et al., 2014). Dessa forma, as intervenções que envolvem voz e canto materno destacam-se por favorecerem efeitos positivos tanto para o bebê quanto para a mãe (Whipple, 2000; Cevasco, 2008; Edwards, 2011; Shoemark, 2011; Filippa et al., 2013; Arnon et al., 2014).

Com relação ao bebê, o estudo de Filippa et al. (2013) investigou as contribuições da fala e do canto materno ao vivo nas respostas fisiológicas e comportamentais de 18 bebês pré-termo em uma UTINeo italiana, 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. Com relação aos efeitos da voz e do canto para os pais, são vários os estudos que ressaltaram que a musicoterapia pode favorecer o bem-estar dos pais, especialmente da mãe, reduzindo a ansiedade materna (Lai et al., 2006; Whipple, 2000; Blumenfeld & Eisenfeld, 2006; Cevasco, 2008; Haslbeck, 2014; Shoemark, 2004; Arnon et al., 2014) e contribuindo inclusive para a quantidade e qualidade da amamentação (Nöcker-Ribaupierre, 1995, citado

por Nöcker-Ribaupierre, 2004; Vianna, Barbosa, Carvalhaes & Cunha, 2011; Keith, Weaver & Vogel, 2012). Em particular, Cevasco (2008) afirmou que o canto materno pode ajudar a diminuir a preocupação, o estresse, a ansiedade e o sentido de inutilidade da mãe, ajudando-a a participar do bem-estar do filho e impactando na relação mãe-bebê. Por exemplo, o estudo de Arnon et al. (2014) investigou os benefícios do canto materno associado ao método canguru, analisando a ansiedade materna e as respostas fisiológicas e comportamentais de 86 bebês pré-termo moderados árabes e judeus em duas condições, com e sem canto. Embora não tenha havido diferenças nos parâmetros dos bebês nas duas condições, a ansiedade materna resultou significativamente menor quando as mães adicionavam o canto ao método canguru.

Várias evidências destacadas acima indicaram que a musicoterapia e a estimulação musical podem resultar em benefícios para o bebê e a mãe, mas existem menos evidências sobre suas contribuições no vínculo e na interação mãe-bebê pré-termo, seja quando realizada por um terapeuta qualificado, seja através da voz e do canto materno. De qualquer modo, alguns estudos sugeriram que a musicoterapia promove o apego (Cevasco, 2008), favorece uma maior adequação das respostas parentais, ao reduzir os sinais de estresse do bebê (Whipple, 2010), promove a responsividade parental (Walworth, 2007), facilita os comportamentos de apego e a relação mãe-bebê (Ettenberger et al., 2014) e favorece a sincronia interacional e a “musicalidade comunicativa” da díade (Haslbeck, 2014).

Entre as poucas pesquisas sobre musicoterapia na prematuridade que focam na relação e interação mãe-bebê, destaca-se o estudo de Whipple (2010) que examinou os efeitos do treinamento de 10 pais no uso da música e de técnicas de estimulação multimodal para interagir com o bebê prematuro. As observações das interações pais-bebê mostraram menos comportamentos de estresse infantil, uma maior adequação das ações e das respostas parentais aos bebês e um aumento significativo do tempo passado na UTINeo para os pais treinados. Além disso, os bebês cujos pais participaram do treinamento, tiveram um tempo de hospitalização menor e um ganho de peso maior do grupo controle, apesar destas diferenças não serem significativas.

Nos estudos revisados acima foi ressaltada a importância de incluir os pais no tratamento, fornecendo acompanhamento e suporte a fim de garantir um cuidado centrado nas exigências da família. Um recente levantamento realizado por Shoemark e Arnup (2014) em uma UTINeo australiana investigou as percepções e os pensamentos de 60 mães sobre o uso da voz com seus recém-nascidos a termo internados. Os resultados revelaram que 60% das

mães cantava espontaneamente para seus bebês e teve uma correlação entre cantar, imaginar cantar e achar razões para cantar. Também, as mães relataram que as maiores barreiras para cantar eram a vergonha, a falta de privacidade do ambiente da UTINeo, a insegurança sobre as próprias habilidades de cantar ou sobre a escolha do repertório. Os achados confirmaram a importância de desenvolver intervenções precoces no cuidado neonatal para estimular, orientar e sustentar as mães a utilizar o canto como mediador na interação com o bebê.

Entretanto, o simples incentivo para que a mãe cante para o bebê pode não ser suficiente para garantir a eficácia desta intervenção, sendo importante manter um acompanhamento constante da díade. De fato, o estudo de Blumenfeld e Eisenfeld (2006) que investigou os efeitos do canto materno na alimentação de bebês prematuros na UTINeo, não mostrou nenhum benefício significativo. Os autores atribuíram estes achados à falta de um acompanhamento constante oferecido para as mães, que resultou em um grande índice de desistência do estudo, e ao fato de que as mães foram solicitadas a escolherem entre um repertório preestabelecido de músicas, ao invés de escolher livremente músicas significativas para elas. A importância da seleção musical é destacada também pelo estudo recente de Loewy (2015). A autora comparou a utilização da canção de ninar tradicional “Twinkle twinkle” com músicas selecionadas pelos pais, em uma intervenção musicoterápica ao vivo com 272 bebês prematuros e seus pais. Os resultados do estudo foram contrastantes: ambas as intervenções tiveram o efeito de acalmar os bebês, reduzindo os níveis de atividade, diminuindo a frequência cardíaca e favorecendo o sono, e diminuir a percepção do estresse dos pais; entretanto, a canção de ninar “Twinkle twinkle” foi mais eficaz em favorecer a saturação de oxigênio, enquanto as músicas selecionadas pelos pais foram contribuíram mais na sucção e no ganho de peso dos bebês.

Desta forma, uma intervenção na UTINeo que vise contribuir para o bem-estar do bebê e para a relação da díade, deve promover a inclusão da mãe no processo terapêutico, oferecendo um acompanhamento constante, respeitando e valorizando a individualidade e a “identidade sonora” de cada participante (Benenzon et al., 2008) e orientando a mãe para que possa interagir com a “música” do seu bebê, através do canto contingente aos seus indicadores fisiológicos e comportamentais (Trainor, 1996; Shoemark, 2011; Edwards, 2011; Haslbeck, 2014). Assim, “a musicoterapia pode agir como uma ponte entre a vida intrauterina e extrauterina do bebê, como uma ponte entre a experiência de gestação e o parto imprevisto e inesperado da mãe e como conexão emocional, para promover o primeiro vínculo entre os dois” (Nöcker-Ribaupierre, 2004, p. 98).

Em relação à pesquisa na área da musicoterapia na prematuridade, destaca-se que, com exceção de alguns estudos qualitativos (Shoemark & Grocke, 2008; Haslbeck, 2013, 2014; Ettenberger et al., 2014), a grande maioria das pesquisas realizadas neste âmbito foram baseadas em um paradigma quantitativo, focando principalmente nos resultados da intervenção, em particular nas respostas fisiológicas e comportamentais do bebê. No entanto, Haslbeck (2012a, 2012b) ressaltou que recentemente iniciou uma tendência a realizar pesquisas de tipo qualitativo que se apresentam como mais promissoras para a descrição e compreensão do processo terapêutico e de seu impacto no bebê, nos pais e no vínculo entre eles. Também, a autora destacou que a maioria das pesquisas realizadas nesse contexto focou nos efeitos da estimulação com música gravada, enquanto menos estudos investigaram os benefícios da musicoterapia ativa, as perspectivas dos pais, e poucos também utilizaram uma abordagem longitudinal.

No Brasil, apesar de serem raras as publicações nessa área, foram realizados alguns estudos de musicoterapia na UTINeo envolvendo intervenções tanto com uma abordagem mais receptiva (Silva et al., 2013), quanto com uma abordagem de musicoterapia ativa (Fracalossi, 2003; Karst, 2004; Vianna et al., 2011). Por exemplo, o ensaio clínico não-controlado de Silva et al. (2013) avaliou o efeito da estimulação com música gravada nas respostas fisiológicas de 12 recém-nascidos pré-termo hospitalizados em Campo Grande (MS), mostrando algumas modificações no curto prazo na frequência cardíaca e respiratória e de saturação de oxigênio.

Entre os estudos brasileiros que envolveram uma abordagem de musicoterapia ativa na UTINeo, encontram-se a pesquisa clínico-qualitativa de Karst (2004) que buscou investigar os efeitos da musicoterapia na ansiedade materna no momento que precede a visita à UTINeo, no vínculo mãe-bebê e nos comportamentos das mães durante as visitas na UTINeo. Foram realizadas 15 sessões grupais de musicoterapia ativa durante cinco meses, com mães de recém-nascidos internados na UTINeo de um hospital pediátrico privado de Goiânia (GO). Os relatos das musicoterapeutas, os depoimentos das mães e as respostas a um questionário aplicado à equipe médica e de enfermagem mostraram que as mães ficavam mais tranquilas ao entrarem na UTINeo após a sessão de musicoterapia e cantavam e conversavam mais com o bebê. Os resultados também revelaram que as sessões forneceram um espaço de expressão dos sentimentos das mães e de acolhimento dos seus sofrimentos, contribuindo para a relação mãe-bebê. Além deste estudo, a pesquisa de Vianna et al. (2011) investigou o impacto da musicoterapia nos índices de aleitamento materno em 94 mães de recém-nascidos prematuros,



internadas na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que participaram de sessões grupais de musicoterapia ativa. Os resultados mostraram que a intervenção teve um efeito significativo no aumento do índice de aleitamento materno na primeira consulta de seguimento e uma influência positiva (embora não significativa) que se estendeu até 60 dias após a alta hospitalar.

Os estudos brasileiros de musicoterapia na UTINeo tenderam a valorizar a inclusão das mães na intervenção e o emprego de uma abordagem de musicoterapia ativa em sessões grupais, envolvendo atividades de canto, produção e composição instrumental. No entanto, dentre os estudos revisados, nenhum estudo brasileiro investigou a contribuição da musicoterapia para a interação mãe-bebê pré-termo. Também, apesar de existirem no Brasil experiências clínicas voltadas a orientar e acompanhar individualmente cada mãe na interação com seu bebê pré-termo através do canto, não foi encontrado nenhum estudo publicado utilizando essa abordagem específica.

### **1.5 Justificativa e objetivos do estudo**

Como pode ser visto acima, a prematuridade constitui um problema de saúde global e multifacetado, necessitando de intervenções voltadas à saúde e ao bem-estar dos bebês e das famílias (March of Dimes et al., 2012). A musicoterapia pode contribuir neste contexto, resultando em efeitos positivos nas respostas fisiológicas e comportamentais do bebê, no bem-estar dos pais e no vínculo entre eles (Haslbeck, 2012a).

A literatura revisada da área de musicoterapia aponta para maiores benefícios quando realizada ao vivo, utilizando-se o canto de uma forma contingente aos sinais do bebê pré-termo (Haslbeck, 2012a, 2013, 2014; Malloch et al., 2012) e também destaca a importância da participação e do acompanhamento da mãe (Blumenfeld & Eisenfeld, 2006). No entanto, são raras as intervenções endereçadas à díade, relatadas nos estudos internacionais e menos ainda nos poucos estudos nacionais sobre o tema, que comumente tendem a usar a musicoterapia focando só o bebê, outras vezes só a mãe, ou então ainda o próprio musicoterapeuta, e raramente buscam investigar a interação mãe-bebê. Além disto, muitos destes estudos envolvendo musicoterapia têm uma abordagem quantitativa, nem sempre permitindo uma análise aprofundada das contribuições da musicoterapia no contexto da prematuridade. Estudos deste tipo vão ao encontro das diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), sobre a importância de se desenvolver intervenções precoces, breves e de baixo custo que estimulem a participação e o protagonismo da mãe e possam contribuir para o bem-estar do

bebê e o vínculo da díade.

Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi investigar as contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal. Em particular, foram investigadas suas contribuições para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê.

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### 2.1 Participantes

Participaram desse estudo uma mãe e sua filha nascida prematura e internada na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) de Porto Alegre.<sup>4</sup>

A mãe Natalia<sup>5</sup>, 24 anos, possuía ensino fundamental completo, estava desempregada, mas trabalhava esporadicamente como empregada doméstica. Natália possuía três filhos: os maiores, de um e três anos, que nasceram de relacionamentos anteriores, sendo filhos de dois pais diferentes; e a mais nova, Ana, que era filha do seu terceiro companheiro, João, o qual estava preso em uma penitenciária há cerca de um ano. Natalia era residente de Porto Alegre, onde morava em casa própria, junto com seus filhos e sua irmã. Entretanto, depois do nascimento de Ana, mudou-se com os filhos para a casa da sogra. A família apresentava um nível socioeconômico baixo, possuindo uma classe de renda C2, numa escala que vai de A (alta) a E (baixa), conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015).

Ana nasceu com uma idade gestacional de 27 semanas<sup>6</sup> e um peso de 685 g, sendo por isso classificada como uma bebê extremamente prematura e de extremo baixo peso (Tucker & McGuire, 2004; Vanderbilt & Gleason, 2011). O Índice de Apgar<sup>7</sup> de Ana ao nascimento foi de 2 (1º minuto), 4 (5º minuto) e 6 (10º minuto). Pelas informações clínicas do prontuário, logo após o nascimento Ana apresentou sepse, doença da membrana hialina (DMH)<sup>8</sup> e disfunção respiratória, sendo por isso necessárias uma massagem cardíaca extrema e a consequente internação na UTI Neonatal do HMIPV, onde a bebê foi colocada em uma incubadora aquecida e submetida a intubação orotraqueal. Além do nascimento prematuro, a bebê não apresentava quadros clínicos graves e/ou complexos, tais como má-formação

<sup>4</sup> Cinco díades mãe-bebê foram acompanhadas na intervenção musicoterápica. Duas díades realizaram apenas quatro encontros da IMUSP e tiveram alta; uma díade realizou todos os encontros, mas a bebê, tinha síndrome de Down; um caso ainda está sendo acompanhado e encontra-se nas últimas fases de coleta de dados; e um caso realizou todos os encontros previstos e foi escolhido para ser apresentado nesta dissertação.

<sup>5</sup> Todos os nomes foram alterados para preservar a privacidade dos participantes.

<sup>6</sup> A idade gestacional obstétrica foi calculada de 23 semanas, enquanto o teste de Ballard indicou 27 semanas. Em neonatologia, o teste de Ballard é uma técnica clínica comumente utilizada para o cálculo indireto da idade gestacional de um recém-nascido. O teste atribui um valor a cada critério do exame, a soma total é então usada para inferir a idade gestacional do bebê. Os critérios são divididos entre neurológicos e físicos e a soma dos critérios permite estimar idades entre 26 e 44 semanas de gestação. O escore de *New Ballard* acrescenta alguns critérios para estimar idades gestacionais a partir de 20 semanas (Ballard et al., 1991).

<sup>7</sup> O Índice de Apgar é um teste que consiste na avaliação de 5 sinais do recém-nascido (frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade e cor da pele) no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 10. O somatório da pontuação resulta no Índice de Apgar que permite a classificação do recém-nascidos como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave: Apgar 0 a 2.

<sup>8</sup> A doença da membrana hialina (DMH) é a doença respiratória mais frequente dos recém-nascidos, sendo a maior causa de morbidade e mortalidade nessa faixa etária. A DMH representa cerca de 1% dos recém-nascidos, em particular, os prematuros com idade gestacional inferior a 28 semanas e peso ao nascer inferior a 1500 gramas (Ruschel & Nader, 2014).

congenita, impedimentos significativos do sensorio, meningites e presença de HIV/AIDS.

## 2.2 Delineamento e Procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único (Stake, 2006) para investigar as contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal. Em particular, foram investigadas suas contribuições para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê.

O projeto constou de cinco fases de coleta de dados. Na **Fase 1** (pré-IMUSP) a mãe foi contatada no 20º dia após o nascimento da bebê, e foi convidada a participar do estudo. Em seguida, a mãe foi solicitada a assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo A) e a responder à *Ficha de dados demográficos* (NUDIF/PREPAR, 2009a). Foi então agendado um encontro individual no qual a mãe foi solicitada a responder à *Entrevista sobre o histórico sonoro-musical da mãe* (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014a). Por falta de disponibilidade de tempo da mãe, a *Entrevista de Maternidade no contexto da prematuridade* (NUDIF/PREPAR, 2009c), prevista para essa fase, foi realizada em dois momentos separados, parte na **Fase 1** e o restante na semana seguinte, na **Fase 2**. Com base no prontuário e outras informações da mãe, foi preenchida a *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto* (NUDIF/PREPAR, 2009b). Ao longo do estudo esta ficha de dados clínicos foi sendo atualizada, permitindo que se acompanhasse a evolução clínica do bebê.

Na **Fase 2 (IMUSP)**, que começou na semana seguinte à conclusão da fase anterior, a mãe participou da *Intervenção Musicoterápica para Mãe-Bebê Pré-termo – IMUSP* (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014b).

Na **Fase 3 (pós-IMUSP)**, na semana seguinte à conclusão da IMUSP, a mãe respondeu à *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* (NUDIF/PREPAR, 2014a). Também, foi realizada uma sessão de *Observação da interação mãe-bebê pré-termo* (Palazzi & Piccinini, 2014), enquanto a mãe cantava para a bebê na UTINeo. Além disso, com base no prontuário e outras informações da mãe, foram atualizados os dados da *Ficha de dados clínicos do bebê* (Feijó, 1998) na UTINeo.

Na **Fase 4 (pré-alta)**, realizada antes da alta hospitalar da bebê, a mãe respondeu à *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo/pré-alta* (NUDIF/PREPAR, 2014b). Também, foi realizada uma sessão de *Observação da interação mãe-bebê pré-termo* (Palazzi & Piccinini, 2014), enquanto a mãe amamentava a bebê na UTINeo. Além disso, com base no prontuário e outras informações da mãe, foram atualizados

os dados da *Ficha de dados clínicos do bebê* (Feijó, 1998) na UTINeo. Destaca-se que todas as observações da interação mãe-bebê e todos os encontros da IMUSP, com exceção do encontro 2, foram filmados ou áudio-gravados.

Na **Fase 5 (pós-alta)**, uma semana após a alta, foi realizada a *Observação da interação mãe-bebê pré-termo* (Palazzi & Piccinini, 2014), que envolveu um momento em que a mãe cantava para a bebê e outro enquanto trocava a fralda. Esta sessão de observação foi realizada em uma sala do hospital.

Ressalta-se que as entrevistas com a mãe na **Fase 1**, todos os encontros da IMUSP e as sessões de observação da interação na Fase 3 e na Fase 5 foram realizadas por uma musicoterapeuta (autora do presente estudo). Já, a *Ficha de dados demográficos* na **Fase 1** e as fichas de dados clínicos nas **Fases 1, 2, 3 e 4** foram preenchidas por uma estudante de psicologia que colaborou no estudo. Também, a mesma estudante realizou as entrevistas de avaliação da intervenção nas **Fases 3 e 4** e a observação da interação na **Fase 4**. Também, a transcrição das entrevistas foi realizada por dois estudantes de psicologia que colaboraram no estudo.

### 2.3 Instrumentos

- *Ficha de dados demográficos* (NUDIF/PREPAR, 2009a): esta ficha visou à obtenção de dados demográficos da família, tais como idade, estado civil, escolaridade e profissão das mães e pais, endereço, bem como dados sobre o estado de saúde da mãe durante a gestação, ordem da gestação, ocorrências de aborto e dados sobre o parto e as condições de saúde da bebê. Cópia da ficha encontra-se no Anexo B.

- *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto* (NUDIF/PREPAR, 2009b): esta ficha foi utilizada para registrar informações sobre a bebê (ex. APGAR, idade gestacional, peso, intervenções utilizadas, condição clínica), bem como sobre sua evolução desde o parto. A condição clínica da mãe também será investigada, incluindo procedimentos realizados e tempo de internação, além de informações sobre o parto e a sua recuperação. Estas informações serão obtidas junto ao prontuário, à equipe da UTINeo e às participantes. Cópia da ficha encontra-se no Anexo C.

- *Ficha de dados clínicos do bebê* (Feijó, 1998): esta ficha foi utilizada para anotar a evolução fisiológica diária da bebê (ex. peso, frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação e

temperatura). Estas informações foram obtidas junto ao prontuário, à equipe da UTINeo e à participante. Cópia da ficha encontra-se no Anexo D.

- *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade* (NUDIF/PREPAR, 2009c): foi utilizada para investigar a experiência da maternidade no período pós-parto. Foram abordados os seguintes temas: sentimentos maternos frente ao dia a dia da mãe na UTINeo; relação da mãe com a bebê nesse contexto, incluindo os primeiros contatos e os cuidados; experiência da maternidade e, mais especificamente, os sentimentos frente a rotina e ao papel materno; percepções maternas sobre o apoio e os cuidados oferecidos na UTINeo, incluindo seus sentimentos frente aos procedimentos realizados. Trata-se de uma entrevista estruturada, realizada de forma semi-dirigida. Cópia da entrevista encontra-se no Anexo E.

- *Entrevista sobre o histórico sonoro-musical da mãe* (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014a): esta entrevista visou investigar o histórico sonoro-musical da mãe. A entrevista abordou os seguintes temas: o ambiente sonoro e as experiências e preferências musicais da mãe durante a infância, na adolescência e na idade adulta; a percepção da mãe em relação a própria voz e ao próprio canto; o ambiente sonoro e os hábitos musicais durante a gestação; o ambiente sonoro da UTINeo e expectativas da mãe em relação à intervenção musicoterápica. Além disso, a entrevista visou identificar e selecionar algumas músicas que foram utilizadas durante a intervenção. Trata-se de uma entrevista estruturada, realizada de forma semi-dirigida. Cópia da entrevista encontra-se no Anexo F.

- *Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* - IMUSP (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014b): trata-se de uma intervenção de musicoterapia destinada à mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal, que tem por finalidade orientar e acompanhar a mãe a cantar para seu bebê, contribuindo para a musicalidade materna, para o relaxamento e a autorregulação do bebê e para facilitar a interação mãe-bebê prematuro. A IMUSP foi desenvolvida para o presente estudo, com base em várias pesquisas de musicoterapia no contexto da prematuridade, entre as quais: os estudos sobre os elementos musicais da fala e do canto dirigidos ao bebê e sobre a “musicalidade comunicativa” que caracteriza a interação mãe-bebê (Nakata & Trehub, 2004; Trehub et al., 1993; Unyk et al., 1992; Malloch, 1999); as aplicações clínicas do canto dirigido ao bebê e da “musicalidade comunicativa” na musicoterapia com bebês hospitalizados a termo e pré-termo (Malloch et al., 2012; Shoemark & Grocke, 2010;

Shoemark, 2004; Haslbeck, 2004/2013/2014); os estudos que valorizam intervenções com fala e canto materno e que ressaltam a importância da inclusão e do acompanhamento da mãe no tratamento (Filippa et al., 2013; Blumenfeld & Eisenfeld, 2006; Whipple, 2000; Cevasco, 2008; Butler et al., 2014). Com base nessa literatura se organizou a IMUSP em oito encontros, divididos entre sessões musicoterápicas com a mãe alternadas com encontros de acompanhamento da díade mãe-bebê na UTINeo. Na estrutura original da IMUSP, os encontros 1, 3, 5 e 7 seriam realizados com a mãe, enquanto os encontros 2, 4, 6 e 8 seriam realizados com a mãe e o bebê junto à incubadora. A descrição mais detalhada do protocolo original da IMUSP encontra-se no Anexo G.

Entretanto, a estrutura da IMUSP precisou ser adaptada para atender as exigências de tempo da mãe participante do presente estudo e para se adequar às restrições de espaço físico da UTINeo. Também, por questões de estabilidade clínica da Ana, os encontros com a bebê começaram quando ela tinha uma idade pós-menstrual de 31 semanas<sup>9</sup>. Dessa forma, foram realizados 9 encontros, aproximadamente um por semana ao longo de dois meses. O encontro 1 envolveu apenas a mãe e foi realizado em uma sala da Unidade de Neonatologia; os encontros 2, 3, 4 e 5 foram realizados na UTINeo com a mãe e a bebê na incubadora; e, os encontros 6, 7, 8 e 9 foram realizados com Natalia em contato pele-a-pele com Ana (posição canguru). O encontro 8, que conforme a proposta original da IMUSP seria o último, foi afetado pelas condições da sala e, por isto foi proposto um encontro adicional, o encontro 9, a fim de finalizar o referido encontro de forma mais adequada. Nos dois primeiros encontros se buscou orientar a mãe sobre as competências auditivas, musicais e expressivas do bebê e sobre os principais benefícios e especificidades do canto materno para o bebê pré-termo. No encontro 1 foram realizadas atividades de produção vocal e de canto das canções de ninar selecionadas pela mãe. Os encontros 2, 3 e 4 objetivaram acompanhar a mãe durante a experiência de canto para a filha, estimulando a observação dos sinais da bebê, a modificação de vários parâmetros sonoros no canto e aprofundando os aspectos relacionais do canto para a bebê. A seguir, os encontros 5 e 6 foram focados no canto improvisado com a díade na UTINeo. Por fim, os encontros 7, 8 e 9 focaram na criação de uma canção de ninar para a bebê. Os encontros foram realizados individualmente com a mãe ou a díade, de uma a duas vezes por semana. O encontro 1 com a mãe teve uma duração de aproximadamente 45 minutos, enquanto os encontros com a díade tiveram uma duração aproximadamente de 15 a

---

<sup>9</sup> Considera-se a idade pós-menstrual como o somatório entre a idade gestacional ao nascimento (tempo entre o primeiro dia da última menstruação e o dia de nascimento do bebê), junto à idade cronológica ou pós-natal (dias ou semanas de vida do bebê) (American Academy of Pediatrics, 2004).

20 minutos. Os encontros foram organizados em três partes: verbalização sobre o estado clínico da bebê e as experiências de canto materno realizadas nos encontros ou nos dias precedentes; produção e interação musical com a mãe ou com a díade na UTINeo, realizada em um contexto principalmente não-verbal; verbalização sobre as impressões e as sensações geradas durante o encontro.

- *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* (NUDIF/PREPAR, 2014a): foi utilizada para investigar o impacto da intervenção musicoterápica. As questões da entrevista focaram nos seguintes temas: sentimentos em relação às sessões com a musicoterapeuta, percepção quanto às mudanças após as sessões, satisfação com o atendimento, percepções quanto a mudança em relação à bebê e ao vínculo após as sessões e comentários gerais da mãe sobre o atendimento. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, realizada de forma semi-dirigida. Cópia da entrevista encontra-se no Anexo H.

- *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo/pré-alta* (NUDIF/PREPAR, 2014b): trata-se da mesma entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica, adaptada para a pré-alta hospitalar do bebê pré-termo. Foi utilizada para investigar o quanto a mãe usufruiu das orientações recebidas durante a intervenção e as suas expectativas de continuar a empregar a voz e o canto na interação com a bebê. Cópia da entrevista encontra-se no Anexo I.

- *Observação da interação mãe-bebê pré-termo* (Palazzi & Piccinini, 2014): tinha por objetivo observar os comportamentos da bebê e da mãe e as interações mãe-bebê, durante episódios de canto e não-canto. Se observou a interação mãe-bebê em três momentos: enquanto a mãe cantava uma canção para a filha, na amamentação e durante a troca de fralda. Para fins deste estudo, a sessão de observação foi adaptada à disponibilidade de tempo da mãe, às restrições de espaço físico e as dinâmicas do hospital, como será detalhado posteriormente. Nas sessões de observação da interação mãe-bebê, a mãe foi orientada a interagir com a bebê aproximadamente de 2 a 8 minutos durante cada momento. As sessões de observação foram realizadas na UTINeo ou em uma das salas do hospital e foram filmadas pela própria musicoterapeuta (autora do estudo) ou pela estudante de psicologia que colaborava no estudo. As filmagens focaram na interação da mãe com sua bebê e foram



realizadas com uma filmadora GoPro Hero 3+, utilizada dentro da UTINeo pelo fato de ser menor, ou uma filmadora Sony DCR-sr85, utilizada fora da UTINeo por ser maior e por possibilitar o zoom. A filmadora não foi colocada em uma posição fixa, mas foi segurada pela pesquisadora ou estudante que realizou a filmagem, para poder ser mais flexível em relação à posição e aos movimentos da mãe e da bebê. Cópia do protocolo de observação encontra-se no Anexo J.

### **Considerações éticas**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS (nº 985.941, cópia no Anexo K) e pelo Comitê de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (nº 1.069.283, cópia no Anexo L) e atendeu aos princípios éticos de beneficência e maleficência contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução Nº 466/2012).

A mãe assinou o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, foi informada a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e decidiu livremente sobre sua participação no estudo. Foi garantida a liberdade da participante e a possibilidade de retirar seu consentimento quando desejar em qualquer etapa da pesquisa. Foram asseguradas a privacidade e a confidencialidade, sendo que o material obtido das entrevistas, dos encontros e das sessões de observação foi identificado por um código e arquivado no Instituto de Psicologia da UFRGS. Acredita-se que a participação deste estudo trouxe benefícios para a mãe, para a bebê ou na interação entre elas. No entanto, visto que foram abordadas questões íntimas que podiam gerar algum desconforto, se tivesse havido alguma demanda, a mãe teria sido encaminhada para atendimento psicológico disponibilizado no próprio hospital.

### CAPÍTULO III

#### RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo investigar as contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal. Em particular, foram investigadas suas contribuições para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê. Para fins de análise foram examinadas as entrevistas realizadas com a mãe antes da IMUSP (Fase 1), após a IMUSP (Fase 3) e na pré-alta (Fase 4), bem como os vídeos realizados com a mãe-bebê, tanto durante a IMUSP (Fase 2), como nas sessões de observação (Fase 3, 4 e 5), realizadas na pré-alta e na pós-alta.

Com relação às entrevistas, a *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade* (NUDIF/PREPAR, 2009c) e a *Entrevista sobre o histórico sonoro-musical da mãe* (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014a), realizadas na Fase 1 (pré-IMUSP), foram utilizadas para caracterizar o caso investigado. Já, a *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* (NUDIF/PREPAR, 2014a), realizada na Fase 3 (após IMUSP) e a *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo/pré-alta* (NUDIF/PREPAR, 2014b), realizada na Fase 4 (pré-alta) foram examinadas através da análise temática (Braun & Clarke, 2006), buscando compreender as percepções maternas com relação às contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal, em particular para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê.

Com relação aos vídeos dos encontros da *Intervenção Musicoterápica para Mãe-Bebê Pré-termo – IMUSP* (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014b), realizados na Fase 2 (IMUSP), eles foram analisados através dos seguintes passos: 1) Inicialmente, foram assistidos os vídeos e foi realizado um relato geral de todos os encontros da IMUSP, com o objetivo de retratar a implementação da intervenção musicoterápica, destacando em particular as experiências da musicoterapeuta e da díade; 2) Para fins de análise, dos 6 encontros filmados, foram selecionados três encontros (4, 6 e 9), onde se identificou e selecionou o último episódio de canto materno (entre 3 e 8 minutos) e o primeiro episódio de não-canto (entre 3 e 4 minutos) do respectivo encontro, totalizando aproximadamente 14 minutos de canto e 11 minutos de não-canto<sup>10</sup>; 3) Em seguida, a autora do presente estudo, fez descrições detalhadas dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê durante os episódios de canto e

---

<sup>10</sup> Destaca-se que, no encontro 6, sendo o primeiro episódio de não-canto de duração muito inferior ao último episódio de canto, foram selecionados os dois primeiros episódios de não-canto anteriores ao episódio de canto selecionado no mesmo encontro.

não-canto. As descrições foram posteriormente checadas por uma estudante de psicologia, buscando-se o consenso; 4) As descrições das observações dos episódios foram examinadas através da análise temática (Braun & Clarke, 2006), seguindo a mesma estrutura de temas usados para as entrevistas, que será descrita a seguir; 5) Por fim, durante o canto materno, se buscou identificar os episódios de *musicalidade comunicativa* mais evidentes, passíveis de identificação através da observação direta dos vídeos, sem o uso de um software de análise vocal<sup>11</sup>, que foram transcritos em uma partitura musical, constituída pelas vocalizações, o canto, os gestos e as expressões faciais da mãe e da bebê. Esta transcrição musical foi realizada por dois transcritores de forma independente, sendo eles a musicoterapeuta (autora desse estudo) e um estudante de psicologia com experiência musical. Ao final as duas transcrições foram confrontadas, buscando-se o consenso.

Com relação aos vídeos das sessões de *Observação da interação mãe-bebê pré-termo* (Palazzi & Piccinini, 2014), realizadas na Fase 3 (pós-IMUSP), Fase 4 (pré-alta) e Fase 5 (pós-alta), foi utilizado um procedimento semelhante ao descrito acima, a saber: 1) Para fins de análise, foram identificados e selecionados os últimos três minutos de cada vídeo totalizando aproximadamente 6 minutos de canto e 4 minutos de não-canto<sup>12</sup>; 2) Em seguida, a autora do presente estudo fez descrições detalhadas dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê durante os episódios de canto e não-canto. As descrições das observações foram posteriormente checadas por uma estudante de psicologia, buscando-se o consenso; 3) As descrições das observações dos episódios foram então analisadas, através da mesma estrutura de temas usados para as entrevistas; 4) Por fim, durante o canto materno, se buscou identificar e transcrever em uma partitura musical alguns dos episódios mais evidentes de *musicalidade comunicativa* seguindo o mesmo procedimento descrito acima.

A análise tanto das entrevistas, quanto das descrições dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê, a partir dos vídeos, foi baseada em uma estrutura de quatro temas, derivados da literatura (Haslbeck, 2013, 2014): (1) *empoderamento do bebê*: refere-se à capacidade do bebê de relaxar, se acalmar, aumentar a sua autorregulação, orientação e interação, e envolve relaxamento do bebê, estabilização da saturação, apresentação de novas competências, e participação e envolvimento do bebê no canto materno; (2) *empoderamento da mãe*: refere-se à capacidade da mãe relaxar, se acalmar, interagir com o bebê e aumentar

---

<sup>11</sup> A musicoterapeuta, autora deste estudo, identificou os episódios de *musicalidade comunicativa* mais evidentes, que foram checados por dois estudantes de psicologia, um dos quais com experiência musical. Contudo, para fins de análise não foi utilizado nenhum software (ex. PRAAT que é um software de análise e síntese da fala).

<sup>12</sup> Ressalta-se que, no caso da observação da troca de fralda, realizada na Fase 5, o vídeo da filmagem era de duração inferior a três minutos e, por isto, todo o vídeo foi considerado para a análise.

suas competências maternas, e envolve relaxamento da mãe, superação da vergonha e do medo de interagir (ex. cantar, tocar e falar para o bebê), fortalecimento das competências maternas, e autonomia no canto; (3) *interação mãe-bebê*: refere-se às trocas entre mãe e bebê, e envolve intimidade, toque e carinho, contato face-a-face e olhar recíproco, e interação vocal; e, (4) *musicalidade comunicativa*: refere-se à comunicação musical que caracteriza a comunicação da díade e envolve a sincronia entre canto/fala da mãe e os comportamentos do bebê (ex. estado geral, gestos, expressões faciais e, quando presentes, vocalizações), conforme as dimensões musicais da pulsação, qualidade e narrativa.

Cabe ressaltar que a estrutura de temas de Haslbeck (2013, 2014) foi originalmente criada a partir de estudos envolvendo o processo terapêutico musicoterapeuta-bebê pré-termo, tendo sido adaptada para o presente estudo para contemplar o processo de interação mãe-bebê pré-termo. Sendo assim, os temas que nos estudos originais referiam-se aos comportamentos do musicoterapeuta, foram adaptados e empregados aqui para se analisar os comportamentos maternos. Também, a estrutura original envolvia o tema da *responsividade* entre musicoterapeuta-bebê, que não foi utilizado nesse estudo, uma vez que esta dimensão e outras envolvendo trocas mãe-bebê, foram incluídas no tema da *interação mãe-bebê*, originado a partir dos dados do presente estudo. Além disso, aos temas derivados da literatura foram acrescentados outros aspectos específicos originados dos dados do presente estudo (ex. estabilização da saturação, superação da vergonha e do medo, intimidade, toque e carinho, entre outros).

Tanto as entrevistas quanto as descrições das observações dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê, derivados dos vídeos, foram analisadas através da análise temática, baseando-se em Braun e Clarke (2006), como já destacado acima. Para tanto, procedeu-se à leitura e releitura das entrevistas e das descrições, quando foram sendo identificadas as vinhetas e os trechos das descrições das observações que retratassem cada um dos temas de análise derivados em Haslbeck (2013, 2014) e nos próprios dados, conforme descrito acima. Durante a exposição dos resultados, cada tema será mais detalhado e ilustrado com as vinhetas das entrevistas e os trechos das descrições das observações dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê, durante os episódios de canto e não-canto.

Os resultados serão apresentados em três seções. Na primeira, será feita a caracterização do caso, baseando-se nas informações do prontuário clínico, bem como na *Ficha de dados demográficos*, na *Ficha de dados clínicos do bebê*, na *Entrevista de*

*maternidade no contexto da prematuridade e na Entrevista sobre o histórico sonoro-musical da mãe.* Na segunda seção apresenta-se um relato geral de todos os encontros da IMUSP, com o objetivo de retratar a implementação da intervenção musicoterápica, destacando em particular as experiências da musicoterapeuta e da díade. Por fim, na terceira seção serão apresentadas as contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal, com base nas entrevistas com a mãe e nas descrições das observações dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê.

### **3.2 Implementação da *Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* – IMUSP**

Após caracterizar o caso de Natalia e Ana, nessa parte será retratada a implementação da *Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* (IMUSP) para essa díade. Natalia começou a intervenção, quando a filha tinha aproximadamente 30 semanas de idade pós-menstrual, uma semana após a realização das entrevistas da Fase 1, destacadas acima. Como já ressaltado anteriormente, a estrutura original da IMUSP foi adaptada para ir ao encontro da disponibilidade de tempo da mãe e para poder se adequar às restrições de espaço físico da UTINeo. Ao todo, foram realizados 9 encontros, conforme descrito no Capítulo III.

O encontro 1 da IMUSP visou acolher musicalmente a mãe, favorecendo a exploração vocal livre em um contexto não-verbal, sendo mais focado na produção vocal e no canto das músicas selecionadas pela mãe. A musicoterapeuta convidou Natalia a uma sala da Unidade de Neonatologia, readaptada para a realização do encontro. Na sala estavam disponíveis os seguintes instrumentos e materiais: um violão clássico com cordas de nylon e aço; um *glockenspiel* de 29 cm de comprimento com uma caixa de madeira; um tambor do oceano de 36 cm de diâmetro em pele, madeira e tecido; um pandeiro de 26 cm de diâmetro em pele e madeira; e as cópias das letras e dos acordes das músicas escolhidas pela mãe, além de outras músicas brasileiras de diferentes estilos (canções de ninar, evangélica, pagode, sertaneja e música popular brasileira), selecionadas por outras mães ou pesquisadas pela própria musicoterapeuta. Entretanto, durante o encontro, nenhum instrumento foi tocado por Natalia e apenas a musicoterapeuta utilizou o violão para acompanhar o canto da mãe.

Após algumas perguntas iniciais da musicoterapeuta sobre o estado clínico da bebê naquele dia, Natalia informou a música que ela gostaria de utilizar no encontro e de cantar para a filha, “Fico assim sem você” de Claudinho e Buchecha. Depois disso, a musicoterapeuta solicitou e guiou a mãe a fazer algumas respirações, acalmando gradativamente o ritmo e, a seguir, a realizar algumas vocalizações *a bocca chiusa* e com

vogal “o”. Tanto durante as respirações iniciais, quanto nas vocalizações, Natalia ficou de olhos fechados, mostrando-se relaxada e concentrada na atividade. A musicoterapeuta e a mãe realizaram vocalizações em sincronia simultânea e dialógica, caracterizadas sobretudo por progressões de intervalos de 2ª ascendentes e descendentes. Notou-se que a mãe imitava a musicoterapeuta, com a tendência a subir o tom e a realizar *glissando*.

Subsequentemente, a musicoterapeuta e Natalia cantaram a música selecionada pela mãe, “Fico assim sem você”, utilizando as letras da música e o acompanhamento ao violão realizado pela musicoterapeuta. Natalia acompanhou com facilidade tanto o tempo quanto a tonalidade da música (Lá maior), começando a cantar desde o início e cantando também autonomamente em alguns trechos da música. No final da primeira repetição da música, a mãe relatou que tinha sido uma experiência interessante e que “*nunca tinha cantado assim*”. Em seguida, a musicoterapeuta solicitou e orientou para elas cantarem de novo a música, mas realizando algumas modificações a fim de adaptá-la ao trabalho que seria realizado com a bebê, nos encontros seguintes. A musicoterapeuta e a mãe cantaram de novo a música, por várias vezes, mas utilizando um tempo mais lento, repetindo o refrão, utilizando as letras originais, cantando a melodia com a vogal “o” e *a bocca chiusa*. Durante a repetição do refrão, Natalia apoiou a cabeça na parede, fechou os olhos e continuou a cantar, mostrando-se relaxada e envolvida com o canto, com destaque para o refrão de “Fico assim sem você”, cantado repetidamente pela musicoterapeuta e a mãe: “*Eu não existo longe de você e a solidão é o meu pior castigo, eu conto as horas pra poder te ver, mas o relógio tá de mal comigo*”.

Subsequentemente, a musicoterapeuta solicitou a mãe a escolher apenas um trecho da música para cantar para a filha, como se fosse uma canção de ninar. A mãe escolheu o refrão, pelo fato de perceber essa parte da letra como podendo refletir a situação que tanto ela quanto a filha estavam vivenciando: “*Porque eu acho que combina bem mais, porque eu estou sempre correndo contra o relógio para poder ficar com ela. [...] Eu acho que o refrão combina bem mais com nós duas, que todo o resto.*”

Na sequência, a musicoterapeuta solicitou a mãe a imaginar como poderia cantar essa música para a filha e como ela se sentiria em cantar no ambiente da UTINeo. Natalia respondeu que se imaginava cantar segurando a filha no colo ou segurando a sua mão. Com relação ao espaço da UTINeo, Natalia relatou que estava se soltando pouco a pouco e pareceu disponível para tentar cantar autonomamente para Ana. Antes de terminar o encontro, que durou aproximadamente 45 minutos, a musicoterapeuta deu algumas orientações sobre como cantar para a bebê, caso a mãe se sentisse à vontade para fazê-lo, antes do encontro seguinte.

Após o encontro 1, ficou claro que, apesar de não ter nenhuma experiência ou educação musical, Natalia conseguia cantar com facilidade e de forma confortável, vivenciando o canto como uma forma de relaxamento, fechando os olhos e se concentrando em suas sensações. Embora inicialmente não conseguisse manter uma tonalidade estável, ela conseguiu acompanhar o canto e modificar parâmetros sonoros simples. Destacou-se também que a sua voz era caracterizada por um timbre suave e quente, que o seu registro vocal era médio, uma vez que alcançava de forma confortável os sons entre Sól3 e Lá4, e que as suas vocalizações eram caracterizadas pela produção de muitos *glissando*.

O encontro 2, realizado cinco dias após o anterior, objetivou acompanhar a mãe durante a primeira experiência de canto para a filha. Esse encontro foi realizado na UTINeo, quando Ana tinha uma idade pós-menstrual de 31 semanas. Ressalta-se que durante esse encontro, assim como nos três que se seguiram, não foram empregados instrumentos musicais, mas apenas o canto da mãe e da musicoterapeuta, junto a incubadora. Ana estava em estado de alerta, mas mostrava-se bastante agitada, com oscilações na saturação de oxigênio. A mãe, que encontrava-se ao lado da incubadora, avisou a musicoterapeuta sobre o fato que não tinha conseguido cantar para a filha depois do primeiro encontro. Inicialmente, a musicoterapeuta retomou as atividades realizadas no encontro anterior e solicitou para a mãe cantar a música selecionada como se fosse uma canção de ninar: com um tempo lento, regular e constante, e de forma suave e repetitiva.

Antes de começar a cantar, por causa de uma grande queda de saturação da bebê, a mãe foi solicitada pela técnica de enfermagem a colocar a mão dentro da incubadora a fim de acalmar Ana. Dessa forma, desde o início deste encontro foram oferecidos para a bebê tanto o estímulo tátil da mão de Natalia, quanto o estímulo musical do canto. Inicialmente, a mãe mostrava-se bastante agitada e ansiosa pelo fato de não se lembrar da música. A musicoterapeuta cantou brevemente um trecho da música e sugeriu que, antes de cantar, a mãe observasse a filha e fizesse algumas respirações, tentando acalmar a sua respiração e se conectar à da filha. Durante essa preparação inicial ao canto, Natalia fechou os olhos e começou a cantar autonomamente. Entretanto, mostrava-se ainda bastante agitada, uma vez que cantava a música quase com o tempo original, muito mais rápido do que o adequado ao contexto. Por isso, em seguida a musicoterapeuta começou a cantar junto, a fim de oferecer um apoio musical e emocional à mãe.

Natalia e a musicoterapeuta cantaram “Fico assim sem você” *a bocca chiusa* e com vogal “o”, na tonalidade Sol maior. Natalia inicialmente teve dificuldade de manter o mesmo

tom da musicoterapeuta e, assim como no encontro 1, o seu canto era caracterizado por muitos *glissando*, o que às vezes tornava a melodia bastante diferente da original. Entretanto, ao longo do encontro, Natalia e a musicoterapeuta conseguiram alcançar o mesmo tom e cantar de forma estável, repetitiva, constante e regular para Ana. Durante o canto, a bebê mostrava-se calma e sem grandes quedas de saturação. Entretanto, nesse encontro parecia que a bebê precisava do contato da mão de Natalia, além do canto, para conseguir se acalmar. Após terminar de cantar, a musicoterapeuta reforçou a importância de continuar a utilizar com a bebê os dois estímulos juntos, canto e toque, já que se mostraram benéficos para ela. Também, orientou a mãe para fazer experiências de canto para a filha de forma autônoma nos dias seguintes sem a presença da musicoterapeuta. O encontro durou aproximadamente 20 minutos.

O encontro 3, realizado uma semana após o anterior, objetivou acompanhar a mãe durante a experiência de canto para a filha na UTINeo, estimulando a observação dos sinais da bebê, a modificação de vários parâmetros sonoros no canto e aprofundando os aspectos relacionais do canto para a bebê. A musicoterapeuta encontrou Natalia na UTINeo ao lado da incubadora, segurando a mão da filha. A musicoterapeuta deu algumas orientações iniciais: aguardar que a filha se acostumasse ao toque da mãe, observar o ritmo da sua respiração e se sincronizar a esse ritmo, cantando de forma lenta e constante. Além disso, já que o canto de uma música mais elaborada como “Fico assim sem você” pareceu causar uma certa ansiedade na mãe, como visto no encontro anterior, a musicoterapeuta conversou com Natalia sobre a possibilidade dela escolher uma música mais simples, por exemplo uma música de ninar. A mãe concordou com a sugestão e escolheu cantar “Nana nenê”, música que ela já conhecia e que considerava “*tradicional*”.

A musicoterapeuta começou a cantar com vogal “o” a melodia de “Nana nenê” em tonalidade Lá maior, enquanto a mãe entrou no terceiro verso com uma tonalidade mais baixa, conseguindo subir rapidamente na mesma tonalidade da musicoterapeuta. As duas cantaram em sincronia simultânea, com tempo lento, de forma repetitiva e constante, alternando vogal “o” e canto *a bocca chiusa*, utilizando uma intensidade de *pianissimo* a *piano*. Na sequência, Natalia tomou a iniciativa de recomeçar autonomamente a melodia, e a musicoterapeuta acompanhou e se sincronizou ao canto da mãe, alternando momentos onde deixava a mãe cantar de forma autônoma a momentos onde cantava junto. Nesse encontro destacou-se que Natalia tinha a tendência a repetir a melodia por um tempo bastante prolongado, sem realizar pausas. Quando a mãe parou de cantar, a musicoterapeuta ressaltou essa questão para ela,



explicando que poderiam deixar um pequeno intervalo entre um episódio de canto e outro para observar a bebê. Nesse momento a mãe relatou que a filha estava apertando o dedo dela. Durante esse intervalo a filha foi acordada pelos barulhos presentes na sala e começou a manifestar sinais de estresse.

Passados alguns minutos, o episódio seguinte de canto foi introduzido pela musicoterapeuta, acompanhada logo depois pela mãe, cantando “Nana nenê” na tonalidade de Sib maior, inicialmente com as letras e depois de novo *a bocca chiusa*. Entretanto, durante esse episódio a bebê parecia agitada e a mãe várias vezes utilizou a onomatopeia “sh” para tentar acalmar a filha. Ao longo de toda a internação na UTINeo, esse som se destacou por ser um elemento característico da interação vocal de Natalia com a filha, uma vez que a mãe com frequência o utilizava para se comunicar com Ana, geralmente com o objetivo de acalmá-la ou consolá-la. Depois desse episódio de canto, a mãe relatou que achava que Ana não gostava do canto com as letras, mas preferia o canto *a bocca chiusa*. A musicoterapeuta comentou que essa observação era coerente, já que cantar com as letras é um estímulo mais complexo, podendo talvez se tornar excessivo em determinadas circunstâncias. Antes de terminar o encontro, a mãe mostrou para a musicoterapeuta a força com a qual Ana estava segurando o seu dedo.

Nesse encontro destacou-se ainda que a escolha de “Nana nenê”, uma música mais simples e repetitiva, foi adequada para a mãe, já que ela relaxou mais e pareceu mais confortável em cantar para a filha, conseguindo inclusive tomar a iniciativa de recomeçar autonomamente a música. Chamou a atenção da musicoterapeuta que, durante o canto, a mãe continuou a segurar a mão da filha, estando totalmente apoiada em cima da incubadora, quase abraçando-a, e cantando com a boca em contato com o vidro, possivelmente oferecendo para a bebê um estímulo ao mesmo tempo auditivo e vibracional. O encontro durou aproximadamente 20 minutos.

O encontro 4 ocorreu seis dias após o anterior e, como àquele, objetivou acompanhar a mãe durante a experiência de canto para a filha, estimulando a observação dos sinais da bebê, a modificação de vários parâmetros sonoros no canto e aprofundando os aspectos relacionais do canto. Natalia estava na UTINeo ao lado da incubadora, segurando a mão da filha, quando a musicoterapeuta se aproximou e deu algumas orientações iniciais para a mãe, solicitando que ela observasse a respiração de Ana e tentasse se sincronizar a esse ritmo. Natalia selecionou de novo a canção de ninar “Nana nenê” e, antes de começar a cantar, fechou os olhos e se apoiou na incubadora, da mesma forma que o encontro anterior. Antes de iniciar o

encontro, a bebê estava em estado de alerta, bastante agitada a nível motor e com uma saturação de oxigênio oscilante, mas sem mostrar nenhuma queda.

No primeiro episódio de canto, que foi iniciado pela musicoterapeuta, a mãe teve uma instabilidade inicial na tonalidade até alcançar o tom F $\sharp$  maior. Entretanto, destacou-se que Natalia tinha a tendência a subir o tom a cada repetição da canção. A musicoterapeuta e a mãe cantaram “Nana nenê” *a bocca chiusa* por vários minutos consecutivos, com um tempo lento e regular e de uma forma constante. Durante esse episódio a bebê mostrava-se tranquila, sem se mexer, apesar dos vários barulhos que aconteciam na sala. Nesse episódio, ressaltou-se que, com exceção do começo, foi sempre a mãe que guiou o início de cada repetição da música, enquanto a musicoterapeuta limitou-se em seguir e acompanhar o canto materno. Também, chamou a atenção da musicoterapeuta o fato de que Natalia no final desse primeiro episódio de canto acariciava com o dedo o vidro da incubadora em forma rítmica, sincronizada ao canto, como se estivesse fazendo um carinho rítmico na bebê.

Logo após o fim desse episódio de canto, a bebê mostrou-se agitada a nível motor e teve uma queda de saturação, depois de a mãe deixar de segurar a mão dela. A musicoterapeuta recomeçou a cantar “Nana nenê”, depois que Natalia segurou novamente a mão da filha e enquanto a bebê estava ainda com a saturação baixa. A mãe fechou os olhos e acompanhou o canto, sempre *a bocca chiusa* e dessa vez em tonalidade de Sib maior. Nesse segundo episódio de canto, Natalia e a musicoterapeuta guiaram o início das repetições e o tempo do canto, de uma forma alternada. Entretanto, por causa das oscilações da saturação da bebê, o canto foi realizado de uma forma fragmentada e com uma tonalidade instável, e a mãe estava preocupada em controlar o monitor com os sinais da filha. Após o fim do segundo episódio de canto, havia na sala barulhos muitos fortes que sobrecarregaram a bebê. Por isso, até o final do encontro, a mãe e a musicoterapeuta ficaram em silêncio ao lado da incubadora, limitando-se a observar a bebê. Nesse momento, destacou-se que a mãe interagiu muito vocalmente com a filha, chamando-a pelo nome, falando com ela, e utilizando sobretudo a onomatopeia “sh”, modificada em dinâmica, ritmo e duração, a fim de acalmar a bebê. No final do encontro, que durou aproximadamente 20 minutos, a bebê apresentava-se mais calma.

O encontro 5, realizado uma semana após o anterior, objetivou aprofundar os aspectos relacionais do canto e começar a trabalhar na criação de uma canção de ninar para a bebê, com base em uma melodia já existente ou inventada e com letras significativas para a mãe (ex. nome da bebê, cumprimentos iniciais, canção de despedida, desejos para o futuro, etc). Esse encontro foi interrompido várias vezes, porque a bebê estava sobrecarregada e agitada,

uma vez que a sala da UTINeo estava muito barulhenta e a incubadora da bebê estava desprotegida da luz. A musicoterapeuta encontrou Natalia na UTINeo com a mão já dentro da incubadora mas sem segurar a filha. Destaca-se que, daquele dia a mãe já havia sido liberada para tocar a bebê sem luva, já que Ana tinha alcançado 1000 g de peso.

Antes de começar, a musicoterapeuta deu algumas orientações iniciais, reforçando a importância de cantar observando os sinais da filha (respiração, movimentos e expressões faciais) e a possibilidade de modificar o tempo e as pausas da música, assim como de cantar com ou sem palavras. Inicialmente, a música selecionada pela mãe foi “Fico assim sem você”, cantada com vogal “o” e *a bocca chiusa*. A musicoterapeuta começou a cantar e, no início da segunda estrofe, a mãe começou a acompanhar o canto, de olhos fechados, em uma tonalidade inicialmente instável, sendo que as duas terminaram cantando em Sol maior. A musicoterapeuta deixou repetidamente a mãe cantar de forma autônoma, limitando-se a apoiar e seguir vocalmente a mãe. Entretanto, Natalia mostrava-se preocupada pelo estado de agitação da filha e, por isso, parou de cantar. A musicoterapeuta sugeriu que a mãe segurasse a mão da filha e gradativamente elas comessem a cantar novamente, repetindo apenas o refrão da música como se fosse uma canção de ninar, assim como tinha sido combinado no encontro 1 da IMUSP. A bebê apresentava-se ainda agitada e muito sensível aos barulhos da sala.

Após alguns minutos, o segundo episódio de canto foi introduzido pela musicoterapeuta, que cantou o refrão da música com vogal “o”, com um tempo lento e sincronizado aos movimentos das pernas da bebê. A mãe também começou a cantar *a bocca chiusa*, continuando de forma autônoma até o final do episódio. Na sequência, Natalia parou o canto, mostrando-se preocupada com a agitação motora da filha, controlando repetidamente o monitor com os sinais vitais e tentando acalmar a bebê, chamando-a pelo nome e utilizando a onomatopeia “sh”. Subsequentemente, a musicoterapeuta sugeriu que elas cantassem a canção de ninar escolhida nas sessões anteriores, “Nana nenê”, e a mãe concordou. Também, solicitaram para a técnica de enfermagem colocar um lenço acima da incubadora, a fim de proteger a bebê da luz. Natalia e a musicoterapeuta cantaram em tonalidade Lá maior, com vogal “o”, tempo lento e sincronizado aos movimentos das pernas da bebê. A mãe guiou o início das últimas repetições do canto e terminou de cantar após alguns minutos, quando a bebê mostrou-se mais calma. Após a mãe terminar de cantar, a musicoterapeuta começou a cantar a mesma melodia, com as letras originais e a mãe acompanhou com o canto também, produzindo de vez em quando a onomatopeia “sh” nas pausas. Sem interromper o canto, a

musicoterapeuta improvisou na melodia original algumas letras baseadas no estado da mãe e da bebê naquele momento: *“Boa noite Ana, vamos dormir, vamos dormir, mamãe está aqui. Boa noite Ana, vamos dormir, mamãe está aqui, e logo voltará”*.

Enquanto a musicoterapeuta cantava, Natalia ficou em silêncio, observando a filha até o final do canto. Depois, após a equipe de enfermagem ligar as luzes, Natalia colocou o braço em cima da incubadora, gesto que chamou a atenção da musicoterapeuta, uma vez que parecia que a mãe queria abraçar a incubadora para proteger a filha da luz. Antes de terminar a sessão, a musicoterapeuta perguntou se a mãe teria vontade de colocar algumas palavras na música, de uma forma parecida à que ela fez. Apesar da insegurança e vergonha inicial, a mãe comentou *“É tão bom tocar nela sem luva”* e a musicoterapeuta começou a cantar a melodia de “Nana nenê” improvisando essas letras: *“Oi Ana, é bom tocar em ti”*. Entretanto, nesse momento a sessão foi interrompida por uma técnica de enfermagem, que avisou a mãe que era o horário do lanche. Ao saírem da sala, a musicoterapeuta e a mãe conversaram sobre as impressões vivenciadas durante a sessão. O encontro durou aproximadamente 30 minutos.

O encontro 6, realizado uma semana após o último, objetivou acompanhar e apoiar musicalmente a mãe durante a primeira experiência de contato pele-a-pele com a filha (posição canguru), desenvolvendo também o trabalho de canto improvisado com a bebê e a criação de uma canção de ninar. Antes do encontro, Natalia relatou ter cantado para Ana no mesmo dia, pois a bebê estava agitada e a mãe quis utilizar o canto como recurso para acalmá-la. A bebê tinha sido extubada e durante esse encontro estava respirando através do CPAP. Já que Ana estava mais estável e em posição canguru com a mãe, ao lado da incubadora, a musicoterapeuta introduziu neste encontro, também o violão a fim de acompanhar o canto. Destaca-se que, pelo fato de ser a primeira experiência de contato pele-a-pele entre mãe e bebê, através da posição canguru, o encontro 6 foi particularmente delicado e emocionante. De fato, antes de começar o canto, a musicoterapeuta convidou Natalia a cantar para a filha da mesma forma que nos encontros anteriores, mas explicando que, caso ela não se sentisse à vontade de cantar, podia optar por escutar o canto da musicoterapeuta.

A mãe estava sentada na sala da UTINeo, ao lado da incubadora, segurando a filha em posição canguru. A bebê estava em estado de sono calmo. Natalia selecionou a música “Fico assim sem você”, a qual foi cantada inicialmente na tonalidade Lá maior, com as letras originais, com um tempo lento (aproximadamente 45-50 bpm), intensidade de *piano* a *mezzopiano*, com o acompanhamento de arpejos ao violão. Enquanto Natalia cantava, acariciava ritmicamente o corpo da filha. A musicoterapeuta cantava seguindo a mãe e tocava

o violão sincronizando-se aos carinhos da mãe no corpo da bebê. Depois, a mãe se colocou em uma posição que repetiu várias vezes ao longo das sessões seguintes: ela fechou os olhos apoiando o queixo, a boca ou a bochecha na cabeça de Ana, aproximando seu corpo ao da filha, como envolvendo a filha com o seu corpo. Nesse momento a musicoterapeuta tocou os acordes da melodia sem cantar, em um tempo mais lento e mais livre, sincronizando-se aos movimentos de Natalia. Ao mesmo tempo, Natalia cantava de forma autônoma a melodia da música *a bocca chiusa* com intensidade *pianissimo*.

Após esse primeiro episódio de canto, seguiu um episódio de música, onde a musicoterapeuta tocou os acordes arpejados da música anterior, sincronizando-se aos movimentos de carinho da mãe no corpo da filha. Nesse momento, Natalia continuou de olhos fechados aproximando seu corpo ao da filha. Depois, a musicoterapeuta começou a cantar a canção de ninar “Nana nenê” na tonalidade de Dó maior, acompanhando-a com os arpejos ao violão. A musicoterapeuta cantou a música com as letras originais, enquanto a mãe acompanhava cantando *a bocca chiusa* com intensidade *pianissimo*. Nesses primeiros episódios de canto do encontro 6, Natalia não tomou a iniciativa de começar o canto, limitando-se a acompanhar em intensidade muito baixa e *a bocca chiusa* o canto da musicoterapeuta. Por outro lado, a musicoterapeuta desempenhou mais um papel de apoio musical e emocional da relação mãe-bebê na primeira experiência de contato entre elas. A bebê continuou em estado de sono, mas com uma saturação oscilante.

O último episódio musical do encontro 6 foi um canto improvisado iniciado de forma espontânea e autônoma por Natalia, após o término do episódio de canto anterior. Enquanto a musicoterapeuta estava em silêncio e observando tanto a mãe e a bebê quanto o monitor dos sinais vitais de Ana, Natalia começou a entoar *a bocca chiusa* uma melodia improvisada, enquanto estava de olhos fechados, aproximando seu corpo ao da filha. Na sequência, a musicoterapeuta tentou imitar a melodia da mãe e acompanhar com o violão, criando uma harmonia de apoio ao canto. A canção de ninar improvisada por Natalia e a musicoterapeuta era uma melodia em Sol maior, compasso 4/4, com uma pulsação de acerca 65 bpm, uma extensão de Sol<sup>3</sup> até Dó<sup>4</sup> e se desenvolvendo principalmente em intervalos de 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> maior.

Figura 1. Partitura musical do canto improvisado no encontro 6 da IMUSP



Natalia cantava essa melodia com os olhos fechados, aproximando seu corpo ao da filha e fazendo carinho nela. A musicoterapeuta alternava momentos de escuta do canto da mãe e momentos onde apoiava vocalmente, continuando sempre a acompanhar ao violão com os acordes de tônica e dominante e se sincronizando aos movimentos da mãe. O encontro terminou, após aproximadamente 20 minutos de duração, com a bebê em posição canguru, em estado de sono tranquilo e com sinais vitais estáveis.

O encontro 7, que ocorreu 15 dias após o anterior, visou acompanhar a mãe durante a criação de uma canção de ninar para a filha, com base em uma melodia improvisada e letras significativas para a díade. A musicoterapeuta encontrou a mãe na sala da UTINeo, fazendo canguru com a filha. Alguns dias antes do encontro, tinha sido retirado o CPAP da bebê, a qual nesse encontro estava respirando de forma autônoma, só com o auxílio de uma pequena dose de oxigênio. Inicialmente foram retomadas as atividades realizadas no encontro anterior, em particular valorizando e ressaltando a experiência de canto improvisado para a bebê.

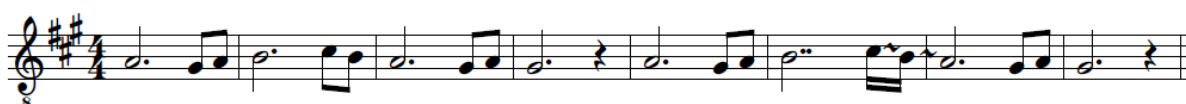
Também, a musicoterapeuta solicitou a mãe para elas trabalharem de novo no canto improvisado a fim de criar uma música que fosse só dela e da filha. Inicialmente a mãe mostrou-se insegura pelo fato de não se lembrar da melodia improvisada no encontro anterior, comentando também que ela achava que “*é uma coisa espontânea*”. Concordando com a mãe e reforçando a importância de que fosse um gesto espontâneo, a musicoterapeuta orientou Natalia para elas começarem o encontro cantando uma música conhecida e, partindo disso, desenvolver uma nova música juntas.

Para o encontro foi escolhida a música “Fico assim sem você”, a qual foi introduzida ao violão pela musicoterapeuta. Natalia começou o canto de forma autônoma utilizando as letras originais da música. Logo depois, a bebê levantou a cabeça e pareceu estar agitada. A mãe parou de cantar, tentou acalmar a filha interagindo vocalmente com ela (através da fala e da onomatopeia “sh”) e arrumou a posição da bebê no seu colo. Depois, a musicoterapeuta passou do canto com as palavras ao canto *a bocca chiusa*, a fim de oferecer um estímulo mais simples e que sobrecarregasse menos a bebê. Natalia acompanhou o canto, acariciando o corpo da filha. A musicoterapeuta acompanhou com acordes arpejados muito delicados ao violão e diminuindo a intensidade do canto, para deixar que Natalia cantasse autonomamente. Ana se mexeu de novo, levantando a cabeça, mas sem mostrar quedas de saturação ou agitação. Natalia e a musicoterapeuta pararam de cantar e ficaram observando a bebê.

Após Natalia voltar a aproximar seu corpo ao da filha, a musicoterapeuta continuou a tocar os arpejos dos acordes de “Fico assim sem você”, a fim de oferecer um apoio harmônico

para a mãe criar a música improvisada. A mãe começou a cantar uma melodia *a bocca chiusa*, caracterizada por sons prolongados em correspondência ao tempo principal, com compasso 4/4, dentro da harmonia da música anterior (Lá, Dó#m7, Ré, Mi7), com uma extensão de Sol#3 até Dó#. Natalia criou uma melodia construída principalmente por intervalos de 2ª maior e menor, ascendentes e descendentes; além disso, ressaltou-se o uso do *glissando*, aspecto característico das vocalizações da mãe, assim como observado pela musicoterapeuta no primeiro encontro com ela.

Figura 2. Partitura musical do canto improvisado no encontro 7 da IMUSP



Enquanto cantava, a mãe estava de olhos fechados, com o corpo envolvendo a própria filha, acariciando o seu corpo e cabeça. Chamou a atenção da musicoterapeuta também o fato de que a mãe cantou com a boca apoiada na cabeça da bebê, de uma forma parecida em que a mãe cantava apoiada no vidro da incubadora nos primeiros encontros. A musicoterapeuta imitou e apoiou o canto materno, às vezes deixando a mãe cantar de forma autônoma, outras vezes acompanhando vocalmente *a bocca chiusa* ou com vogal “o”. Durante o canto improvisado, a bebê continuou dormindo, sem se mexer.

Entretanto, logo depois de a mãe cantar, a bebê manifestou uma dificuldade respiratória; Natalia observou preocupada a filha e tentou acalmá-la antes através da onomatopeia “sh”, depois falando com ela e, por fim, voltando a cantar *a bocca chiusa*, observando Ana. A musicoterapeuta apoiou a iniciativa da mãe e as duas voltaram a cantar a mesma melodia improvisada. Natalia aproximou mais ainda seu corpo sobre o da filha, e começou a fazer carinho com os dedos no seu rosto, enquanto a musicoterapeuta cantava, sincronizando-se ao ritmo das carícias maternas. Na sequência, a musicoterapeuta improvisou algumas letras acima da melodia criada pela mãe: “*Oh Ana, oh Ana, você é muito linda, você é bochechuda, você é muito linda, oh Ana. Eu quero que você volte logo para casa. Oh Ana, oh Ana. Eu amo você, eu tenho saudade. Oh Ana, oh Ana. Eu amo você, volte logo para casa. Eu tenho saudade, volte logo para casa.*”

Enquanto a musicoterapeuta cantava, inicialmente a mãe ficou em silêncio, fazendo carinho na mão da bebê, e depois acompanhou com canto *a bocca chiusa* até o final do encontro. Destacou-se que durante a segunda parte do encontro, após a bebê mostrar uma

dificuldade respiratória, Ana se manteve em estado de sono tranquilo, com uma saturação alta e estável e com uma frequência cardíaca bastante regular e baixa. Após o canto, a musicoterapeuta conversou com a mãe sobre as suas impressões em relação à música criada e Natalia respondeu rindo: “*É assim que ela acalmou, é só com música agora!*”. Antes de terminar o encontro, a musicoterapeuta convidou a mãe a modificar as letras improvisadas pela musicoterapeuta, se ela tivesse vontade. Natalia relatou gostar e concordar com as letras sugeridas pela musicoterapeuta. O encontro durou aproximadamente 30 minutos.

O encontro 8, realizado quatro dias após o último, visou aprofundar o trabalho da canção de ninar para a bebê, com base na melodia improvisada pela mãe no encontro anterior. Era previsto para ser o último encontro, finalizando a intervenção. Entretanto, por causa da organização das rotinas da sala, esse encontro precisou ser encurtado e a musicoterapeuta conseguiu cantar com a mãe apenas alguns minutos. Por isso, optou-se por realizar um encontro adicional para o que estava previsto. A musicoterapeuta encontrou a mãe na UTINeo, fazendo canguru com a filha que, nesse encontro, já conseguia respirar de forma espontânea. Inicialmente, elas conversaram sobre as experiências de canto realizadas pela mãe no mesmo dia. Depois, a musicoterapeuta sugeriu retomar a música improvisada na sessão anterior e, em seguida, começou a tocar ao violão os acordes arpejados da harmonia de “Fico assim sem você”, cantando a melodia criada pela mãe com vogal “u”, *a bocca chiusa* e, por fim, com as letras improvisadas pela musicoterapeuta na sessão passada.

Durante a música, Natalia fechou os olhos, aproximando sua cabeça e corpo ao da filha, como se envolvesse-a com seu corpo, acariciando-a, dando leves batidas rítmicas no corpo dela e cantando ao mesmo tempo *a bocca chiusa*, com intensidade *pianissimo*. A bebê estava em estado de alerta tranquilo, mexendo de vez em quando os braços e, em uma ocasião, vocalizando. A musicoterapeuta cantou as letras da música, criadas especificamente para a díade, sincronizando-se aos movimentos rítmicos da mãe no corpo da filha. Após os primeiros minutos de canto, a bebê começou a se mostrar mais agitada, mexendo-se e resmungando. Natalia embalou ela, enquanto a musicoterapeuta passou a cantar a mesma música *a bocca chiusa* até o final do episódio de canto. No intervalo subsequente na sala teve um forte barulho, ao qual Ana respondeu mexendo-se rapidamente e Natalia tentou acalmá-la através da onomatopeia “sh”, abraçando-a e arrumando a sua posição no canguru, já que, segundo a mãe, a bebê estava incomodada naquela posição. Durante esse intervalo a musicoterapeuta solicitou que Natalia pensasse no que ela poderia complementar nas letras da música, perguntando se ela tinha ideias, sensações ou desejos a expressar para a Ana, através



da música. A mãe respondeu sorrindo que não tinha nada a complementar, comentando: “*Tá tudo o que eu quero, que ela volte pra casa. Ela vai [voltar]*”.

Na sequência, a musicoterapeuta sugeriu que elas cantassem uma música de despedida para Ana, já que a mãe ia sair poucos minutos depois. Dessa forma, a musicoterapeuta começou a tocar e cantar a melodia anterior, dessa vez colocando algumas palavras de despedida para a bebê: “*Tchau Ana, nos vemos amanhã. Eu amo você, volte logo para casa. Eu vou te aguardar, tchau Ana*”. Enquanto a musicoterapeuta estava cantando, a mãe ficou em silêncio observando a filha que estava acordada. Nesse momento se destacou um episódio de contato face-a-face entre mãe e bebê, no qual a bebê abriu os olhos e olhou para a mãe, e Natalia respondeu sorrindo, acariciando-a e conversando com ela. O encontro durou aproximadamente 10 minutos.

O encontro 9, realizado cinco dias após o último, visou finalizar a intervenção com a mãe, retomando as atividades realizadas ao longo dos encontros anteriores e orientando a mãe para as futuras experiências de canto para a filha. Naquele dia a bebê tinha alcançado um peso de 1770 g. Inicialmente, a musicoterapeuta perguntou se a mãe tinha algumas dúvidas ou perguntas sobre as atividades realizadas nos encontros anteriores. Natalia respondeu que não tinha dúvidas e, em seguida, selecionou a música “Fico assim sem você”. A musicoterapeuta retomou as orientações iniciais e começou observando o estado da bebê, a sua respiração e tentou cantar seguindo o ritmo dessa respiração, monitorando também os movimentos dela. Também, a musicoterapeuta sugeriu a possibilidade de cantar antes *a bocca chiusa* e depois adicionar as palavras.

A musicoterapeuta começou a tocar os acordes da música, antes de forma mais rítmica e depois arpejada, se sincronizando à respiração da mãe. Após uma breve interrupção de uma técnica de enfermagem, a musicoterapeuta retomou a música, adicionando também o canto com vogal “o”, tocando com um tempo lento e mais livre. Natalia começou também a cantar *a bocca chiusa*, acariciando o corpo da bebê e beijando a cabeça dela. Chamou a atenção da musicoterapeuta o fato de Natalia estar de olhos fechados, com uma mão dentro do jaleco acima do corpo da bebê, dando a impressão de estar concentrada na respiração dela. A musicoterapeuta nesse momento começou a cantar *a bocca chiusa* também, sincronizando-se à respiração da Natalia e realizando um *rallentando* nos finais das frases.

Alguns minutos depois, enquanto a mãe e a musicoterapeuta estavam cantando, Natalia arrumou a posição da filha, levantando-a um pouco. A bebê respondeu antes resmungando e, em seguida, vocalizando com um *glissando* (aproximadamente descendendo

um intervalo de 5ª justa, de Lá#4 a Ré#4, e subindo um semitom até Mi4). Logo depois, a mãe beijou a filha e a musicoterapeuta imitou a vocalização da bebê, realizando um *glissando* com vogal “o” de Mi4 até Si3. A mãe sorriu e falou algo para a filha com intensidade *pianissimo*. Subsequentemente, a musicoterapeuta recomeçou a melodia da música com vogal “o” e intensidade *piano/mezzopiano*, com acompanhamento de arpejos ao violão e tempo levemente mais rápido e regular. Ana vocalizou novamente realizando um outro *glissando* (produzindo aproximadamente uma 4ª justa de Lá4 a Mi4). A mãe respondeu de novo com um beijo e apoiando depois a boca na cabeça da filha, aproximando seu corpo ao da filha, como se a envolvesse com seu corpo, como nos encontros anteriores, fechando os olhos e começando a embalar a bebê balançando ritmicamente a perna. A musicoterapeuta ralentou o tempo da música, sincronizando-se ao ritmo da perna da mãe e deixando-a cantar de forma autônoma, limitando-se a apoiar harmonicamente e ritmicamente com o violão. Nesse momento destacaram-se muitos episódios de carinho e intimidade entre mãe e bebê. Na sequência, a musicoterapeuta e a mãe cantaram as letras do refrão da música, até o final desse primeiro episódio de canto.

Em seguida, a mãe começou a improvisar uma melodia *a bocca chiusa* em intensidade *pianissimo*, na mesma tonalidade da música anterior. A musicoterapeuta recomeçou a acompanhar no violão, alternando momentos de escuta e simples apoio rítmico-harmônico e momentos de imitação do canto materno. A mãe continuou a cantar *a bocca chiusa*, de olhos fechados, embalando ritmicamente a filha e acariciando-a. A melodia improvisada pela mãe e pela musicoterapeuta era na tonalidade Lá maior e organizada em intervalos de 2ª e 3ª, maior e menor, com frases musicais caracterizadas por finais alongados, apoiadas geralmente na tônica, no II ou no III grau da tonalidade. Ao longo desse episódio de canto, a bebê ficou em estado de sono tranquilo. A mãe terminou o episódio de canto e o encontro terminou com a chegada da fonoaudióloga que iria avaliar a bebê para começar a estimular a sua sucção. O encontro durou aproximadamente 15 minutos.

### 3.2.1 Síntese dos encontros

Cabe destacar que, desde o início da intervenção, a mãe se revelou interessada e aberta à sua experiência de canto para a filha. Natalia conseguiu realizar toda a intervenção, a despeito da sua disponibilidade de tempo limitada, se deixando acompanhar e orientar pela musicoterapeuta. Apesar da vergonha e da agitação iniciais de cantar para a filha, Natalia aprendeu a utilizar o canto como um recurso para acalmar a bebê e, também, para relaxar. A

mãe já possuía a experiência de cantar *a bocca chiusa* para acalmar os outros filhos mas, assim como ressaltado nas primeiras entrevistas, inicialmente tinha dificuldade em interagir seja vocalmente seja com toque com Ana. Essa dificuldade tinha uma origem multifatorial, dependendo de traços da personalidade e da vida de Natalia, da fragilidade da bebê, assim como da falta de privacidade e intimidade da UTINeo. Ao longo das sessões a mãe conseguiu redescobrir e fortalecer essas competências, tornando a experiência de canto para a filha um momento de intimidade natural, mesmo se vivenciado em um contexto difícil como o da UTINeo. Em particular, Natalia conseguiu fortalecer e compartilhar com a filha elementos vocais pessoais e íntimos que pertenciam à sua “Identidade Sonora” (ISO) (Benenson et al., 2008), como a utilização da onomatopeia “sh”, o emprego do *glissando* e o canto improvisado *a bocca chiusa*.

Para finalizar, destacam-se a seguir os principais aspectos e parâmetros sonoro-musicais que caracterizaram a relação musicoterápica entre musicoterapeuta, mãe e bebê, ao longo da intervenção. 1) Aspectos tímbricos e melódicos: *glissando*; registro vocal médio; extensão entre Sol<sup>3</sup> e Dó<sup>#4</sup>; intervalos de 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> maior e menor; timbre suave e quente; canto *a bocca chiusa*; vocalizações com vogal “o”; canto com letras das músicas; frases musicais caracterizadas por finais alongados, apoiadas geralmente na tônica, no II ou no III grau da tonalidade; cantar de forma estável, repetitiva, constante e regular; cantar o nome da bebê; vocalizações da bebê caracterizadas por *glissando* descendentes, intervalos de 5<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> justa e extensão de Ré<sup>#4</sup> a Lá<sup>#4</sup>. 2) Aspectos harmônicos: tonalidade de Lá maior, Sib maior, Fá<sup>#</sup> maior, Dó maior e Sol maior; acompanhamento ao violão com arpejos delicados, com acordes com um tempo mais livres, como apoio harmônico e rítmico; acordes de tônica e dominante. 3) Aspectos rítmicos: tempo lento; tempo de aproximadamente 45-65 bpm; compasso 4/4; tempo sincronizado ao ritmo da respiração da bebê, aos movimentos das pernas da bebê, à respiração da mãe, ao ritmo em que a mãe acariciava ou embalava a filha; tempo mais lento nos finais das frases musicais. 4) Intensidade: *pianissimo*, *piano*, *mezzopiano*. 5) Seleção e formas musicais: execução de músicas escolhidas pela mãe (“Fico assim sem você” e canção de ninar “Nana nenê”); canto improvisado *a bocca chiusa*; repetição do refrão da música como se fosse uma canção de ninar; sincronia simultânea e dialógica entre musicoterapeuta e mãe; imitação vocal entre musicoterapeuta e mãe; sincronia simultânea entre musicoterapeuta e mãe-bebê; improvisação vocal com uma base harmônica; apoio rítmico e harmônico da musicoterapeuta para o canto da mãe; composição musical; paródia musical (Haslbeck, 2014; Wigram, 2004; Barcellos, 2011). 6) Comportamentos não-verbais característicos da mãe

durante os encontros: fechar os olhos; apoiar-se na incubadora, quase abraçando ela; cantar com a boca em contato com o vidro da incubadora; acariciar com o dedo o vidro da incubadora em forma rítmica; apoiar a boca, o queixo ou a bochecha na cabeça da bebê; produzir *glissando* e a onomatopeia “sh”; chamar a bebê pelo nome; abraçar, beijar, acariciar e embalar a filha.

### **3.3 Contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal**

Na presente seção serão apresentados os resultados das contribuições da *Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* - IMUSP (Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014b), para a díade mãe-bebê pré-termo, em particular suas contribuições para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê. Os resultados serão apresentados em quatro seções, cada uma destacando um dos temas analisados: (1) *empoderamento do bebê*; (2) *empoderamento da mãe*; (3) *interação mãe-bebê*; (4) *musicalidade comunicativa*. Cada tema será analisado longitudinalmente (encontros 4, 6 e 9 da IMUSP; pós-IMUSP; pré-alta e pós-alta), destacando-se as eventuais mudanças nos episódios de canto e não-canto materno em cada um destes momentos, utilizando-se tanto os dados derivados dos vídeos dos encontros da IMUSP e das sessões de observação, como as entrevistas de avaliação da intervenção. Ao longo da exposição serão destacadas vinhetas das entrevistas e trechos das descrições dos comportamentos e das interações mãe-bebê mais relevantes, que exemplifiquem cada tema investigado. Importante lembrar que os temas são apresentados separadamente apenas por razões didáticas, se constituindo em recortes de uma dinâmica interativa única.

#### **3.3.1 Empoderamento da bebê**

Conforme a definição de Haslbeck (2013, 2014) o *empoderamento do bebê*, se refere à capacidade do bebê de relaxar, se acalmar, aumentar a sua autorregulação, orientação e interação. Seguindo a definição da autora, este tema envolve o relaxamento do bebê, a apresentação de novas competências, a participação e o envolvimento no canto. No presente estudo este tema foi ampliado para englobar também as respostas fisiológicas da bebê, como a estabilização da saturação de oxigênio.

Ao longo das semanas em que foi realizada a IMUSP e também no follow up, percebeu-se que, na medida que a bebê foi crescendo e se estabilizando, houve um aumento do seu *empoderamento*, uma vez que ela conseguiu gradativamente relaxar mais, estabilizar e manter a saturação de oxigênio e apresentar pequenas competências como abrir os olhos,

olhar para a mãe e produzir simples vocalizações. Esta evolução se deveu à melhora clínica e ao desenvolvimento da bebê, mas a IMUSP também pode ter contribuído, como aparece nos resultados das análises destacadas a seguir.

Por exemplo, no encontro 4, no início do episódio de canto a bebê mostrava-se agitada, manifestando uma queda de saturação de aproximadamente três minutos durante os quais a mãe continuou a cantar. Só no final do episódio de canto a saturação da bebê pareceu se estabilizar. Da mesma forma, no episódio de não-canto no mesmo encontro a bebê mostrava-se agitada, manifestando movimentos de distensão das pernas e dos braços. Entretanto, durante esse episódio inicialmente a bebê conseguiu se recuperar da queda de saturação, ficando calma por alguns segundos, abrindo os olhos, mas mostrando-se em seguida de novo agitada e desorganizada. Dessa forma, pelos relatos dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê no encontro 4 não foi possível encontrar o *empoderamento da bebê* através do relaxamento e da estabilização da saturação, nem durante o episódio de canto nem no episódio de não-canto.

Já no encontro 6 a bebê mostrou-se sempre relaxada e em estado de sono tranquilo, com sinais vitais estáveis. Assim como ressaltado anteriormente na segunda seção dos resultados, o encontro 6 foi a primeira experiência de posição canguru para Natalia e Ana e isto provavelmente teve efeitos no relaxamento da bebê, seja no episódio de canto seja no episódio de não-canto.

Com base nas descrições dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê no episódio de canto do encontro 9, foi possível perceber o relaxamento da bebê, a apresentação de novas competências e a participação e o envolvimento no canto. De fato, inicialmente a bebê estava em estado de alerta calmo, se mexendo e vocalizando de vez em quando, enquanto a mãe estava cantando, como pode ser visto a seguir: (05:06) *A mãe levanta a filha mais no colo, continuando a cantar. Ana produz um som e a mãe olha para ela, cerrando as sobrancelhas. (05:12) Ana vocaliza um glissando descendente (Lá#4 Ré#4 Mi4); A mãe dá um beijo nela logo depois, sorri e fala algo com intensidade pianissimo para a bebê. (05:22) A mãe olha para a filha, continuando a cantar. (05:28) Ana mexe a cabeça, vocaliza de novo (glissando de Lá4 até Mi4 aproximadamente) e continua a se mexer. A mãe dá um beijo na filha e posiciona-se apoiando a boca na cabeça dela, cantando a bocca chiusa e fazendo carinho no corpo dela. (E9/canto)*<sup>13</sup>

Subsequentemente, no final do episódio de canto a bebê mostrou-se relaxada, uma vez que, na medida que a mãe continuou cantando, a bebê pegou no sono, terminando o episódio

<sup>13</sup> A letra 'E' seguida de número, indica o encontro da IMUSP (encontro 4, 6 ou 9); já, as abreviações 'Ent' e 'Ob' indicam que as vinhetas ou descrições derivaram das entrevistas ou das sessões de observação, respectivamente; por fim, o número que segue as abreviações 'Ent' e 'Ob' indica a fase que as sessões ou as entrevistas ocorreram (Fase 3, 4 ou 5).

em estado de sono profundo. Dessa forma, pela descrição dos encontros da IMUSP, a bebê mostrou *empoderamento* a partir do encontro 6, manifestado em particular através do relaxamento, da apresentação de novas competências e da participação e envolvimento no canto. No encontro 9 evidenciou-se que o episódio de canto contribuiu de fato a um maior relaxamento da bebê, em comparação ao episódio de não-canto. Também, a partir do encontro 6, Ana estava em estado de sono durante a maior parte do tempo dos encontros, sendo por isso difícil observar específicos efeitos da música no *empoderamento* dela nessa fase, além do relaxamento em si.

O tema do *empoderamento da bebê* apareceu de forma mais evidente na pós-IMUSP, tanto nas falas da mãe durante a entrevista de avaliação como na descrição da sessão de observação. De fato, durante a entrevista, Natalia relatou que um dos efeitos mais marcantes do canto para a filha foi ela se acalmar e relaxar tanto durante os encontros da IMUSP, quanto durante as experiências de canto autônomo realizadas pela mãe. Em particular, Natalia relatou que o canto ajudava a filha a se acalmar quando estava agitada: *“Mas depois vendo que ela gostava que eu cantasse pra ela, com ela no colo ou com ela ali na incubadora, tocando nela, eu sentia que ela ficava bem mais calma quando ela tava agitada, ela gostava muito, até agora ela gosta. Então acho que foi isso que eu gostei né. Que foi o melhor de todos. Foi isso.”*; *“Ela fica calma, fica tranquila. Quando ela tá agitada, ela fica super tranquila.”* (Ent3)

Além de ter um efeito relaxante, pelas falas da mãe a IMUSP contribuiu na estabilização da saturação de Ana, uma vez que Natalia relatou que quando cantava sua saturação aumentava e conseguia se manter mais estável. Entretanto, a mãe destacou o efeito positivo conjunto do canto e também da posição canguru em restabelecer a saturação de oxigênio: *“Quando começa a cair a saturação dela, eu digo que ela tá agitada. (...) Quando começa a cair a saturação dela, peço pra pegar ela no colo e fico cantando, nanando ela, daí ela meio que se restabelece.”* (Ent3)

Além disso, Natalia relatou um efeito maior do canto materno em comparação à simples fala materna na saturação de oxigênio da bebê. De fato, a mãe notou que quando ela simplesmente falava com a filha, ela continuava a manifestar quedas de saturação, enquanto durante o canto Ana conseguia manter a saturação. No entanto, assim como se destacou na descrição dos encontros da IMUSP e das sessões de observação, na fala seguinte também ressaltou-se que Natalia associou sempre o canto ao contato pele-a-pele com a filha: *“Quando eu não canto, ela fica quietinha no canto dela, daí ela tá sempre dando os picos [saturação] dela né. Quando eu canto, quando ela tá no meu colo, eu cantando pra ela, ela [saturação] se mantém. Daí ela fica se mantendo, não tem tantos picos, do que se eu não tô cantando pra ela. Isso eu noto.”* (Ent4)

O *empoderamento da bebê*, através do relaxamento durante o canto materno, foi também evidenciado na descrição da sessão de observação de canto realizada após a IMUSP. De fato, a bebê dormiu a sessão inteira de observação, sem manifestar nenhum sinal de agitação ou estresse, enquanto a mãe empregava o canto improvisado *a bocca chiusa*, embalava e fazia carinho nela. Com relação à apresentação de novas competências, conforme as falas da mãe na pós-IMUSP, graças aos encontros de musicoterapia a bebê se orientou mais, prestou atenção ao canto e mostrou reconhecer a voz materna das outras vozes: *“Eu me senti aliviada... Cantando pra ela e ela prestando atenção. Foi bom. Eu me senti bem.”*; *“Mas eu sinto que ajudaram ela porque daí ela acho que observa mais as vozes, ela já reconhece né as vozes, ela já reconhece a minha voz das outras...das outras enfermeiras, acho que ela já reconhece.”* (Ent3)

Também, com relação à participação e envolvimento no canto, após a IMUSP a mãe relatou que a filha reagia ao canto abrindo os olhos e sorrindo: *“É que ela já reconhece a minha voz. Às vezes, ela abre o olho, às vezes ela não [...], só dá um sorriso no canto do lábio. Mas ela mudou muito, porque antes ela, o reagir dela era o modo dela ficar, se eu botasse pra ela, ela tava de bruços, ela já queria ser virada pra se sentir melhor. Agora não, não tanto, hoje ela abre o olho, ou ela dá um sorriso. É assim que eu noto as reações dela, ela vai mudando, conforme ela tá crescendo né, ela vai mudando.”* (Ent3)

Por fim, na pré-alta (Fase 4) e na pós-alta (Fase 5) o *empoderamento da bebê* foi muito evidente tanto nas entrevistas quanto nas descrições das sessões de observação. Na entrevista de avaliação realizada na pré-alta, se destacou mais a apresentação de novas competências, diferente do revelado na entrevista realizada na pós-IMUSP onde a mãe tinha destacado mais os efeitos do canto no relaxamento e na estabilização da saturação da bebê. De fato, na pré-alta, a mãe relatou que a IMUSP ajudou no desenvolvimento da filha, e no reconhecimento do som e da voz dela. Em resposta a uma pergunta da entrevistadora se os encontros de musicoterapia haviam ajudado a bebê, Natalia referiu: *“Um pouco no desenvolvimento, no som, dela reconhecer minha voz. Essas coisas assim.”* (Ent4)

Também, Natalia destacou que as reações da filha ao canto e ao mundo sonoro mudaram ao longo da internação, conforme o seu crescimento, e que antes da alta ela já mostrava preferir o silêncio aos choros dos outros bebês na UTINeo: *“Que ela tá super mais esperta [risos]. Ela tá super mais atenta a som, a barulhinho, ela sabe o que ela gosta, o que ela não gosta, os sons assim, sabe.”* E, respondendo ao questionamento da entrevistadora sobre quais os sons que ela mais gostava, a mãe referiu: *“Acho que mais o silêncio, porque se uma criança começa a chorar, ela já começa a revirar os olhos, aí começa outra, ela já começa a chorar junto.”* (Ent4)

Assim como as falas da mãe, as descrições das sessões de observação tenderam a evidenciar mais o *empoderamento da bebê* através da apresentação de novas competências, mas destacando também a participação e o envolvimento no canto de Ana. De fato, os relatos destacaram que enquanto Natalia cantava, a filha participava e interagiu ativamente através do olhar, do contato face-a-face prolongado com a mãe, dos movimentos dos braços, das expressões faciais e das vocalizações, como pode ser visto na sessão de observação realizada na pós-alta: (06:41) *Na pausa do canto materno, a bebê vocaliza de forma clara e prolongada.* (06:50) *Depois de resmungar, a bebê olha a mãe e mexe os braços, enquanto a mãe continua embalando e cantando.* (07:30) *Em contato face-a-face com a filha, a mãe canta de forma regular e continua embalando Ana. A bebê mostra a língua, enquanto a mãe sorri, continuando a cantar.* (Ob5/canto)

Entretanto, também na descrição das sessões de observação da mãe amamentando e trocando a fralda, é possível observar o *empoderamento da bebê*. Por exemplo, se destacou que durante a amamentação a bebê olhava para a mãe, seguia o olhar dela e interagia com os movimentos das mãos e o ritmo da sucção: (02:43) *A bebê olha para mãe.* (05:02) *A bebê para de sugar, segue o olhar da mãe e mexe a mão no peito da mãe até 05:12.* (05:36) *A bebê estende o braço.* (Ob4/não-canto)

Embora no momento da amamentação a bebê se engajou ativamente com a mãe através do olhar, destacou-se que o *empoderamento da bebê* apareceu de forma mais evidente enquanto a mãe cantava. De fato, percebe-se que quando a mãe cantava, ocorreram muitos momentos prolongados de olhar recíproco entre mãe e filha, e Ana se engajou não apenas utilizando o olhar e pequenos gestos como durante a amamentação sem canto, mas empregando amplos movimentos dos braços, vocalizações diversificadas e diversas expressões faciais. Também, destacou-se que a bebê olhava para a mãe mais frequentemente enquanto Natalia cantava, em comparação a quando amamentava sem canto.

O *empoderamento da bebê* apareceu também na descrição da sessão de observação no momento da troca de fralda na pós-alta, uma vez que a bebê resmungou e vocalizou várias vezes e de forma prolongada. Cabe ressaltar, entretanto, que a troca de fralda aconteceu imediatamente depois da observação da mãe cantando, sendo por isso provável que os efeitos do canto materno tenham também se refletido no momento da troca de fralda. Destaca-se que as descrições relativas ao *empoderamento da bebê* nessa fase específica da pós-IMUSP, serão mais aprofundados nos últimos dois temas, *interação mãe-bebê* e *musicalidade comunicativa*, uma vez que foram considerados como parte das trocas mãe-bebê.

Examinando-se conjuntamente os resultados, percebeu-se que, na medida que a bebê foi crescendo e se estabilizando, houve um aumento do seu *empoderamento*, uma vez que ela



conseguiu gradativamente relaxar mais, estabilizar e manter a saturação de oxigênio e apresentar pequenas competências. Isso foi mais possível de se observar a partir dos últimos encontros da IMUSP, na pós-IMUSP e na pré- e pós-alta, quando Ana apresentou novas competências como as vocalizações e o olhar endereçado à mãe, participando e se envolvendo no canto, através de movimentos, expressões faciais e vocalizações.

### 3.3.2 Empoderamento da mãe

Conforme a definição de Haslbeck (2013, 2014) o *empoderamento da mãe* refere-se à capacidade da mãe relaxar, se acalmar, interagir com o bebê e aumentar suas competências maternas. Conforme a autora, este tema envolve o relaxamento da mãe e o fortalecimento das competências maternas. No presente estudo foi ampliado para englobar também a superação da vergonha e do medo de interagir com a bebê (ex. cantar, tocar e falar para a bebê) e a autonomia no canto.

Assim como destacado acima, na segunda seção dos resultados do presente estudo, nos primeiros encontros de musicoterapia a mãe mostrava-se bastante agitada e ficava ansiosa ao cantar para a filha. Durante os episódios de agitação e nas quedas de saturação da bebê, a mãe mostrava-se ainda mais angustiada e impotente, limitando-se em segurar a mão de Ana, olhando frequentemente o monitor para acompanhar os sinais dela e utilizava raramente a voz para se comunicar com ela. Ao longo das semanas em que foi realizada a IMUSP e também no follow up, a mãe foi adquirindo mais *empoderamento*, utilizando o canto para relaxar e como um recurso de interação com a filha, mostrando-se mais autônoma no canto e mais segura para interagir com Ana através da voz e do toque.

Em particular, pelas descrições dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê do encontro 4, realizado com mãe-bebê ao lado da incubadora, percebeu-se que a mãe preparava-se para a experiência de canto, fechando os olhos e apoiando-se na incubadora. No episódio de canto, permaneceu na mesma posição, alternando olhos fechados e abertos, para monitorar o estado da bebê. A posição da mãe apoiada na incubadora ou apoiando a cabeça ou a boca na cabeça da filha, bem como os olhos fechados, apresentaram-se como comportamentos típicos de Natalia durante todos os episódios de canto, indicando uma tentativa de relaxamento materno: (10:58) *A mãe canta, alternando olhos fechados e abertos.* (11:09) *Natalia continua com os olhos fechados.* (E4/canto)

O *empoderamento da mãe* foi encontrado também na superação da vergonha e do medo de interagir com a bebê, no fortalecimento das competências maternas e na autonomia

para o canto. Assim como visto na segunda seção dos resultados do presente estudo, já no encontro 2 a mãe mostrava-se bastante agitada, cantando a música com um tempo mais rápido do que o adequado ao contexto e sem olhar os sinais da bebê. Contudo, as descrições do encontro 4 mostraram que a mãe era mais autônoma no canto, cantando para a bebê *a bocca chiusa* e controlando os sinais dela. Também, observou-se que a mãe recomeçava o início das repetições da canção de ninar de forma autônoma, sem aguardar a musicoterapeuta: (11:52) *A mãe recomeça a cantar de forma autônoma, sempre em tonalidade de Sib maior, a musicoterapeuta acompanha logo depois. (12:16) Natalia recomeça autonomamente a estrofe, cantando de olhos abertos e controlando os sinais da bebê. (E4/canto)*

Já no episódio de não-canto do mesmo encontro (4), as competências de Natalia manifestaram-se através dos comportamentos maternos de olhar a filha, segurar a mão dela e utilizar de vez em quando a onomatopeia “sh” para tentar acalmá-la. Entretanto, apesar disso, a mãe mostrava-se bastante impotente em relação aos episódios de agitação e às quedas de saturação de Ana, limitando-se as vezes apenas a olhar a filha: (02:39) *Ana se mexe (distende as pernas); a mãe observa a filha. (02:50) Ana volta a se mexer e logo a mãe fala 'sh sh'. (03:01) Ana continua distendendo as pernas (episódio de agitação, mas sem queda de saturação) e a mãe observa a filha. (03:22) Ana continua se mexendo e a mãe fala 'sh sh' para ela. (E4/não-canto)*

Dessa forma, no encontro 4 as competências maternas apresentavam-se ainda limitadas, tanto no episódio de canto quanto no de não-canto. No entanto, nesse encontro já foi possível observar o potencial do canto para relaxar a mãe e para a autonomia materna no canto da música de ninar para a bebê.

O *empoderamento da mãe* através do relaxamento apareceu ainda mais claramente nas descrições dos episódios de canto dos encontros 6 e 9, realizados com a mãe-bebê em posição canguru. De fato, enquanto cantava em contato pele-a-pele com a filha, Natalia apoiava a cabeça ou a boca na cabeça de Ana e, com os olhos fechados, permaneceu nesta posição por até dois minutos consecutivos. Destaca-se que esse comportamento não foi encontrado nos episódios de não-canto da IMUSP, com exceção dos momentos imediatamente anteriores aos episódios de canto, indicando que muito provavelmente Natalia associava esta posição com a experiência de canto para a filha. Além disso, os relatos evidenciaram a superação da vergonha e do medo de interagir com a filha e o fortalecimento das competências maternas, como olhar a filha, tocar nela, fazer carinhos amplos e rítmicos no corpo dela, e embalar a filha durante o canto *a bocca chiusa*: (15:43) *Natalia apoia a boca na cabeça de Ana, fazendo carinho no corpo dela e cantando a bocca chiusa com intensidade pianissimo. A mãe canta de olhos fechados, fazendo carinhos amplos e rítmicos no corpo da filha. Natalia permanece nessa mesma*

*posição até 17:46; (17:56) Natalia volta a baixar a cabeça, olha a filha e depois fecha de novo os olhos, fazendo carinhos nas costas de Ana e continuando a cantar. (19:19) A mãe mexe levemente a cabeça, faz carinho na filha e depois permanece parada, cantando de olhos fechados até 19:51. (E6/canto); (06:25) A mãe passa a mão no seu rosto e apoia a cabeça na sua mão, olhando Ana. (06:31) Natalia fecha os olhos e embala a filha com as pernas enquanto canta. A mãe está de olhos fechados, abrindo-os de vez em quando para olhar a filha. A mãe permanece nessa posição até 07:53. (E9/canto)*

Destaca-se que parte do fortalecimento das competências maternas pode ser atribuído ao crescimento e à estabilização da bebê, bem como à posição canguru que garantiu o contato pele-a-pele entre mãe e bebê. De fato, nos episódios de não-canto dos encontros 6 e 9 também foi possível encontrar o *empoderamento da mãe*, através do fortalecimento das competências maternas. Entretanto, nos episódios de não-canto, a mãe mostrou frequentemente uma alternância do foque do seu olhar, as vezes focando na filha, as vezes focando na câmara ou no próprio ambiente da UTINeo. Além disso, nos episódios de não-canto, apesar de Natalia mostrar comportamentos de carinho, foi observado que estes comportamentos eram mais simples, menos elaborados e prolongados do que os comportamentos maternos de carinho observados nos episódios de canto: *(00:00) A mãe está segurando a filha no colo em posição canguru e faz carinhos em todo o corpo dela. Natalia olha Ana. (00:06) A mãe olha para a câmara e para a sala da UTINeo. (00:14) A mãe volta a olhar a filha. (00:15) A mãe olha de novo a câmara, acariciando a filha. (00:17) Natalia olha e acaricia a filha. (E6/não-canto); (02:16) Natalia olha lateralmente. (02:19) A mãe volta a olhar a filha. (02:32) A mãe olha lateralmente e logo depois volta a olhar a filha. (02:33) A mãe faz 'sh' para a filha e dá um beijo na cabeça dela. (02:40) Natalia olha rapidamente para a frente e depois volta a olhar a filha. (02:44) A mãe faz carinhos no corpo da filha dentro do jaleco e olha para o corpo de Ana. (E9/não-canto)*

De fato, nos episódios de canto dos mesmos encontros (6 e 9), percebeu-se que a mãe oferecia uma atenção especial e exclusiva para a filha, se concentrando no canto e na interação com carinho e toque com Ana. Também, como destacado anteriormente, o carinho e o toque durante o canto apresentavam-se mais prolongados, elaborados e variados, incluindo em particular esses comportamentos da mãe: beijar, acariciar a filha em todo o corpo, nas costas, na cabeça, no ouvido e no rosto, cheirar a filha, aproximar o nariz no rosto ou no nariz da filha e embalar Ana ao ritmo do canto. *(09:00) A mãe olha a filha e cheira a sua cabeça. (09:08) A mãe para de cantar, olha a filha e dá beijo na cabeça dela. (09:11) Natalia recomeça a cantar com as letras da música e olha a filha. (11:16) A mãe canta, olhando e embalando a filha. (11:22) A mãe aproxima o nariz no rosto da filha. (11:25) A mãe olha a filha. (11:30) A mãe olha a filha e toca no corpo dela.” (E9/canto)*

Por fim, ainda com relação ao *empoderamento da mãe* nos encontros 6 e 9, se observou uma maior autonomia da mãe com o canto em comparação aos encontros anteriores, uma vez que a mãe improvisou de forma espontânea cantos *a bocca chiusa* para a filha, quando na posição canguru. Isso também sugere o fortalecimento das competências maternas e a superação da vergonha e do medo de interagir com Ana. De fato, nas entrevistas da Fase 1, foi visto como a mãe tinha medo de tocar na filha e vergonha de conversar com ela e que nunca tinha pensado de cantar para ela na UTINeo, antes de participar da IMUSP. Por outro lado, ela relatou estar acostumada a empregar o canto *a bocca chiusa* com os seus filhos maiores para acalmá-los antes de dormir. O fato de ela ter conseguido, a partir do encontro 6, criar espontaneamente uma música para a filha, empregando competências maternas que ela já tinha, mas que não tinha conseguido utilizar antes, revelou o quanto a musicoterapia parece ter contribuído no *empoderamento da mãe*, como pode ser visto em diversos momentos dos encontros (6 e 9): (17:56) *Natalia volta a baixar a cabeça, olha Ana e depois fecha os olhos. Faz carinhos nas costas dela, sempre cantando. (18:01) A mãe para de fazer carinhos e canta sem o apoio vocal da musicoterapeuta. (18:10) A mãe improvisa uma melodia, cantando a bocca chiusa de forma autônoma. (E6/canto); (10:58) A mãe está cantando a bocca chiusa, com intensidade pianissimo, e olha e embala a filha ao mesmo tempo. (E6/canto)*

O *empoderamento da mãe* foi encontrado também nas entrevistas e nas descrições dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê após a IMUSP (Fase 3). De fato, na sessão de observação da mãe cantando para a bebê em posição canguru, percebeu-se que Natalia permaneceu de olhos fechados, as vezes sem se mexer, e apoiando a boca na cabeça da filha, apresentando então o mesmo relaxamento encontrado durante os encontros de musicoterapia: (03:12) *Natalia canta e fecha os olhos, apoia a boca na cabeça da filha e segura simplesmente Ana no colo, ficando parada até 03:18, quando recomeça a fazer carinho na filha, sempre cantando. (Ob3/canto)*

De forma semelhante, a entrevista de avaliação após a IMUSP (Fase 3) confirmou as descrições dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê, uma vez que a mãe comentou “*se sentir bem*”, mais calma e aliviada durante os encontros de musicoterapia e quando cantava para Ana: “*Eu me senti aliviada. Cantando pra ela e ela prestando atenção. Foi bom. Eu me senti bem.*”; “*Eu me sinto bem mais calma também, porque às vezes eu venho eufórica e agitada, porque eu tenho dois pequenos em casa. (...) Então, as função com eles, daí eu venho correndo pra cá pra ficar com ela e aquela euforia que, eu mais agitada do que ela, já agarro ela, a guria tá bem, eu agarro ela e todo mundo se acalma.*” (Ent3)

Em particular, com relação ao fato da mãe fechar os olhos durante o canto para a filha,

ela relatou que quando fazia isso, imaginava-se com a bebê em casa no “cantinho” delas: *“Eu quero imaginar a gente em casa, aquela coisa toda, por isso que eu fecho o olho, fico imaginando a gente dentro do quarto dela em casa assim. É, aí fecho os olhos no cantinho nosso, não que eu não goste do hospital, mas no nosso cantinho.”* (Ent3)

As falas da mãe após a IMUSP também destacaram que os encontros de musicoterapia a ajudaram a superar a vergonha de conversar e cantar com a Ana e o medo de tocar nela: *“Ah, me ajudaram... Tipo, como é que eu posso te explicar? Porque até então, no começo, eu tinha um pouco de vergonha de tá conversando com ela e ter gente ouvindo, aquela coisa. Já com o canto, já me ajudou um pouquinho a me soltar um pouco mais, a conversar com ela, a cantar pra ela.”*; *“Aí ficava mais né quietinha com ela. Né, mas daí depois com as música foram, me ajudou um pouco a me soltar, ter um pouquinho [menos] de vergonha.”* (Ent3)

Esse aspecto foi particularmente evidente com relação ao toque na bebê, uma vez que a Natalia relatou que inicialmente ela tinha medo de tocar na filha, enquanto através do canto, o qual foi sempre realizado em conjunto ao toque ou ao contato pele-a-pele, ela conseguiu superar esse medo: *“Porque a [musicoterapeuta] toda vez que a gente cantava, ela pedia pra mim tocar ou segurar, aquilo foi criando um vínculo, aquela coisa toda, então, a gente, eu fui mais me aproximando, não tenho tanto medo, porque até então ela era bem menor que agora. Então foi passando o medo, eu fui né, fui me estabelecendo e ela comigo, e a gente foi se entendendo.”* (Ent3)

De fato, assim como visto pelas descrições dos encontros da IMUSP, através do relaxamento e da superação da vergonha e do medo de interagir com Ana, a musicoterapia parece ter contribuído no fortalecimento das competências maternas, uma vez que Natalia conseguiu utilizar o canto como um recurso para acalmar a filha quando estava agitada ou durante as quedas de saturação: *“Ela tá quietinha na incuba, mas geralmente é os picos [quedas de saturação] que ela vai dando né. Daí eu procuro cantar, daí eu abraço ela e fico cantando pra ela, nanando.”*; *“Quando ela tá muito agitada, eu faço [canto], mas quando ela tá calminha, eu fico um pouquinho com ela no colo, já boto na incubadora pra não deixar ela agitada, mas quando ela tá muito agitada, eu canto pra ela, eu emalo ela, aí eu faço um pouco do que foi feito nos...[encontros de musicoterapia]”* (Ent3)

Em particular, na entrevista a mãe relatou que, por causa da vergonha de se expor no ambiente da UTINeo, no começo era *“muito difícil”* cantar para a bebê, chegando até a ser vivenciada como uma *“coisa horrível”*. Entretanto, após ter superado essa vergonha inicial, na pós-IMUSP ela considerava cantar para Ana uma *“coisa natural”*, relatando de não ter nenhuma dificuldade para cantar para ela naquele momento: *“Ah, no começo era muito difícil assim, sabe, coisa horrível. Mas agora é uma coisa natural, eu acho natural, uma mãe cantar pruma filha é natural, eu canto... A guria do lado que tá ali agora, porque eu tô do lado dela, ela também*

*canta, quando vai ver a gente tava as duas cantando com as crianças.*”(Ent3)

As falas da mãe foram confirmadas pelas descrições da sessão de observação realizada após a IMUSP, mostrando que Natalia conseguia cantar autonomamente para a filha, empregando o canto improvisado *a bocca chiusa*, e adicionando ao canto muitos comportamentos de carinho prolongados e diversificados: (02:21) *Natalia abre os olhos, olha a filha e dá um beijo nela.* (02:27) *A mãe segura a mão da filha.* (02:33) *A mãe olha a filha, segurando a mão e dando leves batidas rápidas na bundinha dela.* (02:41) *Natalia dá três batidas mais lentas na bundinha da filha, sincronizadas ao canto, talvez fechando de novo olhos.* (02:46) *A mãe toca no ouvido e na bochecha da filha e contemporaneamente acaricia com a sua bochecha a cabeça dela.* (02:56) *Natalia continua acariciando o ouvido da filha.* (02:58) *Natalia começa de novo a dar leves batidas na bundinha da filha de forma mais irregular.* (02:59) *Natalia abre os olhos e continua cantando de olhos abertos, olha a filha e dá batidas leves na bundinha dela.* 03:02 *A mãe olha de novo a filha, para de cantar, segura mais firme e forte a filha e acaricia de forma mais ampla* (03:06) *Natalia volta a cantar, enquanto acaricia de forma mais ampla a filha, olhando para ela.* (Ob3/canto)

Relacionado ao fortalecimento das competências maternas, também a autonomia no canto foi encontrada nas entrevistas e na descrição da sessão de observação realizadas após a IMUSP. De fato, a mãe conseguiu integrar o canto na sua rotina diária da UTINeo. Também, se destacou que ela preferia cantar *a bocca chiusa* do que com palavras, pois ela achava que Ana não gostava muito do canto com as letras das músicas: “*Uma vez por dia aqui eu sempre faço. Pode ser só um pouquinho, mas...; “Bom, vamos ver se eu sei te explicar. Bom, eu canto como a [musicoterapeuta] me ensinou, com palavras ou só com som. Geralmente, eu canto só com som né, meio que nanando ela, passando a mão, só com som, com palavras ela já não... não gosta muito. Mas com som, sim.*” (Ent3)

Também, cabe ressaltar que Natalia relatou que a intervenção ajudou a fortalecer competências além do canto em si, como por exemplo, aquelas de tocar na filha e de cuidar dela: “*Também, também ajudaram muito no jeito de cuidar, de tocar, porque até então meus filhos nasceram enorme...Então eu pegava, agora não, tem que ter um cuidado, toda delicadeza, todo cuidado, foi me ensinando, o tocar, quando eu queria tocar nela, eu já queria alisar ela, fazer carinho nela e não podia, era um tocar, um segurar, um toque firme, parado, então foi isso que foi me estabelecendo, foi me ensinando.*”; “*Nisso tudo, a música entra porque quando eu comecei a tocar nela, eu quis já queria alisar e já caía a saturação dela. Daí eu falei com a [musicoterapeuta], 'Ah, vamos tentar cantar pra ela e tu tocando nela firme', segurando a mãozinha dela ou com a mão no peito dela, mas um toque firme com a mão parada. E isso foi me ajudando. Daí foi com a incuba, daí depois de uma semana, a gente tava... eu tava tocando ela sem luva, aí foi indo, foi indo, daí quando vê já tava no colo.*” (Ent3)

Na entrevista na pré-alta (Fase 4), o *empoderamento da mãe* apareceu mais através do fortalecimento das competências maternas e da autonomia no canto, do que através do relaxamento, evidenciando-se mais nessa fase o potencial interativo do canto. Em particular, a mãe destacou se sentir muito mais segura em tocar e pegar a bebê, em lidar com ela e em entendê-la: “*Agora como a gente conversa, a gente, ela sabe, ela reconhece quem eu sou, já sentiu o meu cheiro, aquela coisa toda, já se acostumou comigo, eu já me acostumei com ela. Né, a gente bloqueou o que a gente, eu não era tão, tinha medo de me aproximar, de machucar, agora não tenho, tenho facilidade de me lidar, de lidar com ela, entendo bem mais dela que as próprias enfermeiras.*” (Ent4)

Entretanto, na pré-alta Natalia relatou que não estava mais cantando para a filha, explicando que Ana não estava mais agitada, que estava ficando mais no colo dela e que, por isso, ela estava preferindo simplesmente conversar com ela: “*Eu nem não tô mais cantando. Mas às vezes eu, mas eu, mas não estou mais cantando, mas a gente tá conversando. Eu converso com ela, tudo, fico ali mexendo na mão, no pé, pego no colo, amamento ela, troco, sei que a gente tá um pouco mais envolvida.*” (Ent4)

Questionada sobre as razões pelas quais não estava mais cantando, a mãe respondeu que provavelmente era porque a filha não estava mais agitada: “*Não sei, não sei porque eu parei, simplesmente eu parei, mas a gente começou a conversar, que a gente ficou, acho que ficou mais tempo no meu colo, daí a gente começou a conversar, às vezes ela tá acordada, fica me olhando, às vezes ela tá dormindo, daí eu nem mexo nela.*”; “*Sim, agora ela nem...Não anda agitada, ela é bem calminha, tudo, daí eu não canto.*” (Ent4)

Apesar disso, nas entrevistas após a IMUSP e na pré-alta, a mãe relatou que pensava utilizar o canto em casa, junto com toda sua família, seu companheiro e os outros filhos. Imaginava que ia cantar para a filha quanto ela estivesse agitada, para ajudar ela a se acalmar e dormir: “*Ah... Eu acho que sim, porque os meus filhos adoram um DVD com música, então isso não vai impedir nós de cantar!*” (Ent3) “*Quando ela tiver chorona, agitada. Acho que são esses momentos que eu vou cantar assim, sabe. Quando ela não tiver com sono, acordar de madrugada querendo me acordar...(risos). Ai eu vou ser obrigada a cantar pra ela, pra ela dormir.*” (Ent4)

De acordo com estas falas da mãe, parece que a musicoterapia teve um efeito no *empoderamento da mãe* especialmente durante a intervenção, representando uma etapa de transição para a mãe despertar suas competências maternas, se conectar com a filha e conversar mais com ela. Embora a mãe na pré-alta não cantasse para a filha, Natalia mostrava-se mais empoderada na interação com ela, fazendo carinho e conversando com ela, também nos episódios de não-canto. Entretanto, as descrições das sessões de observação na pré-alta (Fase 4) e

na pós-alta (Fase 5) destacam que, quando a mãe cantava, mostrava-se mais dedicada e com atenção maior e exclusiva para a filha, se engajando mais na interação com ela, possibilitando mais contato face-a-face e manifestando comportamentos de olhar, toque e carinho mais diversificados: (02:49) *A mãe faz carinho na cabeça da filha até 03:00. (03:00) A mãe toca a mão da filha, enquanto Ana continua mamando. (04:33) A mãe faz carinho no rosto da filha. (04:42) A mãe continua fazendo carinho no rosto da filha, Ana põe a mão no peito da mãe e faz sons de sucção. (Ob4/não-canto); (05:32) A mãe canta, subindo de novo o tom. Logo depois movimenta a bebê e dá um beijo nela. Enquanto beija a bebê, a mãe explora mais o registro vocal, subindo até o Mi4. De 05:36 até 05:42 a mãe dá beijos na bebê, enquanto canta. (Ob5/canto)*

Examinando-se conjuntamente os resultados sobre o *empoderamento da mãe*, percebe-se que ao longo dos encontros da IMUSP e no follow up, a mãe conseguiu se empoderar mais, através do relaxamento e da superação da vergonha e do medo de interagir com a bebê. Também, percebe-se que as suas competências maternas se fortaleceram, tanto nos episódios de canto quanto nos de não-canto. Entretanto, quando a mãe cantava, ela também conseguia se engajar com a bebê em comportamentos de carinho, toque e contato face-a-face mais prolongados e diversificados.

Como já destacado para o *empoderamento da bebê*, também as descrições dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê mais marcantes relativas ao *empoderamento da mãe*, serão apresentadas a seguir nos temas sobre a *interação mãe-bebê* e sobre *musicalidade comunicativa*, uma vez que foram mais contempladas as trocas mãe-bebê na descrição desses temas.

### 3.3.3 Interação mãe-bebê

A *interação mãe-bebê* refere-se às trocas entre mãe e bebê, e envolve intimidade, toque e carinho, contato face-a-face, olhar recíproco, e interação vocal. Ressalta-se que, assim como destacado anteriormente, vários aspectos dos relatos dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê referidos na apresentação dos temas *empoderamento da bebê* e *empoderamento da mãe*, estão também relacionados ao tema da *interação mãe-bebê*, mas por razões didáticas estão sendo apresentados separadamente. Entretanto, aqui se optou por destacar mais as trocas mãe-bebê ao longo da IMUSP, na pós-IMUSP e na pré e pós-alta. Ao longo das semanas em que foi realizada a IMUSP e também no follow up, percebeu-se que a musicoterapia, contribuiu para fortalecer a interação da díade, através do *empoderamento*, tanto da bebê quanto da mãe. Especialmente na pré e na pós-alta, observou-se que Natalia e a filha passaram a interagir mais através de trocas vocais e não-vocais, envolvendo intimidade,



toque, carinho, contato face-a-face, canto ou fala materna e vocalizações da bebê. Em particular, destacou-se que, quando a mãe cantava, os contatos face-a-face e os olhares recíprocos mãe-bebê eram mais prolongados, do que quando a mãe não cantava.

Pelas descrições dos comportamentos da mãe e da bebê e das interações mãe-bebê, a *interação mãe-bebê* foi mais evidente no encontro 9 da IMUSP, através da intimidade, o toque e o carinho da díade. De fato, durante o episódio de canto desse encontro a bebê se mexeu no colo da mãe e vocalizou duas vezes e a mãe respondeu de uma forma contingente aos sinais da filha, através da fala, do sorriso, do olhar e do carinho com ela. Isto pode ser visto em um trecho da descrição desse episódio, já mencionado anteriormente: (05:04) *A mãe abre os olhos e levanta a filha mais para cima. Ana resmungando e a mãe olha para ela, cerrando as sobrancelhas. (05:12) Ana vocaliza um glissando descendente (Lá#4 Ré#4 Mi4) e Natalia dá um beijo nela logo depois, sorri e fala algo com intensidade pianissimo para ela. (05:22) A mãe olha a filha. (05:26) A bebê mexe a cabeça. (05:28) Ana vocaliza de novo (glissando de La4 até Mi4 aproximadamente) e se mexe. (05:31) Natalia dá um beijo nela e fica com a boca que toca na cabeça da filha, cantando a bocca chiusa, enquanto faz carinho no corpo dela. (05:34) A mãe continua de olhos fechados, com a boca apoiada na cabeça da filha, cantando e fazendo carinho no corpo dela. (E9/canto)*

Além disso, conforme as entrevistas realizadas na pós-IMUSP e na pré-alta, os encontros de musicoterapia ajudaram Natalia a ter mais intimidade com a filha e a “*sentir*” Ana. Também, assim como já destacado no tema do *empoderamento da mãe*, Natalia relatou que quando cantava para a filha, fechava os olhos e ficava imaginando-se com a bebê em casa. Isso destacou o quanto a possibilidade de compartilhar a experiência de canto com a filha, contribuiu em criar momentos de intimidade, toque e carinho entre elas. De fato, em resposta a uma pergunta da entrevistadora sobre as contribuições dos encontros de musicoterapia, Natalia referiu: “*Além disso, de poder conversar com ela, sei lá, tudo. A ter um pouco mais de intimidade com ela, a me soltar, acariciar um pouquinho ela mais né, não ter tanto medo, eu, receio assim de... ficar perto dela e conversar com ela pensando que ela não entendesse, mas ela entende tudo.*”; “*Quando eu interagia com ela, quando a gente tava, eu estava com ela no colo ou tocando ela, eu gostava assim, sabe, dava pra sentir, eu sentir ela assim. Às vezes eu quando pegava ela e cantava com ela, eu imaginava que a gente tava em casa, aquela coisa toda, que agora eu tô chegando. Mas aí, é... Não sei te explicar assim. Muito, muito bom.*” (Ent4)

Além disso, nas entrevistas a mãe relatou que os encontros de musicoterapia estimularam seu interesse para a filha, sua vontade de conhecer a condição dela, de tocar nela, de pegar ela no colo e, mais em geral, de interagir com ela. De fato, respondendo a uma pergunta da entrevistadora se os encontros de musicoterapia haviam ajudado a sua relação

com a filha, Natalia referiu: *“Me ajudaram, bastante. Em todos, em todos os sentidos. Me ajudaram muito com a Ana, me ajudaram do A a Z. Porque no começo, eu não dava tanta bola, não procurava tanto. Mas agora não, eu quero saber, eu quero o porquê, aquela coisa toda, eu quero tocar, eu quero pegar, eu quero mexer, eu quero interagir com a Ana. Antes não tanto, né, eu ficava mais... Agora não, agora eu quero, eu quero. E isso me ajudou, os encontros me ajudou bastante.”* (Ent3); *“Ajudaram bastante ela, eu principalmente também, pra mim interagir mais com ela, que eu era mais fechada, aquela coisa toda. Mas me ajudaram bastante.”* (Ent4)

A interação mãe-bebê, tanto vocal quanto não-vocal, foi observada também nas descrições das sessões de observação na pré-alta (Fase 4) e na pós-alta (Fase 5). De fato, nessas fases foi observado que os comportamentos de carinho e de contato face-a-face eram maiores, mais prolongados e mais diversificados nos episódios de canto do que nos de não-canto. Na pós-alta foi observado que, enquanto a mãe cantava, engajava-se de forma elaborada e prolongada com a filha, procurando o contato face-a-face e providenciando muitos momentos de olhares recíprocos entre elas. Destacou-se que Natalia e a filha permaneceram em contato face-a-face ao longo de todos os três minutos de canto e que, durante esse intervalo, aconteceram muitas interações entre elas através de olhares recíprocos, expressões faciais, gestos e vocalizações: (08:00) *A mãe começa a dar leves batidas na bundinha da filha, a bebê está resmungando.* (08:05) *Contato face-a-face mãe-bebê, a mãe continua dando leves batidas na bundinha e cantando, a bebê olha a mãe.* (08:07) *A mãe faz carinho com o nariz no nariz da filha, ao mesmo tempo a bebê resmunga.* (08:11) *A mãe para de cantar e faz carinho de novo com o nariz no nariz da filha.* (08:13) *A bebê mostra a língua, a mãe sorri, pega os bracinhos da filha e mexe os bracinhos.* (08:18) *A mãe recomeça a cantar.* (08:22) *A mãe sorri, olha a filha e mexe o bracinho dela.* (08:23) *A bebê leva o bracinho nos olhos.* (08:25) *De novo a mãe mexe o bracinho da filha.* (08:29) *A bebê olha a mãe, a mãe olha a filha, olhar recíproco, a mãe toca o nariz da filha com o dedo e depois volta a pegar o bracinho dela, continua o contato face-a-face.* (08:59) *A mãe recomeça a cantar, embalando a filha e em contato face-a-face e olhar recíproco mãe-bebê, a bebê mexe muito a boca e os bracinhos.* (09:02) *A mãe canta e embala, a bebê mexe braços e boca, continua o contato face-a-face.* (09:11) *A mãe para de embalar, faz carinho com o nariz no nariz da filha, a bebê está de olhos fechados.* (09:15) *A mãe para o canto e fala “Quer vomitar?” e coloca o lençinho abaixo da boca da filha.* (09:18) *A bebê abre a boca.* (Ob5/canto)

Também, foi observada uma contingência entre os comportamentos da mãe e da bebê, manifestada tanto nas trocas vocais quanto nas não-vocais. Por exemplo, observou-se que a mãe imitava a expressão facial da filha e que modificava os seus comportamentos de uma forma contingente aos sinais da bebê, sorrindo quando a bebê arrotava, arregalando os olhos quando a bebê a olhava, fazendo uma pausa no canto para aguardar as respostas da filha,

modificando a melodia ou o ritmo do canto improvisado dependendo das vocalizações da bebê: (06:50) *Depois de resmungar a bebê mexe os braços e olha a mãe. A mãe continua embalando, cantando e olhando a filha.* (06:54) *A mãe continua cantando, embalando e olhando a filha. Ana olha a mãe e mexe os braços.* (06:58) *A bebê olha para o lado e depois de novo a mãe e arrota.* (07:03) *A mãe sorri e faz um carinho com o nariz no nariz da filha. Olhar recíproco mãe-bebê. A bebê vocaliza com intensidade pianissimo e continua o olhar recíproco mãe-bebê. A mãe cheira o colo da bebê.* (07:17) *A mãe recomeça a cantar e a embalar com contato face-a-face prolongado mãe-bebê.* (07:19) *A bebê arregala os olhos, olhando a mãe.* (07:22) *Natalia imita a expressão facial da bebê (levantando as sobrancelhas e arregalando os olhos).* (09:20) *A mãe recomeça a cantar e a embalar.* (09:22) *A bebê olha a mãe, contato face-a-face e olhar recíproco entre elas. A mãe para de embalar e faz uma pausa no canto onde faz carinho com o nariz na bebê, faz uma outra pausa e levanta a cabeça para olhar as respostas da filha, e depois faz outro carinho com o nariz adicionando o canto sincronizado a esses movimentos de carinho. Contato face-a-face.* (09:28) *A bebê não olha mais a mãe.* (09:32) *A bebê olha de novo, contato face-a-face e olhar recíproco, a bebê abre a boca e arregala os olhos, a mãe canta, embala e arregala os olhos também, imitando a expressão facial da filha.* (Ob5/canto)

Também, foi observado que a bebê estava muito envolvida no canto, procurando pelo olhar da mãe, fazendo diversas expressões faciais e interagindo através de gestos e vocalizações. Além disso, percebeu-se que, mesmo quando a bebê interrompia o contato face-a-face com a mãe, a própria bebê voltava a olhar a mãe, enquanto a mãe cantava: (07:30) *Continua o contato face-a-face e o olhar recíproco mãe-bebê, Natalia canta de forma regular e continua embalando a filha, Ana mostra a língua, Natalia sorri enquanto canta.* (07:33) *Continua o contato face-a-face mãe-bebê, a mãe sorri, a bebê olha para outro lado.* (07:38) *A bebê volta a olhar a mãe, contato face-a-face, a mãe sorri.* (07:42) *A mãe continua cantando, embalando, sorrindo e olhando a filha, a bebê olha a mãe, contato face-a-face.* (07:45) *A bebê mostra a língua e ao mesmo tempo a mãe aproxima o nariz ao nariz da bebê (termina o contato face-a-face).* (07:47) *A bebê não olha mais a mãe, a bebê leva as mãos no seu rosto, mostra a língua várias vezes e mexe os bracinhos.* (07:54) *A mãe embala e canta, a bebê está de olhos fechados e mostra a língua.* (Ob5/canto)

Pelas descrições da sessão de observação da amamentação sem canto, realizada na pré-alta, observou-se também a *interação mãe-bebê* através do contato face-a-face, da fala materna e do carinho. De fato, a filha procurava e seguia o olhar da mãe, enquanto mamava no peito, e a mãe imitava também a sua expressão facial: (00:07) *A bebê faz contato visual com a mãe e a mãe fala “Calma” para ela.* (00:21) *A mãe faz carinho na cabeça da filha e depois mexe no lençinho que está cobrindo ela.* (02:43) *A bebê olha para a mãe.* (02:45) *A mãe sorri e abre mais os olhos e vira a cabeça para a direita, depois dá um carinho no rosto da filha, na cabeça e no corpo,*

*contato face-a-face mãe-bebê. (04:28) A mãe vira a cabeça para a esquerda. (04:30) A bebê olha a mãe, continuando a mamar. (04:31) A mãe abre mais os olhos (levantando as sobrancelhas), olhar recíproco mãe-bebê, logo depois a bebê não olha mais a mãe. (04:33) A mãe vira de novo a cabeça e faz de novo contato face-a-face com a filha. (Ob4/não-canto)*

Entretanto, quando a mãe não cantava, os comportamentos de carinho e o contato face-a-face não eram tão prolongados quanto aqueles observados quando a mãe cantava. Também, os comportamentos do olhar da mãe diferiam conforme o episódio de canto e não-canto. Por exemplo, quando cantava a mãe nunca parou de olhar a bebê durante toda a sessão de observação, enquanto durante a amamentação o foco do olhar de Natalia as vezes era a filha, outras vezes o ambiente da UTINeo: *(03:28) A bebê mexe os olhos e parece parar de mamar. A mãe olha a filha sem fazer outros movimentos. (03:36) A bebê recomeça a mamar, a mãe olha a bebê sem fazer outros movimentos. (03:42) A bebê mama e fecha levemente e repetidamente os olhos, a mãe olha a filha sem fazer outros movimentos. (03:55) A mãe olha para frente, a bebê continua mamando. (04:04) A mãe volta a olhar a filha, a bebê mama e olha para a mãe. (04:06) A mãe volta a olhar para frente, a bebê mama. (04:07) A bebê para de mamar. (04:09) A mãe volta a olhar para a filha. (04:13) A bebê volta a mamar, a mãe olha a filha. (04:16) A bebê para de mamar, a mãe olha a filha. (04:19) A bebê recomeça a mamar, a mãe olha a filha. (04:24) A bebê para de mamar de novo e a mãe olha a filha. (Ob4/não-canto)*

Por fim, nas fases da pré-alta e da pós-alta, destacou-se também a interação vocal entre a mãe e a filha, não apenas através do canto, mas também através da fala materna. Em particular, pelas descrições da sessão de observação da mãe amamentando na pré-alta, percebe-se que a mãe empregava a fala dirigida à filha para conversar com ela, solicitando e aguardando sua resposta. As falas de Natalia dirigidas à filha apresentavam um tom mais agudo se comparadas à fala dirigida comumente aos adultos, um timbre suave, a repetição de simples células melódicas e rítmicas, o tempo mais lento e as vogais alongadas. Além disso, observou-se contingência entre a fala da mãe e os comportamentos da bebê, como o olhar e o mamar: *(04:34) A bebê volta a olhar a mãe e para de mamar. (04:36) A mãe abre mais os olhos olhando a filha e levantando de novo as sobrancelhas, a bebê segue o olhar da mãe e elas mantêm olhar recíproco prolongado até 04:41 quando a mãe pergunta “Que que foi?”. Continua o contato face-a-face mãe-bebe, a bebê não mama mais e a mãe repete “Que que foi?” (04:48) A mãe solicita uma resposta da filha falando “Mmm?” (Fá#4) e embala levemente ela, a bebê olha para a mãe. (04:51) Contato face-a-face mãe-bebê, a bebê não mama, a mãe pergunta “Não quer mais mamar?” (04:54) A bebê volta a sugar e a mãe fala “Ah! Quer, sim!” enquanto pega a mão da filha e faz carinho no rosto dela. (F4/não-canto)<sup>14</sup>*

14

Destaca-se que os trechos relativos às descrições das sessões de observação na pré- e pós-alta apresentados aqui como exemplos

Na descrição da sessão de observação na pós-alta, no momento da troca de fralda, também foi possível observar a interação vocal entre Natalia e Ana, através da fala materna dirigida à bebê e das vocalizações da Ana. Entretanto, assim como visto anteriormente no *empoderamento da bebê*, a troca de fralda foi realizada imediatamente depois da observação da mãe cantando para a filha, sendo possível uma influência do canto na interação vocal mãe-bebê: (00:45) *A bebê vocaliza mais prolongadamente (Sol#4 Fá#4 Sol#4, Sol#4 Fá#4 Sol#4 mais forte, Fá#4 Sol#4, aproximadamente)*. (00:50) *A mãe fala: “Deu?” (aproximadamente Si3 Mi4). A bebê logo vocaliza de novo (Sol#4 Fá#4 Sol#4). Natalia fala: “Não vai fazendo cocó!” (aproximadamente na mesma tonalidade do canto improvisado da sessão anterior: Fá# Fá# Sol# Lá# Dó# Fá#)*. (00:59) *A bebê resmunga e vocaliza de novo (Sol#4 Fá#4 Sol#4), enquanto a mãe está colocando de novo as roupas dela*. (01:00) *A bebê vocaliza um glissando de Mi4 até Sol#4, depois resmunga de novo (Si3 Fá#4), enquanto a mãe continua terminando de colocar as roupas*. (01:16) *A mãe mexe as pernas da bebê e arruma o lenço da filha, a mãe olha para o rosto da filha que está do lado oposto*. (01:23) *A mãe fala algo com intensidade piano para a filha, a bebê resmunga um pouco*. (01:29) *A mãe faz um suspiro e fala enquanto pega a filha no colo, olhando ela*. (01:32) *A bebê vocaliza rapidamente Lá#4 e continua resmungando em torno do Fá-Fá#*. *A mãe continua olhando a filha e falando para ela*. *No final, a bebê resmunga mais forte*. (F5/não-canto)

Os trechos das descrições da sessão de observação mostraram que, mesmo durante os episódios de não-canto, foi possível encontrar a interação vocal mãe-bebê. Entretanto, assim como já ressaltado, quando a mãe cantava as interações mãe-bebê apareceram mais prolongadas e elaboradas.

Examinando-se conjuntamente os resultados, percebe-se que, apesar da vergonha e do medo iniciais da mãe de interagir com a filha, ao longo da IMUSP e, ainda mais, na pré-alta e na pós-alta, Natalia e a filha interagiam através de trocas vocais e não-vocais, envolvendo comportamentos de intimidade, toque e carinho, contato face-a-face, olhares recíprocos, expressões faciais e gestos, fala materna dirigida à bebê e vocalizações. Em particular, os episódios de canto providenciaram contatos face-a-face e olhares recíprocos prolongados entre mãe e filha e evidenciaram uma contingência entre os comportamentos da díade.

---

de interação vocal mãe-bebê, poderiam também ser considerados como episódios de *musicalidade comunicativa* da díade. Contudo, já que não foi utilizado um software de análise acústica, não foi possível conferir especificamente a sincronia entre a fala materna dirigida à bebê e os comportamentos vocais e não-vocais de Ana, através das dimensões musicais da pulsação, qualidade e narrativa. Por isso, optou-se por considerar esses trechos dentro da interação mãe-bebê por meio da fala dirigida à bebê e não no tema da *musicalidade comunicativa*.

### 3.3.4 Musicalidade comunicativa

Conforme a definição de Haslbeck (2013, 2014) a *musicalidade comunicativa* refere-se à comunicação musical que caracteriza a comunicação da díade e envolve a sincronia entre canto/fala da mãe e os comportamentos do bebê (ex. estado geral, gestos, expressões faciais e, quando presentes, vocalizações). Entretanto, os estudos da autora embasaram-se no trabalho original de Malloch (1999), já apresentado anteriormente na introdução. No presente estudo, foram consideradas também as três dimensões musicais específicas da *musicalidade comunicativa* (pulsação, qualidade e narrativa), propostas originalmente por Malloch (1999). Em particular, conforme esse autor, a pulsação refere-se aos aspectos rítmicos das trocas vocais mãe-bebê, as quais acontecem de uma forma regular, coordenada e negociada pela díade. A qualidade refere-se aos contornos tímbricos e melódicos das trocas vocais mãe-bebê, sendo que a mãe está consciente da entonação das vocalizações do bebê e frequentemente as imita e regula a exploração melódica da díade. Por fim, a narrativa nasce da fusão entre pulsação e qualidade da entonação, permitindo que mãe e bebê compartilhem um sentido comum da passagem do tempo.

Pelas descrições dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê, foi possível perceber a *musicalidade comunicativa* apenas na sessão de observação na pós-alta (Fase 5), durante o canto. Isso ocorreu em função de diversos fatores: a dificuldade de observar com precisão os detalhes dos comportamentos vocais e não vocais da bebê nos vídeos; a dificuldade de se analisar a fala e o canto materno sem a utilização de um software específico de análise acústica; o fato que nos encontros filmados da IMUSP e na sessão de observação filmada na pós-IMUSP, a maioria do tempo a bebê estava em estado de sono calmo ou profundo; e, por fim, o maior crescimento e a estabilização da bebê na pós-alta e as suas maiores competências de interação.

Apesar disso, durante aproximadamente três minutos de interação mãe-bebê através do canto na pós-alta foram identificados quatro episódios de *musicalidade comunicativa* entre mãe e bebê, onde foram encontradas as dimensões musicais da pulsação, qualidade e narrativa. A mãe nessa sessão empregou o canto improvisado *a bocca chiusa* para interagir com a filha. A tonalidade inicial do canto era Sol# menor, com um compasso de 4/4 e um tempo de aproximadamente 56 bpm. A melodia da mãe em geral oscilava entre o I e o III grau da tonalidade, cantando as vezes o IV, o V e o VII grau, mas sendo caracterizada principalmente por intervalos de 2<sup>a</sup> maior e menor. Entretanto, em correspondência de algum comportamento da filha, Natalia fazia pausas maiores no canto, observava Ana, aguardava as

suas respostas comportamentais e geralmente respondia subindo o tom até a dominante da tonalidade e modificando o ritmo do canto. Além disso, em alguns momentos o contorno melódico e o ritmo do canto materno pareceram se sincronizar aos movimentos dos braços da bebê: (08:31) *A mãe mexe o bracinho da filha e faz carinho no rosto dela, contato face-a-face e olhar recíproco.* (08:35) *A bebê olha a mãe e coloca a boca em forma de “u” e mexe a boca. A mãe faz uma pausa maior no canto. A mãe sorri, continuando a fazer carinho e a olhar a bebê.* (08:40) *A mãe responde cantando Mib4 Sib3. Depois a mãe para de cantar. Contato face-a-face mãe-bebê e olhar recíproco.* (08:42) *A mãe faz carinho com o nariz no nariz da bebê e depois a mãe produz uma onomatopeia com a boca que lembra o som do beijo.* (08:45) *A bebê olha a mãe, contato face-a-face e olhar recíproco. A mãe sorri e ri um pouco, continuando a fazer carinho no rosto da bebê, depois a mãe fala “Deu?” e fala uma outra coisa para a bebê que continua olhando para ela. Contato face-a-face mãe-bebê.* (09:32) *Contato face-a-face mãe-bebê, a bebê abre a boca e os olhos, a mãe canta subindo o tom (Dó4 Ré4 Si3) e faz uma pausa, enquanto Ana fica olhando, mexe os braços e abre de novo a boca. Depois a mãe canta de novo mais rápido. A melodia da mãe parece reproduzir os movimentos dos braços da bebê.* (09:40) *A mãe volta a fazer carinho com o nariz no nariz da bebê. Olhar recíproco entre mãe e bebê e a mãe sorri.* (09:46) *A mãe faz de novo carinho com o nariz no nariz da bebê, mas vocalizando entre fala e canto. Pausa no canto, a bebê se mexe, olhar recíproco mãe-bebê, a mãe faz carinho com o nariz no nariz da bebê, junto ao canto da mãe que termina com a célula melódica anterior (Do4 Re4 Si3) e depois a mãe para de cantar. (Ob5/canto)*

Na descrição anterior a *musicalidade comunicativa* entre mãe e bebê se deu através das dimensões da pulsação e da qualidade, no canto e nos gestos da mãe e nos comportamentos não-vocais da bebê. Entretanto, foi possível encontrar também a *musicalidade comunicativa* entre os aspectos melódicos e rítmicos do canto materno e das vocalizações da bebê. Destaca-se que os dois próximos exemplos de *musicalidade comunicativa* podem ser observados mais em detalhe na partitura musical (Anexo N), onde foram transcritos musicalmente as expressões faciais, os gestos e a voz da mãe e da bebê. Trata-se de aproximadamente um minuto de interação em contato face-a-face mãe-bebê, selecionado do episódio de canto da sessão de observação realizada na pós-alta. Em particular, no primeiro compasso da partitura em anexo observa-se que a mãe terminou o compasso cantando um intervalo ascendente de 4ª justa e fazendo depois, no segundo compasso, uma pausa maior em comparação às pausas identificadas na mesma sessão de observação. Durante a pausa a bebê vocalizou produzindo um *glissando* parecido ritmicamente à última célula rítmica da mãe e terminando aproximadamente na mesma nota da mãe (mesmo se uma oitava acima). Natalia respondeu logo depois com um outro *glissando*

no início do terceiro compasso, cantando um intervalo de 3<sup>a</sup> menor, apresentando uma célula rítmica e melódica nova e continuando a cantar em um registro mais agudo, então mais próximo ao registro da bebê: (06:39) *A mãe movimenta a bebê para ter contato face-a-face com ela. A mãe olha a bebê e a bebê se espicha. (06:41) A mãe sorri, olha a bebê e para de cantar (Fá#3 Si3 Sol#3), fazendo uma pausa maior (de 06:41 até 06:44). Na pausa a bebê vocaliza um glissando de forma clara e prolongada (06:43) (Fá4 Sol#4 Sol#4). (06:44) Sorrindo, a mãe responde logo que a bebê termina, com uma célula rítmica que nunca tinha cantando antes, subindo a melodia (Si Ré Do#) e continuando a cantar em um registro mais agudo, entre Dó#4 e Ré#4. (Ob5/canto)*

De forma semelhante, poucos segundos depois, no sexto compasso, mãe e bebê estavam sempre em contato face-a-face, Ana vocalizou com intensidade *pianissimo*, enquanto Natalia cantava, fazia carinho e embalava a filha. A mãe terminou o sétimo compasso cantando um intervalo descendente de 2<sup>a</sup> maior e fez de novo uma pausa no oitavo compasso, observando a filha. Durante a pausa Ana fez um arrote, cujos sons eram aproximadamente os mesmos do último intervalo cantado pela mãe e encontravam-se na mesma oitava do canto da mãe. Natalia riu, olhando a bebê, e cantou logo depois com intensidade *pianissimo*, imitando aproximadamente a mesma célula melódica e rítmica da bebê e em seguida cantando apenas um Ré#3, a dominante da tonalidade. Considerando que ao longo de toda a sessão de observação de canto, a mãe cantou frases melódicas compostas por três ou quatro sons, o fato dela ter respondido à filha imitando a sua vocalização e, depois, com um som só mais agudo, destacou que ela e a bebê estavam se comunicando musicalmente, moldando as suas respostas de forma recíproca: (07:03) *A mãe sorri e faz carinho com o nariz no nariz da bebê, olhar recíproco mãe-bebê, a bebê vocaliza em intensidade pianissimo no mesmo tempo. Continua o olhar recíproco mãe-bebê. (07:07) A mãe cheira o colo da bebê. (07:10) A bebê olha a mãe e a mãe para de cantar e embalar. (07:12) Logo depois que a mãe canta (Si3 Sol#3 Si3 Dó#3 Si3), a bebê arrota reproduzindo aproximadamente o último intervalo da mãe na mesma oitava (Dó#3 Si3). A mãe ri, imita em intensidade pianissimo o mesmo intervalo da bebê (Dó#3 Si3) e faz de novo carinho com o nariz no nariz da bebê, enquanto canta uma nota só, Ré#4. (Ob5/canto)*

Além desses episódios já destacados, olhando a partitura musical como um todo, pode-se perceber sincronia na pulsação do canto da mãe e das vocalizações da bebê, uma vez que Ana vocalizou sempre durante as pausas do canto materno. Além disso, percebe-se sincronia na qualidade do canto da mãe e das vocalizações da bebê, porque as duas imitavam reciprocamente suas células melódicas e rítmicas, e seus registros vocais. Também, foi encontrada a narrativa na *musicalidade comunicativa* da díade, porque ambas mostravam coordenar e regular reciprocamente suas trocas vocais, respeitando o mesmo tom e o mesmo



compasso.

Examinando-se conjuntamente os resultados, percebeu-se que Natalia e Ana na pós-alta estavam comunicando-se de uma forma musical, negociando e coordenando reciprocamente as suas respostas vocais e não-vocais, nas dimensões da pulsação, da qualidade e da narrativa. Entretanto, não foi encontrada a *musicalidade comunicativa* nos episódios de não-canto. É possível que por causa da qualidade dos vídeos e da falta de um software de análise acústica, passaram despercebidos outros episódios de *musicalidade comunicativa*, tanto no canto quanto no não-canto. Contudo, acredita-se que a IMUSP contribuiu nesse aspecto, uma vez que a *musicalidade comunicativa* foi identificada de forma tão evidente e precocemente mesmo em uma bebê que nasceu extremamente prematura e em uma díade que inicialmente encontrou dificuldade para se aproximar e interagir.

## CAPÍTULO IV

### 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 (Blencowe et al., 2012; Rogers & Velten, 2011). 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). Isto pode prejudicar a interação e o vínculo mãe-bebê (Flacking et al., 2006), ainda mais onde a vulnerabilidade biológica se associa a fatores psicossociais adversos como o baixo nível socioeconômico, se constituindo em uma situação de múltiplo risco (Linhares et al., 2003; White-Traut & Norr, 2009).

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, 2012a). A literatura revisada da área de musicoterapia aponta para maiores benefícios quando realizada ao vivo e destaca a importância da participação e do acompanhamento da mãe (Haslbeck, 2012a, 2013, 2014; Standley, 2012a; Blumenfeld & Eisenfeld, 2006). No entanto, nos estudos nacionais e internacionais ainda são raras as intervenções endereçadas à díade, que investiguem também a perspectiva materna sobre a musicoterapia, e que utilizem uma abordagem qualitativa nesse contexto (Haslbeck, 2012a).

O presente estudo investigou as contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal, em particular suas contribuições para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê. 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.

Para fins de exposição, inicialmente se retoma alguns aspectos referentes à caracterização do caso analisado e da experiência de implementação da intervenção musicoterápica para o referido caso, no contexto da UTI Neonatal. Por fim, discute-se os principais achados relacionados a cada um dos quatro temas investigados - *empoderamento da bebê, empoderamento da mãe, interação mãe-bebê e musicalidade comunicativa* -,

relacionando-os à literatura.

Como visto anteriormente, pelas entrevistas iniciais realizadas com a mãe, a experiência do nascimento prematuro da filha e da sua internação na UTINeo foram fonte de muita angústia e ansiedade para a mãe. Ela sentia-se culpada pela impossibilidade de visitar com frequência a filha e sentia-se preocupada e impotente frente às suas condições clínicas e aos cuidados intensivos que ela precisava. Além disso, pelas falas maternas nas entrevistas iniciais, percebeu-se que também a interação com a filha estava em risco, uma vez que a mãe sentia-se insegura sobre as suas capacidades de tocar na filha, tendo medo de agitar e sobrecarregar ela, limitando-se apenas em observá-la e segurar de vez em quando a sua mão. Ainda, a mãe tinha dificuldade em se relacionar tanto com a equipe de enfermagem, quanto com as outras mães da UTINeo, preferindo ficar a maior parte do tempo em silêncio, sentada ao lado da incubadora. Isto mostrou que, para além da vulnerabilidade clínica da bebê, o caso descrito nesse estudo apresentava fatores psicossociais adversos, incluindo também o baixo nível socioeconômico e a fragilidade da rede de apoio da mãe. Conforme a literatura, isso se constitui em uma situação de múltiplo risco, que requer a realização de intervenções precoces endereçadas ao bem-estar da díade (Linhares et al., 2003; White-Traut & Norr, 2009).

Por outro lado, apesar de não ter nenhuma experiência ou educação musical prévia, a mãe relatou que gostava de escutar música e de cantar, que tinha o hábito de utilizar o canto *a bocca chiusa* para acalmar os filhos maiores e que também cantava com facilidade e de forma confortável, vivenciando o canto como uma forma de prazer e relaxamento. Com base nestes relatos, se pensou que, apesar das dificuldades iniciais manifestadas na UTINeo, a mãe era particularmente indicada a participar da intervenção musicoterápica, o que foi feito quando a filha estava com uma idade pós-menstrual de 30 semanas, com um quadro relativamente estável. Ao longo dos encontros da IMUSP, a mãe aprendeu a utilizar o canto como um recurso para acalmar a filha, para se relaxar e fortalecer as suas competências de interagir com a bebê, tornando a experiência de canto para a filha um momento de intimidade natural, mesmo em um contexto intrusivo como o ambiente da UTINeo. Em particular, percebeu-se que a mãe conseguiu desenvolver e compartilhar com a filha, elementos vocais pessoais e íntimos que pertenciam à própria “Identidade Sonora” (ISO) (Benenzon et al., 2008), como a utilização da onomatopeia “sh”, o emprego do *glissando* e o canto improvisado *a bocca chiusa*.

Cabe ressaltar que a facilidade e a espontaneidade da mãe em relação ao canto, bem como o fato de não ser primípara e de ter já o hábito de cantar *a bocca chiusa* para os filhos maiores, contribuíram para reforçar os benefícios da intervenção. Entretanto, percebeu-se

também que existiam outros fatores adversos que podem ter dificultado ou, inclusive, impossibilitado a plena implementação da intervenção, como o fato de a mãe não morar com o pai da bebê, a sua limitada disponibilidade de tempo, o fato dela ter negado a gravidez até pouco antes do nascimento da filha, as preocupações com os outros filhos ainda pequenos que permaneciam em casa quando ela estava na UTINeo, a fragilidade da rede de apoio familiar e o seu baixo nível socioeconômico. Dessa forma, acredita-se relevante que, a despeito de todos esses fatores adversos, a mãe mostrou-se desde o início interessada e aberta à experiência de canto para a filha, conseguindo realizar os oito encontros previstos, se deixando acompanhar e orientar pela musicoterapeuta, e se permitindo experienciar algo inusual, até então, na UTINeo do hospital onde a filha estava internada.

Apesar de todas estas dificuldades, a análise dos resultados derivados dos quatro temas investigados revelaram diversas contribuições da musicoterapia. Por exemplo, com relação ao primeiro tema analisado, o *empoderamento da bebê*, os resultados revelaram que, na medida que a bebê foi crescendo, houve um aumento do seu *empoderamento*, uma vez que ela conseguiu gradativamente relaxar mais, estabilizar e manter a saturação de oxigênio e apresentar novas competências. Isso foi mais fácil de se observar a partir dos últimos encontros da IMUSP, na pós-IMUSP e na pré- e pós-alta, quando a bebê apresentou novas competências como as vocalizações e o olhar endereçado à mãe, e a participação e o envolvimento no canto, através de movimentos, expressões faciais e vocalizações. Assim como já ressaltado, esta evolução se deveu em parte à melhora clínica e ao desenvolvimento da bebê, em parte às contribuições da musicoterapia, uma vez que percebeu-se que, quando a mãe cantava, a filha participava e engajava-se mais na interação com ela, através de gestos, olhares, vocalizações e expressões faciais mais frequentes, prolongados e diversificados.

Os resultados do presente estudo, relacionados ao *empoderamento do bebê*, corroboram achados de outros estudos que mostram os benefícios da música ao vivo nas respostas fisiológicas e comportamentais do bebê pré-termo (Thoman & Graham, 1986; Abromeit, 2003; Arnon et al., 2006; Loewy et al., 2013; Garunkstiene et al., 2014; Ettenberger, 2014). De fato, as intervenções ao vivo tendem a permitir que o bebê regule mais o estímulo e favorecem a sua capacidade de interagir com o ambiente, sendo por isso mais eficazes do que estimulações predeterminadas (Thoman & Graham, 1986). Em particular, como visto anteriormente, entre essas intervenções descritas na literatura, destacam-se as que empregaram a voz ou o canto ao vivo, onde o terapeuta visa estabelecer uma interação com o bebê pré-termo, modulando os parâmetros musicais das canções e das vocalizações a fim de que sejam contingentes às res-

postas fisiológicas e comportamentais do bebê, favorecendo desta forma a sua autorregulação e o seu desenvolvimento (Malloch et al., 2012; Shoemark, 2004, 2008, 2011; Schoemark & Grocke, 2010; Haslbeck, 2004, 2013, 2014; Edwards, 2011; Loewy, 2015).

Nos estudos de Haslbeck (2013; 2014), também foi encontrado que os bebês prematuros conseguiram se acalmar e relaxar durante a Musicoterapia Criativa (CMT) (Nordoff & Robbins, 1997), que a autora utilizou e que envolve o canto *a bocca chiusa* dirigido ao bebê e contingente aos seus indicadores fisiológicos e comportamentais, de uma forma semelhante ao presente estudo. Haslbeck (2013) observou também que os bebês conseguiram se orientar mais e manifestar participação e engajamento no canto, através das expressões faciais, dos gestos e das vocalizações. Da mesma forma, no presente estudo percebeu-se que, durante os encontros de musicoterapia e o canto materno, a bebê conseguia se acalmar, estabilizar melhor a saturação de oxigênio, se orientar mais e se envolver no canto, apresentando novas competências. Entretanto, Haslbeck (2013; 2014) ressaltou que quando os bebês estavam muito agitados ou instáveis, a musicoterapia podia ter o perigo potencial de sobrecarregá-los. Similarmente, nesse estudo a bebê mostrou mais empoderamento nos últimos encontros da IMUSP, enquanto nos encontros anteriores não foi possível se perceber claras contribuições da musicoterapia, uma vez que a bebê estava muito agitada e ainda instável.

Além de ser uma intervenção musicoterápica que utiliza o canto ao vivo, a IMUSP envolveu o canto materno, o que é um diferencial importante, dado que a voz materna é conhecida pelo bebê desde o útero (Kisilevsky et al., 2003). Como foi destacado anteriormente, as intervenções que envolvem voz e canto materno destacam-se por favorecerem efeitos positivos tanto para o bebê quanto para a mãe, uma vez que a voz materna é uma fonte de estimulação privilegiada para o feto e o recém-nascido, promovendo o vínculo e a comunicação afetiva entre a díade (Butler et al., 2014; Whipple, 2000; Cevasco, 2008; Edwards, 2011; Shoemark, 2011; Filippa et al., 2013; Arnon et al., 2014). Por exemplo, 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, no presente estudo, tanto pelas entrevistas com a mãe, quanto pelas descrições dos encontros da IMUSP e das sessões de observação, percebeu-se que durante o canto materno a bebê conseguia se acalmar, a saturação de oxigênio aumentava e ela permanecia mais estável.

Assim como já ressaltado na exposição dos resultados, acredita-se que essa contribuição deveu-se ao efeito conjunto da musicoterapia e do contato pele-a-pele entre mãe e bebê na posição canguru. Nesta direção, o recente estudo de Arnon et al. (2014) comparou o método canguru junto ao canto materno, com apenas o método canguru, em um estudo longitudinal randomizado com 86 bebês e suas mães. Os resultados mostraram que quando as mães cantavam, os bebês apresentavam uma melhor estabilidade do sistema nervoso autônomo e as mães mostravam-se menos ansiosas. Entretanto, não foram encontradas diferenças com relação a respostas fisiológicas como a frequência cardíaca e respiratória, a saturação de oxigênio e a temperatura corpórea. No presente estudo, percebeu-se que o efeito conjunto do canto e da posição canguru contribuíram para o relaxamento, a estabilização da saturação e o desenvolvimento das competências da bebê, embora os resultados mais marcantes foram encontrados no *empoderamento da mãe* e na *interação mãe-bebê*, que serão discutidos abaixo.

Com relação ao segundo tema investigado nos resultados, o *empoderamento da mãe*, percebeu-se que, ao longo dos encontros da IMUSP e no follow up, a mãe conseguiu se empoderar mais, através do relaxamento, da superação da vergonha e do medo de interagir com a bebê, fortalecendo suas competências maternas e sua autonomia no canto. Em particular, resalta-se que, quando a mãe cantava, conseguia se engajar com a bebê em comportamentos de carinho, toque e contato face-a-face mais prolongados e diversificados, do que quando ela não cantava.

Como destacado anteriormente pela literatura revisada, a musicoterapia pode favorecer o bem-estar dos pais, especialmente da mãe, reduzindo a ansiedade materna (Lai et al., 2006; Whipple, 2000; Blumenfeld & Eisenfeld, 2006; Cevasco, 2008; Haslbeck, 2014; Shoemark, 2004; Arnon et al., 2014). Em particular, os estudos destacam a importância de desenvolver intervenções centradas na família, incluindo os pais na intervenção e orientando-os e apoiando-os a interagirem vocalmente com seus bebês prematuros (Shoemark, 2004, 2008, 2011; Schoemark & Grocke, 2010; Haslbeck, 2004, 2013, 2014; Edwards, 2011). De fato, assim como destacado por Cevasco (2008), o canto materno pode ajudar a diminuir a preocupação, o estresse, a ansiedade e o sentido de inutilidade da mãe frente à prematuridade, ajudando-a a participar do bem-estar do filho e impactando na relação mãe-bebê. De forma semelhante, conforme o estudo de Ettenberger et al. (2014), as mães que participaram de sessões de musicoterapia ao vivo junto ao bebê, relataram que a musicoterapia as ajudou a relaxar e a desenvolver suas competências maternas.

Os achados do presente estudo corroboram os descritos na literatura, uma vez que os

encontros da IMUSP contribuíram para que a mãe relaxasse e fortalecesse suas competências, ajudando-a a superar a vergonha e o medo de interagir com a filha através da voz e do toque. De fato, assim como destacado por alguns autores (Ettenberger et al., 2014; Cevasco, 2008), também no presente estudo o fato da mãe participar vocalmente da musicoterapia, ofereceu a possibilidade dela se engajar ativamente nos cuidados com a filha, reduzindo dessa forma as suas vivências de impotência dentro da UTINeo.

Em particular, ressalta-se que a IMUSP, desenvolvida especialmente para esse estudo, não apenas envolvia a participação da mãe, através da sensibilização e da orientação no emprego do canto dirigido à filha, mas também oferecia um acompanhamento constante da díade e valorizava as preferências musicais maternas. Ambos os fatores têm sido destacados como importantes na eficácia de intervenções e para a permanência das mães nos estudos (Blumenfeld & Eisenfeld, 2006; Loewy, 2015; Ettenberger et al., 2014). Além disso, assim como destacado por Ettenberger et al. (2014), os pais de bebês internados em UTI Neonatais passam por dificuldades e desafios emocionais intensos, sendo por isso importante garantir intervenções que possibilitem o estabelecimento de uma relação terapêutica entre musicoterapeuta e pais. Infelizmente, como visto anteriormente, a maioria das pesquisas, tanto de musicoterapia quanto de estimulação musical, envolvem intervenções breves e pontuais, endereçadas apenas ao bebê ou às mães e, raramente dirigidas à díade, sendo que muitas vezes a mãe não é envolvida no cantar para o bebê. Dessa forma, acredita-se que, por envolver a participação da mãe e o acompanhamento da díade e valorizar o canto materno como recurso de interação mãe-bebê, a IMUSP contribuiu para empoderar a mãe, permitindo que fortalecesse suas competências maternas e participasse dos cuidados da filha.

Com relação ao tema da *interação mãe-bebê*, percebeu-se que, ao longo dos encontros da IMUSP e, ainda mais, no follow up, a mãe e filha do presente estudo interagiam através de trocas vocais e não-vocais, envolvendo comportamentos de intimidade, toque e carinho, contato face-a-face e olhares recíprocos, expressões faciais e gestos, fala materna dirigida à bebê e vocalizações. Em particular, os episódios de canto providenciaram contatos face-a-face e olhares recíprocos prolongados entre mãe e bebê e evidenciaram uma contingência entre os comportamentos da díade.

Embora existam menos estudos focando na relação mãe-bebê no contexto da prematuridade, a literatura mostra que a musicoterapia e a estimulação musical podem favorecer o vínculo e a interação mãe-bebê pré-termo. Em particular, como visto anteriormente, alguns estudos sugeriram que a musicoterapia promove o apego (Cevasco,

2008), favorece uma maior adequação das respostas parentais, ao reduzir os sinais de estresse do bebê (Whipple, 2010), promove a responsividade parental (Walworth, 2007), facilita os comportamentos de apego e a relação mãe-bebê (Ettenberger et al., 2014) e favorece a sincronia interacional e a “musicalidade comunicativa” da díade (Haslbeck, 2014).

Por exemplo, no estudo de Ettenberger et al. (2014), as mães relataram que a musicoterapia contribuiu para a relação mãe-bebê, uma vez que elas se sentiam mais motivadas a estar com os filhos, achavam que conseguiam expressar mais amor para eles durante a musicoterapia e, também, percebiam que a musicoterapia as ajudou a conhecer melhor os filhos. Nesta mesma direção, no presente estudo a mãe relatou que inicialmente não tinha muito interesse na filha e os encontros de musicoterapia a ajudaram a ter mais motivação e vontade de conhecer, tocar, estar e interagir com ela.

Também, Whipple (2010) examinou os efeitos do treinamento de dez pais no uso da música e de técnicas de estimulação multimodal para interagir com o filho prematuro. As observações das interações pais-bebê mostraram menos comportamentos de estresse infantil, uma maior adequação das ações e das respostas parentais aos bebês e um aumento significativo do tempo passado na UTINeo para os pais treinados. De forma semelhante, no presente estudo destacou-se que a mãe, além de ter mais interesse na filha, mostrava-se engajada na interação com ela, respondendo de uma forma contingente aos seus sinais.

Os resultados desse estudo são corroborados também pelas pesquisas sobre o canto materno, que mostram que a repetição, a previsibilidade, a pulsação regular e o tom mais agudo do canto materno favorecem um maior engajamento do bebê, aumentam a sua atenção, e promovem níveis de ativação moderados, contribuindo dessa forma a uma maior coordenação emocional entre mãe e bebê, e sendo particularmente eficaz na realização dos vínculos afetivos (Peretz, 2010; Nakata & Trehub, 2004; Trehub & Trainor, 1998). De fato, no presente estudo, durante o canto materno, tanto a bebê quanto a mãe engajavam-se mais, compartilhando contatos face-a-face e olhares recíprocos mais prolongados e interagindo através das expressões faciais, do canto ou da fala materna e das vocalizações da bebê.

Contudo, cabe ressaltar que os resultados mais marcantes foram percebidos na sessão de observação realizada na pós-alta e em uma sala do hospital diferente da sala da UTINeo, sendo então possível que o maior engajamento da díade deveu-se em parte ao desenvolvimento da bebê, à maior segurança e confiança da mãe em lidar com a filha e à menor intrusividade do ambiente. Apesar disso, acredita-se que os encontros de musicoterapia e o canto materno também contribuíram na *interação mãe-bebê*, uma vez que na pós-alta, nos



episódios em que a mãe não cantava, não foram percebidas tantas trocas mãe-bebê.

Por fim, com relação ao último tema, a *musicalidade comunicativa*, percebeu-se que a díade acompanhada no presente estudo, na pós-alta comunicava-se de uma forma musical, negociando e coordenando reciprocamente as suas respostas vocais e não-vocais, utilizando as dimensões musicais da pulsação, da qualidade e da narrativa. Em particular, a *musicalidade comunicativa* se deu no canto, nos gestos e nas expressões faciais da mãe e nos gestos, nas expressões faciais e nas vocalizações da bebê.

Nos seus estudos Haslbeck (2013; 2014) encontrou a *musicalidade comunicativa*, manifestada pela sincronia entre o canto contingente da musicoterapeuta e o estado geral, os gestos, as expressões faciais e as vocalizações dos bebês. Entretanto, no presente estudo foi investigada a *musicalidade comunicativa* na interação mãe-bebê. Sendo assim, optou-se por empregar o conceito original de *musicalidade comunicativa* proposto por Malloch (1999). Segundo o autor, mãe e bebê interagem e comunicam através de um diálogo musical, que ele definiu como *musicalidade comunicativa*, sendo constituído por três dimensões musicais: pulsação, qualidade e narrativa. Através da análise espectrográfica da pulsação das vocalizações mãe-bebê, ele identificou que, dividindo as vocalizações em compassos musicais iguais, as trocas vocais entre mãe e bebê aconteciam de uma forma regular, coordenada e negociada pelos dois. Também, com relação à qualidade, analisando as frequências das vocalizações, bem como seus contornos tímbricos, foi possível perceber que a mãe estava consciente da entonação das vocalizações do filho, sendo que frequentemente as imitava e regulava a exploração melódica da díade. Por fim, a narrativa nascia da fusão entre pulsação e qualidade da entonação, permitindo à díade compartilhar um sentido comum da passagem do tempo.

No presente estudo, foram identificados quatro episódios de *musicalidade comunicativa* durante o canto materno, envolvendo as três dimensões musicais propostas por Malloch (1999). Em particular, nos episódios de *musicalidade comunicativa* identificados na pós-alta e transcritos na partitura musical (Anexo N), foi possível perceber a *musicalidade comunicativa* na pulsação, uma vez que a mãe e a filha estavam coordenando e regulando suas trocas vocais. Isso evidenciou-se, em particular, pelo fato de que a bebê vocalizou sempre durante as pausas do canto materno. Também, foi encontrada *musicalidade comunicativa* na qualidade das trocas vocais, porque tanto a bebê quanto a mãe imitavam reciprocamente suas células melódicas e rítmicas, e seus registros vocais. Por fim, foi encontrada a dimensão da narrativa pelo fato de que tanto a mãe quanto a bebê respeitaram o

mesmo tom e o mesmo compasso, criando uma fusão entre pulsação e qualidade nas suas trocas vocais na pós-alta e compartilhando um sentido comum da passagem do tempo.

Assim como já ressaltado, o tema da *musicalidade comunicativa* foi encontrado apenas na pós-alta, devido a diversos fatores, entre os quais a dificuldade de observar com precisão os detalhes dos comportamentos vocais e não-vocais da bebê nos vídeos, a dificuldade de se analisar a fala e o canto materno sem a utilização de um software específico de análise acústica, o fato de que na maior parte do tempo a bebê estava em estado de sono calmo ou profundo, e pelo maior desenvolvimento da bebê na pós-alta. Por isso, como já foi destacado anteriormente, é possível que tenham sido despercebidos outros episódios de *musicalidade comunicativa*, tanto durante o canto quanto durante o não-canto.

Considerando o descrito na literatura, seria esperado se encontrar episódios de *musicalidade comunicativa*, tanto na fala como no canto materno, sendo uma característica específica da comunicação da díade (Malloch, 1999). No presente estudo, percebeu-se também interações vocais através da fala materna dirigida à bebê, tanto na pré-alta quanto no episódio de não-canto da pós-alta, que poderiam, talvez, ser identificadas como *musicalidade comunicativa*, se pudessemos recorrer ao auxílio de um software de análise acústica. Dessa forma, por um lado, o fato de não se ter identificado a *musicalidade comunicativa* no episódio de não-canto na pós-alta pode estar relacionado com o fato de ser mais fácil identificar esse tema no canto do que na fala, especialmente sem o auxílio de software específicos. Por outro lado, isso poderia indicar que quando a mãe cantava, mais do que quando não cantava, conseguia criar mais oportunidades de *musicalidade comunicativa* entre ela e a filha.

Uma outra questão a ser considerada é a idade da bebê no momento das sessões de observação. De fato, o estudo de Malloch (1999) foi realizado com uma mãe que recitava uma rima infantil para seu filho de quatro meses, que havia nascido a termo. Já, no presente estudo, no momento da pós-alta, embora a bebê também tivesse quatro meses de vida, sua idade corrigida era aproximadamente de um mês. Dessa forma, mesmo sendo esperado encontrar a *musicalidade comunicativa* nessa díade, tanto nos episódios de canto, quanto nos de não-canto, o nascimento prematuro e a fragilidade da bebê, além do fato que ela tinha apenas um mês de idade corrigida, podem ter dificultado a apresentação de episódios de *musicalidade comunicativa*. Apesar dessas limitações, a IMUSP contribuiu também nesse aspecto, uma vez que é relevante o fato da *musicalidade comunicativa* ter sido encontrada de forma tão evidente e precoce em uma bebê nascida extremamente prematura e em uma mãe que inicialmente apresentava dificuldades para se aproximar e interagir com sua filha.

Ao final desse estudo, é importante destacar algumas limitações, além das que já foram apontadas acima. A primeira é referente aos critérios de inclusão e de exclusão dos participantes. Ressalta-se que, no início do estudo, tinha sido estabelecido como critério de inclusão o fato da mãe ser primípara e de morar com o pai da bebê. No entanto, os casos de mães primíparas acompanhados pela musicoterapeuta durante a pesquisa no hospital, por vezes receberam alta antes do término da intervenção, enquanto outras desistiram do estudo. Da mesma forma, tinha sido proposto incluir bebês nascidos a partir da 28ª semana de gestação, que já poderiam apresentar mais estabilidade clínica. Como a bebê do presente estudo nasceu extremamente prematura, com 27 semanas de idade gestacional, optou-se por aguardar o início da intervenção após a 30ª semana de idade pós-menstrual, até que as suas condições clínicas permitissem que ela participasse da intervenção.

Na literatura revisada, encontra-se uma heterogeneidade a respeito da idade gestacional dos bebês pré-termo incluídos no início das intervenções (Hartling et al., 2009). Por exemplo, no estudo de Standley e Swedberg (2011) destacou-se que os bebês mais frágeis e com menor peso ao nascer, mesmo quando tinham menos de 30 semanas, foram os que mais se beneficiaram com ganho de peso e diminuição do tempo de hospitalização. Também, a metanálise de Standley (2012a) evidenciou que a musicoterapia revelou efeitos significativos apenas nos bebês prematuros entre 28 e 35 semanas. Entretanto, a maioria das vezes, como critérios de inclusão dos bebês pré-termo, tem sido considerada a idade pós-menstrual dos bebês no início da intervenção, mais do que a idade gestacional do bebê ao nascer. Considerando este critério, a bebê desse estudo tinha 31 semanas de idade pós-menstrual no início da intervenção e estaria incluída dentro do intervalo destacado por Standley (2012a). Além disto, no início do estudo, estava previsto controlar a ansiedade e a depressão materna antes e após a intervenção, mas por falta de disponibilidade e tempo da mãe na Fase 1, não foi possível aplicar todos os instrumentos que tinham sido previstos. Somado a isto, devido a restrições de espaços adequados na UTINeo, não foi possível seguir exatamente o previsto originalmente na IMUSP, o que se constitui em outra limitação do estudo. De fato, assim como já destacado anteriormente, a IMUSP foi adaptada às exigências da mãe e, ao invés de se ter quatro encontros individuais com a mãe e quatro encontros com a bebê, foi feito apenas o encontro 1 com a mãe, enquanto todos os outros foram realizados sempre na UTINeo com a mãe-bebê. Por isso, não foi possível, realizar o que estava previsto inicialmente, que era trabalhar mais aprofundadamente o canto improvisado aos sinais da bebê e a criação da canção de ninar para ela.

Por outro lado, percebeu-se que o fato de ter realizado mais do que quatro encontros com a mãe-bebê contribuiu muito em acompanhar e fortalecer a mãe na interação com a filha, talvez mais do que teria ocorrido se tivéssemos realizado mais encontros individuais com a mãe, como originalmente previsto pela IMUSP. De fato, assim como ressaltado por Ettenberger et al. (2014), acredita-se na importância de se realizar pesquisas que visem a criação de intervenções que estejam próximas à clínica, e que envolvam, por exemplo, uma relação terapêutica entre musicoterapeuta e pais. Por isso, parece que seja adequado, flexibilizar a IMUSP, para se adaptar às exigências de uma UTINeo, das mães e dos bebês. Cabe também destacar que esse estudo foi realizado em um hospital público de Porto Alegre, onde a maioria das famílias dos bebês internados possuem um nível socioeconômico baixo, e isso pode ter afetado a viabilidade da IMUSP, como previsto no seu protocolo original. Um outro desafio a ser destacado é a diferença cultural e linguística entre a mãe do presente estudo e a musicoterapeuta que realizou a intervenção, sendo ela de nacionalidade italiana, embora já apresente um adequado uso da língua portuguesa.

Além disso, uma outra limitação que pode ser mencionada é a estrutura de temas que foi utilizada, uma vez que foi adaptada dos estudos de Haslbeck (2013; 2014), para ser empregada com a mãe-bebê do presente estudo. Como já foi referido, esses temas eram originalmente voltados ao canto musicoterapeuta-bebê e não para o contexto mãe-bebê. Pode-se pensar que alguns aspectos dos temas podem não ter sido adequadamente adaptados, outros podem não ter sido identificados durante a análise, mesmo que alguns novos foram incluídos, derivados dos dados. Afora isto, os temas foram avaliados apenas qualitativamente. Por um lado isto permitiu aprofundar as análises, de outro também acarreta limitações ao não permitir análises estatísticas sobre a frequência dos comportamentos observados nos vídeos. Por fim, o fato de nesse estudo ter sido apresentado um caso único, não permite uma compreensão exaustiva das contribuições da musicoterapia para outras díades mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal, e novos estudos se fazem necessários antes que se possa extrapolar os achados do presente estudo para outros casos.

Apesar destas limitações, pode-se também destacar as contribuições metodológicas desse estudo, entre elas o fato de que a maioria das pesquisas nessa área envolvem uma abordagem qualitativa e investigam os efeitos da musicoterapia nos bebês pré-termo, sendo raros os estudos que focam nas mães e, ainda menos, na interação entre eles (Haslbeck, 2012a). Por isso, a literatura destaca a importância de se desenvolver pesquisas qualitativas e que investiguem também as perspectivas dos pais. Nesse sentido, o presente estudo tentou

preencher essa lacuna, investigando de forma qualitativa não apenas a bebê e a mãe, mas também a interação entre elas. Apesar de se tratar de um estudo de caso único, procurou-se buscar uma triangulação dos dados, através da utilização de entrevistas para compreender as percepções maternas sobre a experiência de musicoterapia, complementada pela observação direta da interação mãe-bebê. Por fim, uma contribuição relevante desse estudo é o fato de ter aprofundado o tema da *musicalidade comunicativa* entre mãe e bebê pré-termo após uma intervenção musicoterápica. Os estudos da Haslbeck (2013; 2014) investigaram esse tema principalmente entre musicoterapeuta e bebê e, de forma menor, entre mãe e bebê.

Apesar das eventuais limitações, acredita-se que o presente estudo apresentou contribuições relevantes para esta área de pesquisa, tanto ao oferecer uma proposta de intervenção inovadora, quanto pelos aspectos metodológicos utilizados na realização do estudo, com destaque para a análise exaustiva dos dados coletados. Obviamente é necessário que se desenvolvam novas pesquisas nessa área que utilizem, por exemplo, um delineamento longitudinal que se estenda ao longo do primeiro ano do bebê, para que se possa dimensionar a duração dos efeitos da IMUSP para a mãe-bebê. Além disto, é importante que estudos envolvem não só as mães nas intervenções, mas também os pais, focando na interação da díade e da tríade e investigando as perspectivas maternas e paternas sobre a musicoterapia no contexto da prematuridade. Como revelado no presente estudo o fato de uma mãe cantar para a bebê acabou tendo um efeito multiplicador na UTINeo e outras mães passaram também a cantar para o bebê por intuitivamente perceberem que isto era bom para os bebês, para elas e para a interação mãe-bebê. Acredita-se que o mesmo também aconteceria se outros membros da família, especialmente o pai, fosse também envolvido nas atividades da IMUSP.

#### **4.1 Considerações finais**

Os resultados do presente estudo revelaram que a musicoterapia teve importantes contribuições para a bebê pré-termo, para a mãe e para a interação mãe-bebê na UTI Neonatal. A intervenção musicoterápica contribuiu no *empoderamento da bebê*, 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 da mãe*, favorecendo seu relaxamento, ajudando-a a superar a vergonha e o medo de interagir com a filha, promovendo o fortalecimento das competências maternas e a autonomia no canto; por fim, a musicoterapia contribuiu a fortalecer a *interação mãe-bebê*, providenciando mais oportunidades de intimidade, toque e carinho entre mãe e bebê,

favorecendo contato face-a-face e olhares recíprocos prolongados, promovendo a interação vocal entre elas e, inclusive, fortalecendo a *musicalidade comunicativa* da díade.

A literatura tem destacado a importância de se implementar intervenções precoces oferecidas à díade no contexto da prematuridade, a fim de promover o cuidado humanizado e individualizado na UTINeo e favorecer o bem-estar dos bebês e dos pais. Também tem sido ressaltado a necessidade de se oferecer apoio emocional aos pais, de favorecer o empoderamento deles, de oferecer um ambiente acolhedor e de oferecer-lhes oportunidades para desenvolver novas habilidades e competências através da participação junto ao filho prematuro (Cleveland, 2008). Acredita-se que a intervenção musicoterápica desenvolvida e examinada no presente estudo apresenta todos esses aspectos: contribuiu no *empoderamento da mãe* ao oferecer a oportunidade de participar dos encontros de musicoterapia com a filha e de aprender a utilizar o canto como recurso de interação com ela; ofereceu também um apoio emocional para a mãe, uma vez que a ajudou a relaxar e a diminuir as suas vivências de impotência e insegurança na UTINeo; e, por fim, contribuiu em humanizar e “harmonizar” o ambiente ameaçador da UTINeo. Dessa forma, destaca-se a relevância de se incluir a musicoterapia dentro dos cuidados oferecidos pela equipe multidisciplinar das UTI Neonatais.

Além de humanizar o ambiente da UTINeo, a intervenção realizada nesse estudo teve um efeito multiplicador, uma vez que também as mães que não participaram da musicoterapia foram sensibilizadas a cantar para seus filhos internados na UTINeo. Ainda, algumas profissionais da equipe de enfermagem confirmaram em seus relatos que a intervenção musicoterápica ajudou a empoderar a díade mãe-bebê descrita no presente estudo, oferecendo um apoio para a mãe e permitindo-lhe “*ser mãe*” no momento em que cantava para a filha; também, algumas técnicas de enfermagem relataram que a musicoterapia contribuiu em relaxar, acalmar e emocionar inclusive os mesmos profissionais, fazendo com que a UTINeo se tornasse um ambiente “*mais calmo, mais lúdico e menos pesado*”.

O presente estudo corrobora com a literatura ao ressaltar as contribuições da musicoterapia para o bebê pré-termo, para a mãe e para a interação mãe-bebê na UTI Neonatal. Para além disso, nesse estudo ficou evidente que a música e o canto materno, por serem elementos universais, precoces e eficazes na realização dos vínculos afetivos, contribuíram para aproximar a mãe-filha, mesmo em um contexto tão adverso como o da UTINeo, contribuindo inclusive para que essa mãe se constituísse psicologicamente como mãe, construindo uma nova relação com sua filha, permeada pela música e o canto.

## REFERÊNCIAS

- Aarnoudse-Moens, C. S. A., Weisglas-Kuperus, N., Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children. *Pediatrics*, *124*(2), 717-728. doi:10.1542/peds.2008-2816
- Abromeit, D. H. (2003). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as a model for clinical music therapy interventions with premature infants. *Music Therapy Perspectives*, *21*, 60-68. doi: 10.1093/mtp/21.2.60
- Alipour, Z., Eskandari, N., Ahmari Tehran, H., Eshagh Hossaini, S. K., & Sangi, S. (2013). Effects of music on physiological and behavioral responses of premature infants: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *19*(3), 128-132.
- Als, H. (1986). 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*, *6*, 3–53. doi:10.1080/J006v06n03\_02
- Als, H. (2009). NIDCAP: Testing the Effectiveness of a Relationship-Based Comprehensive Intervention. *Pediatrics*, *124*(4), 1208-1210. doi:10.1542/peds.2009-1646
- Als, H., & Gilkerson, L. (1997). The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Seminars in perinatology*, *21*(3), 178-189.
- Al-Qahtani, N. H. (2005). Foetal response to music and voice. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *45*(5), 414-7. doi: 10.1111/j.1479-828X.2005.00458.x
- Apgar V. (1953). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current researches in Anesthesia & Analgesia*, *32*, 260–267. doi: 10.1213/00000539-195301000-00041
- Arnon, S., Shapsa, A., Forman, L., et al. (2006). Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *Birth*, *33*(2), 131-136. doi: 10.1111/j.0730-7659.2006.00090.x
- Arnon, S., Diamant, C., Bauer, S., Regev, R., Sirota, G., & Litmanovitz, I. (2014). Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants and reduced maternal anxiety. *Acta Paediatrica*, *103*, 1039–1044. doi:10.1111/apa.12744

- American Music Therapy Association – AMTA. (2015). *Definition and Quotes about Music Therapy*. Disponível em <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>. Acessado no dia 15 de fevereiro 2015.
- American Academy of Pediatrics. (1997). Noise: A Hazard for the Fetus and Newborn. *Pediatrics*, 100(4). doi: 10.1542/peds.100.4.724
- American Academy of Pediatrics. (2004). Age Terminology During the Perinatal Period. *Pediatrics*, 114, 1362. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/5/1362.full.html>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. (2015). Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira & Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. (2013). Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. *I Fórum de Diretrizes de Ventilação Mecânica*. Disponível em: [http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir\\_VM\\_2013/Diretrizes\\_VM2013\\_SBPT\\_AMIB.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir_VM_2013/Diretrizes_VM2013_SBPT_AMIB.pdf)
- Ballard, J. L., Khoury, J. C., Wedig, K., et al. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *The Journal of Pediatrics*, 119, 417-423.
- Barcellos, L. (2011). Desafios da contemporaneidade: a musicoterapia na sala de diálise no tempo dos iPods. Pode? *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*, 2, 145-168. Disponível em: [http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/extensao/Arquivos2011/NEPIM/NEPIM\\_Volume\\_02/Art09\\_NEPIM\\_Vol02\\_DesafiosContemporaneidade\\_2.pdf](http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/extensao/Arquivos2011/NEPIM/NEPIM_Volume_02/Art09_NEPIM_Vol02_DesafiosContemporaneidade_2.pdf)
- Barcellos, L. (2012). Music, Meaning, and Music Therapy under the Light of the Molino/Nattiez Tripartite Model. *Voices: A World Forum For Music Therapy*, 12(3). doi:10.15845/voices.v12i3.677
- Barnard, K. E., & Bee, H. L. (1983). The impact of temporally patterned stimulation on the development of preterm infant. *Child Development*, 54, 1156-1167. doi: 10.2307/1129671
- Barnard, K. E., Bee, H. L., & Hammond, M. A. (1984). Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 7, 101-113. doi:10.1016/S0163-6383(84)80026-0
- Beebe, B., & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11(2), 127-165.



<http://dx.doi.org/10.1037/h0079530>

- Benenzon, R. O. (com de Gainza, V., & Wagner, G.). (2008). *La nueva musicoterapia*. (2nd ed.). Buenos Aires: Lumen.
- Bilgin, A., & Wolke, D. (2015). Maternal Sensitivity in Parenting Preterm Children: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *136*(1), e177-93. doi: 10.1542/peds.2014-3570.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moller, A.B., et al. (2012). 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*.
- Blumenfeld, H., Eisenfeld, L. (2006). Does a mother singing to her premature baby affect feeding in the neonatal intensive care unit? *Clinical Pediatrics*, *45*(1), 65-70. doi: 10.1177/000992280604500110
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *8*(No. CD006911). doi: 10.1002/14651858.CD006911.pub2
- Bradt, J., Magee, W. L., Dileo, C., Wheeler, B. L., & McGilloway, E. (2010). Music therapy for acquired brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*(No. CD006787). doi: 10.1002/14651858.CD006787.pub2
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3* (2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brasil. (2012). *Diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Portaria N° 930, de 10 de maio de 2012. Brasília: GM/MS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)
- Brasil (2014). Portal Brasil. Conheça os benefícios do método Canguru. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/conheca-os-beneficios-do-metodo-canguru>
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, *1*, e000023. doi:10.1136/bmjopen-2010-000023
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2007). Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, *17*(2), 12-23.

- Bruscia, K. E. (1989). *Defining Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Butler, S. C, O'Sullivan, L. P., Shah, B. L., & Berthier, N. E. (2014). Preference for infant-directed speech in preterm infants. *Infant Behavior & Development, 37*, 505–511. doi: 10.1016/j.infbeh.2014.06.007
- Caine, J. (1991). The effects of music on the selected stress behaviors, weight, caloric and formula intake, and length of hospital stay of premature and low birth weight neonates in a newborn intensive care unit, *Journal of Music Therapy, 28* (4), 180-192. doi: 10.1093/jmt/28.4.180
- Cassidy, J. W., & Standley, J. M. (1995). The Effect of Music Listening on Physiological Responses of Premature Infants in the NICU. *Journal of Music Therapy, 32*(4), 208-227. doi:10.1093/jmt/32.4.208
- Cepeda, M. S., Carr, D. B., Lau, J., & Alvarez, H. (2013). Music for pain relief. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*(No. CD004843). doi: 10.1002/14651858.CD004843.pub3
- Cevasco, A. M. (2008). The effects of mothers' singing on full-term and preterm infants and maternal emotional responses. *Journal of Music Therapy, 45*(3), 273-306. doi: 10.1093/jmt/45.3.273
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *JOGNN, 37*, 666-691. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x.
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2014). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*. Art. No.: CD002771. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub3
- Conselho Nacional de Saúde (2012). *Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução N° 466/2012*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cooper, R. P., & Aslin, R. N. (1990). Preference for infant-directed speech in the first month after birth. *Child Development, 61*(5), 1584-95. doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02885.x
- Cruvinel F. G., & Macedo, E. C. (2007). 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, 7*(4), 449-455. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000400012>
- Dearn, T., & Shoemark, H. (2014). The effect of maternal presence on premature infant response to recorded music. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing,*

- 43(3), 341-50. doi: 10.1111/1552-6909.12303
- DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208 (4448), 1174-1176. doi:10.1126/science.7375928
- DeFelipe, R. P. (2014). *Caracterização das relações entre depressão pós-parto, modelos culturais de self, etnoteorias e práticas maternas em uma amostra paulistana atendida pelo sistema público de saúde*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-02062014-162633/>
- Desquiotz-Sunnen, N. (2008). Singing for preterm born infants music therapy in neonatology. *Bulletin de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, Spec No 1, 131-43.
- Edwards, J. (2011). The use of music therapy to promote attachment between parents and infants. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 190-195. doi:10.1016/j.aip.2011.05.002
- Ettenberger, M., Odell-Miller, H., Cárdenas, C. R., Serrano, S. T., Parker, M., & Llanos, S. M. C. (2014). 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*, 14(2). Disponível em: <<https://voices.no/index.php/voices/article/view/756>>.
- Feijó, L. (1998). *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.
- Feldman, R., & Eidelman, H. I. (2007). 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*, 49, 290–302. doi 10.1002/dev
- Filippa, M., Devouche, E., Arioni, C., Imbert, M., & Gratier, M. (2013). Live maternal speech and singing have beneficial effects on hospitalized preterm infants. *Foundation Acta Paediatrica*, 1017–1020. doi: 10.1111/apa.12356
- Fischer, C. B., & Als, H. (2004). 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. Nocker-Ribaupierre (Ed.), *Music Therapy for Premature and Newborn Infants* (pp. 1-19). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

- Flacking, R., Ewald, U., Nyqvist, K. H., & Starrin, B. (2006). 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*, 62(1),70-80. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.026
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), e107-14. doi: 10.1542/peds.2005-1145
- Fracalossi, R. D. P. (2003). *Música que embala, canto que alimenta: a Musicoterapia com mães e seus bebês prematuros*. Monografia apresentada ao Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário como conclusão do curso de graduação em musicoterapia.
- Freitas, O. M., Lopes, E. M., Figueiredo, M. C., & Cunha, O. R. (2010). Massagem no recém-nascido pré-termo: é um cuidado de enfermagem seguro? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 187-198.
- Garunkstiene, R., Buinauskiene, J., Uloziene, I., & Markuniene, E. (2014). Controlled trial of live versus recorded lullabies in preterm infants. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 71-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2013.809783>
- Geretsegger, M., Elephant, C., Mössler, K. A., & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(No. CD004381). doi: 10.1002/14651858.CD004381.pub3
- Goldberg, S., Perrotta, M., Minde, K., & Corter, C. (1986). Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. *Child Development*, 57, 34-46.
- Gray, L., & Philbi, M. K. (2004). Effects of the neonatal intensive care unit on auditory attention and distraction. *Clinics in Perinatology*, 31, 243-60.
- Greenberg, M. T., & Crnic, K. A. (1988). Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Development*, 59, 554-570.
- Hartling, L., Shaik, M. S., Tjosvold, L., Leicht, R., Liang, Y., & Kumar, M. (2009). Music for medical indications in the neonatal period: a systematic review of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 94, 349-354. doi:10.1136/adc.2008.148411
- Haslbeck, F. (2004). Music Therapy with preterm infants – Theoretical approach and first practical experience. *Music Therapy Today (online)*, V(1). Disponível em:

<http://musictherapytoday.net>

- Haslbeck, F. B. (2012a). Music therapy for premature infants and their parents: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(3), 203–226. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2011.648653>
- Haslbeck, F. (2012b). Research Strategies to achieve a deeper understanding of active music therapy in neonatal care. *Music and Medicine*, 4(4), 205–214.
- Haslbeck, F. B. (2013). Creative music therapy for premature infants: An analysis of video footage. *Nordic Journal of Music Therapy*. doi: 10.1080/08098131.2013.780091
- Haslbeck, F. B. (2014). The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 36-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2013.790918>
- Haus, R. (2007). Music therapy for prematures. Further overtension or necessary stimulation? *German Journal for Medical Education (GMS Z Med Ausbild)*, 24(4), Doc161.
- Hughes, M. B., Shults, J., McGrath, J., & Medoff-Cooper, B. (2002). Temperament characteristics of premature infants in the first year of life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(6), 430-5.
- Huhtala, M., Korja, R., Lehtonen, L., Haataja, L., Lapinleimu, H., Rautava, P. & on behalf of the PIPARI Study Group. (2012). Parental Psychological Well-Being and Behavioral Outcome of Very Low Birth Weight Infants at 3 Years. *Pediatrics*, 129, e937. DOI: 10.1542/peds.2011-2411
- Isabella, R. A., Belsky, J., & von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25, 12–21.
- Jefferies, A. L., Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. (2014). Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & Child Health*, 19(1), 31- 36.
- Kaminski, J., & Hall, W. (1996). The effect of soothing music on neonatal behavioral states in the hospital newborn nursery. *Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing*, 15(1), 45-54.
- Karst, L. T. (2004). *Musicoterapia com Mães de Recém-Nascidos Internados em UTI Neonatal*. Monografia apresentada à banca examinadora do Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Musicoterapia.

- Keith, D. R., Weaver, B. S., & Vogel, R. L. (2012). The effect of music-based listening interventions on the volume, fat content, and caloric content of breast milk-produced by mothers of premature and critically ill infants. *Advances in Neonatal Care, 12*(2), 112-9. doi:10.1097/ANC.0b013e31824d9842
- Kellam, B., & Bhatia, J. (2008). Sound Spectral Analysis in the Intensive Care Nursery: Measuring High-Frequency Sound. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families, 23*(4), 317-323.
- Kymre, I. G. (2014). NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice. *Int J Qualitative Stud Health Well-being, 9*, 3297. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.23297>.
- Kisilevsky, B. S., Hains, S. M. J., Lee, K., Xie, X., Huang, H., Ye, H. H., Zhang, K., & Wang, Z. (2003). Effects of Experience on Fetal Voice Recognition. *Psychological Science, 14*(3). doi: 10.1111/1467-9280.02435
- Koelsch, S. (2009). A neuroscience perspective on music therapy. *Acad. Sci. The Neurosciences and Music III: Disorders and Plasticity, 1169*, 374-384. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 91*, 164–173. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x
- Krueger, C. (2010). Exposure to maternal voice in preterm infants: A review. *Journal of Advances in Neonatal Care, 10*, 13–18. doi: 10.1097/ANC.0b013e3181cc3c69
- Lai, H.-L., Chen, C.-J., Peng, T.-C., Chang, F.-M., Hsieh, M.-L., Huang, H.-Y., & Chang, S.-C. (2006). Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 139–146.
- Langerock, N., de Jonge, L. V. H., Graz, M. B., Hüppi, P. S., Tolsa, C. B., & Barisnikov, K. (2013). Emotional reactivity at 12 months in very preterm infants born at < 29 weeks of gestation. *Infant Behavior and Development, 36*(3), 289-297. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.02.006>
- Lasky, R. E., & Williams, A. L. (2005). The Development of the Auditory System from Conception to Term. *Neoreviews, 6*, (e141-e152) doi:10.1542/neo.6-3-e141
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Machado, C., & Martinez, F. E. (2003). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Cadernos de Psicologia e Educação - Paidéia, 13*(25), 57-72.

- Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A. M., Telsey, A., & Homel, P. (2013). The Effects of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants. *Pediatrics*, *131* (5). doi: 10.1542/peds.2012-1367
- Loewy, J. (2015). NICU music therapy: song of kin as critical lullaby in research and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences. Issue: The Neurosciences and Music V*, *1337*, 178-185. doi: 10.1111/nyas.12648
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Perin, J., Rudan, I., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., Black, R. E. (2014). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*. Published online October 1, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
- Lubetzky, R., Mimouni, F. B., Dollberg, S., Reifen, R., Ashbel, G., & Mandel, D. (2010). Effect of Music by Mozart on Energy Expenditure in Growing Preterm Infants. *Pediatrics*, *125*, e24. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/1/e24.full.html>
- Ludington-Hoe, S. M. (2013). Kangaroo Care as a Neonatal Therapy. *Newborn & Infant Nursing Reviews* *13*, 73–75.
- McMahon, E., Wintermark, P., & Lahav, A. (2012). Auditory brain development in premature infants: the importance of early experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1252*. doi: 10.1111/j.1749-6632.2012.06445.x
- Maggi, E. F., Magalhães, L. C., Campos, A. F., Bouzada, M. C. (2014). Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to term children of preschool age. *Jornal de Pediatria*, *90*, 377-383. doi:10.1016/j.jped.2013.10.005
- Malloch, S. (1999). Mothers and infants and communicative musicality. Rhythms, musical narrative, and the origins of human communication [Special issue]. *Musicae Scientiae*, 13–28. doi: 10.1177/10298649000030S104
- Malloch, S., Shoemark, H., Črnčec, R. N. C., Paul, C., Prior, M., & Coward, S. (2012). Music therapy with hospitalized infants – the art and science of communicative musicality. *Infant Mental Health Journal*, *33*(4), 386–399. doi: 10.1002/imhj.21346
- Mampe, B., Friederici, A., Christophe, A., & Wermke, K. (2009). Newborns' cry melody is shaped by their native language. *Current Biology*, *19*, 1994–1997.
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression.

- Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(No. CD004517). doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub2
- March of Dimes, PMNCH, Save the Children, & WHO. (2012). In C. P. Howson, M. V. Kinney, & J. E. Lawn (Eds.), *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. World Health Organization: Geneva.
- McMahon, E., Wintermark, P., & Lahav, A. (2012). Auditory brain development in premature infants: the importance of early experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1252, 17-24. doi: 10.1111/j.1749-6632.2012.06445.x.
- Meschini, R. (2002). L'esperienza della musicoterapia con pazienti in stato vegetativo. In R.O. Benenzon (Ed.), *Musicoterapia e coma*. Roma: Phoenix.
- Meyerhof, P. G. (1995). O neonato pré-termo no berçário de cuidados especiais: proposta de intervenção, respeitando sua individualidade, suas fragilidades e suas forças. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, V(1/2), 24-28.
- Meyerhof, P. G. (1999). Auto-organização em neonatos pré-termo: comportamentos interativos e não interativos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 9(1), 27-34.
- Moon, C. M., & Fifer, W. P. (2000). Evidence of transnatal auditory learning. *Journal of Perinatology*, 20(8 Pt 2), S37-44.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., Dias, D. A. S., & Moreira, C. B. (2009). Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. *Psicologia em Estudo*, 14(3). DOI: 10.1590/S1413-73722009000300008
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(No. CD004025). doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub3
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>
- Nakata, T., & Trehub, S. E. (2004). Infants' responsiveness to maternal speech and singing. *Infant Behavior & Development*, 27, 455-456. doi:10.1016/j.infbeh.2004.03.002
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2004): The mother's voice – a bridge between two worlds (pp. 97-112). In: Nöcker-Ribaupierre, M. (Ed.). *Music Therapy for Premature and Newborn Infants*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: Individualized treatment for the*



*handicapped child*. New York, NY: John Day.

- Norouzi, F., Keshavarz, M., SeyedFatemi, N., & Montazeri, A. (2013). The impact of kangaroo care and music on maternal state anxiety. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(5), 468-72. doi: 10.1016/j.ctim.2013.07.006
- Núcleo de Infância e Família - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Projeto PREPAR (2009a). *Ficha de dados demográficos*. Instrumento não publicado.
- Núcleo de Infância e Família - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Projeto PREPAR (2009b). *Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto*. Instrumento não publicado.
- Núcleo de Infância e Família - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Projeto PREPAR (2009c). *Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade*. Instrumento não publicado.
- Núcleo de Infância e Família - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Projeto PREPAR (2014a). *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo*. Instrumento não publicado.
- Núcleo de Infância e Família - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Projeto PREPAR (2014b)- *Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo/pré-alta*. Instrumento não publicado.
- Ohlsson, A., & Jacobs, S. E. (2013). NIDCAP: a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Pediatrics*, 131(3). Disponível em: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/131/3/e881](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/131/3/e881)
- Olischar, M., Shoemark, H., Holton, T., Weninger, M., & Hunt, R. W. (2011). The influence of music on aEEG activity in neurologically healthy newborns  $\geq 32$  weeks' gestational age. *Acta Paediatrica*, 100(5), 670-5. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02171.x.
- Orton, J., Spittle, A., Doyle, L., Anderson, P., Boyd, R. (2009). Do early intervention programmes improve cognitive and motor outcomes for preterm infants after discharge? A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(11), 851-9. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03414.x. Epub 2009 Sep 1.
- Papousek, M. (1996). Intuitive parenting. In D., Irene, & J. Sloboda (Eds.), *Musical Beginnings: Origins and Development of Musical Competence* (pp. 88-108). Oxford: Oxford University Press.
- Palazzi, A., & Piccinini, C. A. (2014). *Observação da interação mãe-bebê pré-termo*. Instrumento não publicado.

- Palazzi, A., Meschini, R., & Piccinini, C. A. (2014a). *Entrevista sobre o histórico sonoro-musical da mãe*. Instrumento não publicado.
- Palazzi, A., Meschini, R., & Piccinini, C. A. (2014b). *Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo* - IMUSP. Material não publicado.
- Papousek, H. (1996). Musicality in infancy research: biological and cultural origins of early musicality. In I. Deliège & J. Sloboda (Eds.), *Musical Beginnings: Origins and Development of Musical Competence* (pp.37-51). Oxford: U. Press.
- Partanen, E., Kujala, T., Näätänen, R., Liitola, A., Sambeth, A., & Huotilainen, M. (2013). Learning-induced neural plasticity of speech processing before birth. *PNAS*, *110*(37). Disponível em: [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1302159110](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1302159110)
- Peretz, I. (2010). Towards a neurobiology of musical emotions. In P. Juslin J. Sloboda (Eds.), *Handbook of Music and Emotion: Theory, research, applications* (pp. 99-126). Oxford: Oxford University Press.
- Pessôa, L. F., & Seidl de Moura, M. L. (2011). Fala Materna Dirigida à Criança em Cenários Comunicativos Específicos: Um Estudo Longitudinal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *27*(4), 439-447.
- Pierotti, M. M. S., Levy, L., & Zornig, S. A. (2010). O manhês: costurando laços. *Estilos da Clínica*, *15*(2), 420-433.
- Postacchini, P. L., Ricciotti, A., & Borghesi, M. (2001). *Musicoterapia*. Roma: Carocci editore.
- Rogers, L. K., & Velten, M. (2011). Maternal inflammation, growth retardation, and preterm birth: insights into adult cardiovascular disease. *Life Sciences*, *89*(13-14), 417-421.
- Ruschel, L., & Nader, P. H. (2014). A doença da membrana hialina em prematuros de baixo peso. *Revista da AMRIGS*, *58*(3), 193-197.
- Rushing, S., & Ment, L. R. (2004). Preterm Birth: A Cost Benefit Analysis. *Semin Perinatol*, *28*, 444-450.
- Saint-Georges, C., Chetouani, M., Cassel, R., Apicella, F., Mahdhaoui, A., Muratori, F., Laznik, M. C., & Cohen, D. (2013). Motherese in interaction: at the cross-road of emotion and cognition? (A systematic review). *PloS one*, *8*(10), e78103. doi: 10.1371/journal.pone.0078103
- Seidl de Moura, M. L., & Ribas, A. F. P. (2004). Evidências sobre características de bebês recém-nascidos: um convite a reflexões teóricas. In M. L. Seidl de Moura (Org.), *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento* (pp. 21-59). São Paulo: Casa

do Psicólogo.

- Shahidullah, S., & Hepper, P. G. (1994). Frequency discrimination by the fetus. *Early Human Development*, 36(1), 13–26.
- Shoemark, H. (2004). Family-Centered Music Therapy for Infants With Complex Medical and Surgical Needs. In M. Nocker-Ribaupierre (Ed.), *Music Therapy for Premature and Newborn Infants* (pp. 141-158). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Shoemark, H. (2008). Infant-Directed Singing as a Vehicle for Regulation Rehearsal in the Medically Fragile Full-Term Infant. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, [S.l.], 8(2). Disponível em: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/437/361>
- Shoemark, H. (2011). Translating 'infant-directed singing' into a strategy for the hospitalizaed family. In J. Edwards (Ed.), *Music Therapy and Parent-Infant Bonding* (pp. 161-178). New York: Oxford University Press.
- Shoemark, H., & Grocke, D. (2010). The markers of interplay between the music therapist and the high risk full term infant. *Journal of Music Therapy*, 47(4), 306-334. doi: 10.1093/jmt/47.4.306
- Shoemark, H., & Arnup, S. (2014). A survey of how mothers think about and use voice with their hospitalized newborn infant. *Journal of Neonatal Nursing*, 20, 115-121. doi: 10.1016/j.jnn.2013.09.007
- Silva, C. M., Cação, J. M. R., Silva, K. C. S., Marques, C. F., & Merey, L. S. F. (2013). Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(1), 30-36.
- Spehar, M. C., & Seidl, E. M. F. (2013). Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicologia em Estudo*, 18, 647-656. doi: 10.1590/S1413-73722013000400007
- Spencer-Smith, M., Ritter, B. C., Mürner-Lavanchy, I., El-Koussy, M., Steinlin, M., & Everts, R. (2013). Age, sex and performance influence the visuospatial working memory network in childhood. *Developmental Neuropsychology*, 38, 236–255. doi: 10.1080/87565641.2013.784321
- Spittle, A. J., Ferretti, C., Anderson, P. J., Orton, J., Eeles, A., Bates, L., Boyd, R. N., Inder, T. E., & Doyle, L. W. (2009). Improving the outcome of infants born at <30 weeks' gestation - a randomized controlled trial of preventative care at home. *BMC Pediatrics*, 9(73). doi:10.1186/1471-2431-9-73
- Stake, R. E. (2006). *Multiple Case Study Analysis*. New York: Guilford Press.

- Standley, J. M. (1998). The Effect of Music and Multimodal Stimulation on Responses of Premature Infants In Neonatal Intensive Care. *Pediatric Nursing*, 24(6), 532.
- Standley, J. M. (2000). The Effect of Contingent Music to Increase Non-Nutritive Sucking of Premature Infants. *Pediatric Nursing*, 26(5), 493.
- Standley, J. M. (2002). A Meta-Analysis of the Efficacy of Music Therapy for Premature Infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2).
- Standley, J. M. (2003). The effect of music-reinforced nonnutritive sucking on feeding rate of premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 169–173.
- Standley, J. M. (2012a). Music therapy research in the NICU: An updated meta-analysis. *Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing*, 31(5), 311-316.
- Standley, J. M. (2012b). A discussion of evidence-based music therapy to facilitate feeding skills of premature infants: The power of contingent music. *Arts in Psychotherapy*, 39(1), 379-382.
- Standley, J. M., & Swedberg, O. (2011). NICU music therapy: Post hoc analysis of an early intervention clinical program, *Arts in Psychotherapy*, 38, 36-40.
- Standley, J., Cassidy, J., Grant, R., Cevasco, A., Szuch, C., Nguyen, J., Walworth, D., Procelli, D., Jarred, J., Adams, K. (2010). The effect of music reinforcement for non-nutritive sucking via the PAL (Pacifier-Activated Lullabies Apparatus) on achievement of oral feeding by premature infants in the NICU. *Pediatric Nursing*, 36(3), 138-145.
- Sutton, P. S., & Darmstadt, G. L. (2013). Preterm birth and neurodevelopment: a review of outcomes and recommendations for early identification and cost-effective interventions. *Journal of Tropical Pediatrics*, 59(4), 258-65. doi: 10.1093/tropej/fmt012
- Thoman, E. B. & Graham, S. E. (1986). Self-Regulation of Stimulation by Premature Infants. *Pediatrics*, 78(5), 855-860.
- Trainor, L. J. (1996). Infant preferences for infantdirected versus non-infant-directed play songs and lullabies. *Infant Behavior & Development*, 19, 83-92. doi: 10.1037/h0094003
- Tramo, M. J., Lense, M., Van Ness, C., Kagan, J., Settle, M. D. & Cronin, J. H. (2011). Effects of Music on Physiological and Behavioral Indices of Acute Pain and Stress in Premature Infants: Clinical Trial and Literature Review. *Music and Medicine*, 3(2) 72-83.
- Trehub, S. E., & Trainor, L. J. (1998). Singing to infants: lullabies and play songs. *Advances*

- in Infancy Research, 12*, 43–78.
- Trehub, S. E., Unyk, A. M., & Trainor, L. J. (1993). Maternal singing in cross-cultural perspective. *Infant Behavior and Development, 16*, 285-295.
- Tucker, J., & McGuire, W. (2004). ABC of preterm birth: epidemiology of preterm birth. *BMJ, 329*(18), 675-678.
- Unyk, A. M., Trehub, S. E., Trainor, L. J. & Schellenberg, E. G. (1992). Lullabies and simplicity: A cross-cultural perspective. *Psychology of Music, 20*, 15-28.
- Vanderbilt, D., & Gleason, M. M. (2011). Mental Health Concerns of the Premature Infant Through the Lifespan. *Pediatric Clinics of North America, 58*(4), 815-832. doi:10.1016/j.pcl.2011.06.012
- Van Puyvelde, M., Vanfleteren, P., Loots, G., Deschuyffeleer, S., Vinck, B., Jacquet, W., & Verhelst, W. (2010). Tonal synchrony in mother–infant interaction based on harmonic and pentatonic series. *Infant Behavior and Development, 33*, 387-400.
- Véras, R. M., & Traverso-Yépez, M. (2011). The Kangaroo Program at a Brazilian maternity hospital: the preterm / low weight babies' health-care under examination. *Nursing Inquiry, 18*(1), 84–91. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00520.x
- Vianna, M. N. S., Barbosa, A. P., Carvalhaes, A. S., & Cunha, A. J. L. A. (2011). Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. *Jornal de Pediatria, 87*(3).
- Vink, A. C., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. P. M. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*(No. CD003477). doi: 10.1002/14651858.CD003477.pub2
- Yildiz, A., & Arıkan, D. (2011). The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 644–656. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03634.x
- Walworth, D. D. (2007). The Effect of Developmental Music Groups for Parents and Premature or Typical Infants Under Two Years on Parental Responsiveness and Infant Social Development. The Florida State University. *Electronic Theses, Treatises and Dissertations*. Paper 1271.
- Walworth, D., Standley, J., Robertson, A., Smith, A., Swedberg, O., & Peyton, J. J. (2012). Effects of neurodevelopmental stimulation on premature infants in neonatal intensive care: Randomized controlled trial. *Neonatal Network: The Journal of Neonatal*

- Nursing*, 31(5), 311-316.
- Whipple, J. (2000). The effect of parent training in music and multimodal stimulation on parent-neonate interactions in the neonatal intensive care unit. *Journal of Music Therapy*, 37(4), 250-268. doi: 10.1093/jmt/37.4.250
- White-Traut, R., & Norr, K. (2009). Ecological Model for Premature Infant Feeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(4), 478–490. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01046.x.
- Wigram, T. (2004). *Improvvisazione. Metodi e tecniche per clinici, educatori e studenti di musicoterapia*. Roma: ISMEZ.
- Wigram, T., Pédersen, I. N., & Blonde, L. O. (2009). *Guida generale alla musicoterapia*. Roma: ISMEZ.
- World Federation of Music Therapy-WFMT (1996). *What is Music Therapy?* Disponível em: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/592/463>
- World Health Organization. (2010). *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 31-38. doi: 10.2471/BLT.08.062554
- White-Traut, R., Norr, K. F., Fabiyi, C., Rankin, K. M., Li, Z., & Liu, L. (2013). Mother-Infant Interaction Improves With a Developmental Intervention for Mother-Preterm Infant Dyads. *Infant Behavior and Development*, 36(4). doi:10.1016/j.infbeh.2013.07.004.
- Zomignani, A. P., Zambelli, H. J. L., & Antonio, M. A. R. G. M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(2), 198-203.

## ANEXO A

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INFORMADO**

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada(o), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, que busca investigar a contribuição da musicoterapia na UTI Neonatal para a interação mãe-bebê pré-termo. A pesquisa está dividida em quatro fases. Na FASE 1 serão utilizadas entrevistas com a mãe na UTI Neonatal. A FASE 2 envolverá uma intervenção que será realizada em oito encontros de musicoterapia, dos quais quatro com a mãe e quatro com mãe e bebê na UTI Neonatal. As sessões serão baseadas principalmente em atividades de produção vocal e na utilização do canto como mediador na interação com o bebê pré-termo.. Na FASE 3, que será realizada após a intervenção, as mães responderão a uma entrevista de avaliação da intervenção e Por fim, na FASE 4, antes da alta hospitalar do bebê, as mães responderão novamente às entrevistas de maternidade e de avaliação da intervenção e será realizada uma observação da interação livre entre mãe e bebê, durante 20 minutos, em uma das salas do hospital. A coleta dos dados será realizada sem custos aos participantes.

Acredita-se que as entrevistas e a intervenção permitirão às participantes refletirem acerca de suas vivências relacionadas à prematuridade, experimentarem maneiras alternativas de interagir vocalmente com o bebê e que isso poderá trazer alguns benefícios para elas, para os bebês ou na interação entre eles. No entanto, visto que serão abordadas questões íntimas que podem gerar algum desconforto, caso seja necessário, as mães serão encaminhadas pelo atendimento psicológico do hospital.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; minha participação é voluntária e terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento médico e psicológico dispensado nesta instituição. Entendo que não serei identificada(o), que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade e que todo o material desta pesquisa será mantido em sigilo no Instituto de Psicologia.

Concordo em participar do presente estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa a utilização de entrevistas, imagens, anotações e gravações realizadas comigo e meu bebê.

Os pesquisadores responsáveis por este Projeto de Pesquisa são o Prof. Dr. César Augusto Piccinini e a mestranda Ambra Palazzi. Caso eu queira esclarecimentos, poderei contatar a equipe pelo telefone 3308 5058, Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Bairro Santa Cecila - Porto Alegre. Também poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia pelo telefone (51)3308-5698, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre – RS.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desse estudo e autorizo a utilização dos dados para fins dessa pesquisa e das publicações dela derivadas.

Assinatura da(o) Participante \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ANEXO B**  
**FICHA DE DADOS DEMOGRÁFICOS**  
 (Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009a)<sup>1</sup>

**I. Eu gostaria de algumas informações sobre você e o teu marido:**

**Esposa (Cód. identificação):**.....

- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído): .....

- Religião:..... Praticante: ( ) sim ( ) às vezes ( ) não

- Estado Civil: ( ) casada; ( ) solteira; ( ) separada; ( ) viúva; ( ) com companheiro

- Número de filhos: .....

Filhos teus com atual companheiro (identificação e idade):

Vive junto: .....; Não vive junto:.....

Filhos teus com outro companheiro (ident. e idade):

Vive junto: .....; Não vive junto: .....

Filhos do companheiro com outra mulher (ident. e idade):

Vive junto: .....; Não vive junto:.....

- Moras com o pai do bebê? sim ( ) não ( ) Se sim: Desde quando? .....

- Quem mais mora na casa? (ident., parentesco e idade)

- Tu trabalhas fora? ( ) sim ( ) não ( ) desempregada

- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há ..... meses

- Salário: ..... Grupo étnico: .....

-Qual a renda familiar (aprox.)? .....

-Moradia: própria ( ) alugada ( ) outro ( ) .....

**Companheiro (Cód. identificação):**.....

- Data de nascimento:..... Escolaridade (ano concluído): .....

- Religião:..... Praticante: ( ) sim ( ) às vezes ( ) não

- Tu trabalhas fora? ( ) sim ( ) não ( ) desempregado

- O que tu fazes (ias)?..... Horas/semana:..... Não trabalha há ..... meses

- Salário:..... Grupo étnico: .....

**Bebê (Cód. identificação):**.....

- Data de nascimento:.....

**Endereço para contato:** .....

Cidade:..... CEP .....

Telefone:.....

Telefone do emprego/contato: Esposa .....

Marido ..... Telefone de um parente/amigo para contato:.....

**II. Eu gostaria agora, de algumas informações sobre a tua moradia.<sup>2</sup>**

Possui Televisores (em cores)?



Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Rádio (qualquer um, menos de automóvel)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui microcomputadores (considera-se computadores de mesa, laptop, notebooks; desconsidera-se calculadoras, smartphones, tablets, agendas eletrônicas)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Banheiro (definidos pela existência de vaso sanitário e privativos do domicílio)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Automóvel (não táxi, vans ou pick-ups usados para atividades profissionais)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Empregada doméstica (apenas mensalistas, que trabalham pelo menos 5 dias por semana)?

Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Lava-roupa (automáticas e/ou semiautomáticas)?

Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Lava-louça?

Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Secador de roupa?

Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Micro-ondas?

Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Motocicleta (para uso pessoal ou misto, profissional e pessoal)?

Sim ( ) Quantas? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Videocassete e/ou DVD (considera-se qualquer aparelho capaz de reproduzir DVD, incluindo portáteis e acoplados em microcomputadores, mas excluindo DVD de automóvel)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Geladeira?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Possui Freezer (considera-se tanto incorporado à geladeira quanto independente)?

Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_ Não ( )

Tem acesso à água encanada?

Sim ( ) Não ( )

Tem rua pavimentada?

Sim ( ) Não ( )

Total de Pontos: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>NUDIF, 2009 adaptada de GIDEP - UFRGS - 1998

<sup>2</sup> Ítem derivado do Critério de Classificação Econômica Brasil, da ABEP, 2015.

## ANEXO C

## FICHA DE DADOS CLÍNICOS DO BEBÊ PRÉ-TERMO E DA MÃE/PÓS-PARTO\*

(Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP – UFRGS, 2009b)

Hospital:.....

**1. Bebê (Cód. identificação):**.....

Prontuário: .....

Sexo: F ( ) M ( ) Idade do bebê (dias): ..... Data de nascimento: ...../...../.....

Peso ao nascimento: ..... Estatura: ..... Peso atual: ..... Estatura atual: .....

Idade Gestacional no parto (semanas): Obstétrica: ..... Capurro:.....

Apgar 1º minuto: ..... 5º minuto: ..... 10º minuto:.....

Situação clínica logo após o nascimento (1as horas):  
.....Procedimentos realizados:  
.....Situação clínica primeiros 15 dias:  
.....Procedimentos realizados:  
.....Data Prevista Alta (se tiver): ...../...../..... Comentários:  
.....**2. Mãe (Cód. identificação):**.....

Prontuário: .....

Idade: ..... Tempo de internação antes do parto: .....

Motivo: .....  
.....

Tipo de Parto: Cesáreo ( )

Indicação: .....

Normal ( ) Uso de algum instrumento ( )

Qual?.....

Complicações no parto: ( ) Nenhuma; ( ) Pré-eclâmpsia; ( ) Eclâmpsia; ( ) Hemorragia; ( ) Placenta prévia; ( ) Febre/infecção ( )

Outra: .....

Duração do parto (horas): ..... Intercorrências após o parto: .....  
.....Situação clínica após o parto (1as horas):  
.....Tempo de internação após o parto:  
.....

Motivo: .....

.....  
Situação clínica (primeiros 15 dias):  
.....

Medicações utilizadas:  
.....

Quais/Motivo: .....

.....  
Comentários:  
.....

Data da Consulta Prontoário: ...../...../..... Responsável: .....

\*(Adaptada do Projeto GRADO, NUDIF/GIDEP- UFRGS, 2008)

**ANEXO D**  
**FICHA DE DADOS CLÍNICOS DO BEBÊ**  
(Feijó, 1998)

Data.....Hospital.....Nome bebê.....

Idade gestacional (ao nascimento).....

Idade cronológica (semanas/dias de vida após o nascimento).....

Idade pós-menstrual (IG + IC).....Peso.....

Temperatura (min-máx).....Frequência cardíaca (min-máx).....

Frequência respiratória (min-máx).....Saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) (min-máx).....

Alimentação diária (em ml).....Fezes (n° vezes).....Urina (n° vezes).....

Intercorrências clínicas hoje.....

.....

Procedimentos realizados hoje.....

.....

Intercorrências clínicas nos últimos dias.....

.....

Procedimentos realizados nos últimos dias.....

.....

Comentários: .....

.....

.....

Data Prevista Alta: ...../...../.....

## ANEXO E

## ENTREVISTA DE MATERNIDADE NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE

(Adaptada de Projeto PREPAR; NUDIF/GIDEP - UFRGS, 2009c)\*

**I. Eu gostaria de conversar contigo sobre o teu dia-a-dia aqui na UTI Neonatal.**

1. Desde quando o (*nome do bebê*) está na UTI?
2. Qual foi o motivo da internação?
3. E como está o estado de saúde do (*bebê*)? Como ele tem reagido ao tratamento?
4. Quando tu esperas que o (*bebê*) vai ter alta?
5. Como é a tua rotina na UTI? O que tu costumava fazer na UTI?
6. Tu ficas com o (*bebê*) durante o dia? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por que não ficas com o (*bebê*)?
7. E a noite, tu costumava permanecer com o (*bebê*)? (*Se sim*) O que ficas fazendo? (*Se não*) Por que não ficas?
8. Quantas vezes por semana tu tens vindo ver o *bebê*? E quantas horas por dia tu tens ficado na UTI?
9. E quando tu não estás aqui na UTI, algum familiar/amiga fica com o (*bebê*)? Quem é? Como te sentes?
10. Como está sendo para ti essa experiência na UTI? Como te sentes?
11. Alguma coisa te incomoda e que tu não gostas na UTI? Por quê? E há algo que tu gostas na UTI? Por quê?
12. E quanto ao hospital alguma coisa te incomoda e que tu não gostas? Por quê? E há algo que tu gostas? Por quê?

**II. Eu gostaria de conversar contigo sobre a tua relação com o (*bebê*) aqui na UTI.**

1. (*Se estiver na incubadora*): Como é para ti, ver o (*bebê*) em uma incubadora? Como te sentes?
2. Quando tu estás ao lado do (*bebê*), o que tu costumava fazer? Por quê?
3. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do (*bebê*)?
4. Como tem sido para ti lidar com (*bebê*)? Como te sentes?
5. O que mais te agrada quando tu estás com o (*bebê*)? Por quê?
6. E o que mais te desagrada? Por quê?
7. Quando tu estas com o (*bebê*) tu costumava:

- Falar/conversar com ele/a?

(*Se sim*) Como ele/a reage? Como te sentes?

- O que tu falas/contas para ele/a?

- Como é a tua voz quando tu falas com ele? Como tu te sentes falando com ele/a?

- E como ele/a reage à tua voz? (*Se não reage*) Como te sentes?

(*Se não*) Por que não faz?

- Cantar para ele/a?

(*Se sim*) Como ele/a reage? Como te sentes?

- O que tu cantas para ele/a? Quando tu cantas?

- Como é a tua voz quando canta para ele/a?

- E como ele/a reage ao teu canto? (*Se não reage*) Como te sentes?

- Tu poderias cantar esta música para mim agora?

(*Se não*) Por que não faz?

- Tocar/acariciar ele/a?

(*Se sim*) Como ele/a reage? Como te sentes? (*Se não*) Por que não faz?

- Ficar olhando para ele/a?

(*Idem*)

- Pegar ele/a no colo?

(*Idem*)

- Tu fazes mais alguma coisa? O quê? (*Idem*)

8. Tu sentes que já é possível entender o que o/a (*bebê*) expressa?

(*Se sim*) O que tu destacarias? Como tu sabes que tu entendes o (*bebê*)?

O que é mais fácil de entender? E o que é mais difícil de entender?

(*Se não*) Tu gostarias de entendê-lo? Como te sentes quando não consegues entendê-lo?

9. Na tua opinião, quais são as principais necessidades do (*bebê*)?

10. Tu achas que o (*bebê*) sabe quando és tu que estás com ele/a? (*Se sim*) Como tu percebe isto? Como te sentes?

11. Tu achas que ele/a tenta interagir contigo de alguma forma? Como tu percebes isto? Como te sentes?

12. O *(bebê)* tem chorado?  
*(Se sim)* Em que momentos? O que tu fazes? Como te sentes? E como o *(bebê)* reage?  
 Tu consegues entender por que ele/a chora?  
*(Se não)* Por que tu achas que ele/a não chora? Como te sentes?  
 E como tu achas que ele expressa o que não gosta?
13. E quando ele/a fica agitado/a, o que fazes? Como te sentes? E como o *(bebê)* reage?
14. E quando ele/a fica quietinho o que fazes? Como te sentes? E como o *(bebê)* reage?
15. Como está sendo a alimentação do *(bebê)*?  
*(Se mama no peito)* Como é a amamentação? Como te sentes? Como o *bebê* reage?  
*(Se não mama no peito)* Por que não mama no peito? Tu gostarias de amamentá-lo?  
*(Se sim)* Como te sentes? *(Se não)* Por que não gostaria?
16. Como está o sono do *(bebê)*? (tranquilo, agitado...)
17. E como tem sido quando tu tens que se afastar do *(bebê)*? Que momentos são esses? Como te sentes?
18. E tu percebes alguma reação do *(bebê)* quando tu te afastas dele/a? Como ele/a reage? Como te sentes?
19. E como tem sido quanto tu voltas e se encontras com o *(bebê)*? Como ele/a reage? Como te sentes?

### III. Gostaria de conversar contigo sobre como está sendo a tua experiência como mãe do/a *(bebê)*.

1. Como está a tua rotina como mãe do *(bebê)* neste momento?
2. E como tu estás te sentindo como mãe do *(bebê)*?
3. O que tem sido mais difícil para ti como mãe?
4. Quais as tuas principais preocupações como mãe? Em que momentos te sentes mais preocupada? Por quê?
5. Há algo diferente daquilo que tu imaginavas, durante a gestação? O que?
6. Tu tens outros filhos?  
*(Se sim)* Quantos filhos tu tens? Qual a idade e sexo deles?  
 Como está sendo a tua rotina com os outros filhos desde a internação do *(bebê)*?  
 Como eles estão se sentindo? O que eles tem dito? Como te sentes?  
 Quem cuida deles quando estás aqui no hospital? Como te sentes?  
 Eles já visitaram o *(bebê)*?  
*(Se sim)* Quando visitaram? Como foi a reação deles? Como te sentiste?  
*(Se não)* Por que não vieram visitar o *(bebê)*? Tu pensa em trazê-los? *(Se sim)* Quando?  
 Comparando com o(s) outro(s) filho(s), como está sendo para ti esta experiência com o *(bebê)*?  
 Quais as principais diferenças? Como te sente?
7. Há algo que te incomoda nesta experiência de ser mãe do *(bebê)*? Por quê?
8. E tem alguma coisa que te agrada? Por quê?
9. Nesse momento, como te descreverias como mãe?
10. Tem algo que gostarias de fazer diferente? *(Se sim)* O quê? Por quê? Como te sentes?
11. E como achas que as pessoas tem te visto como mãe do *(bebê)*? Por quê?
12. E o teu marido? Como achas que ele te vê como mãe do *(bebê)*? Por quê?
13. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras bom neste modelo?
14. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras ruim neste modelo?
15. Como a tua mãe *(ou outro cuidador)* te cuidava quando tu eras *bebê*? O que tu lembras?
16. E do teu *bebê*, tu cuidas parecido ou diferente dela?
17. E o teu pai *(ou outro cuidador)*, como ele te cuidava quando tu eras *bebê*? O que tu lembras?
18. E do teu *bebê*, tu cuidas parecido ou diferente dele?

### IV. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?

**Obs:** Após a realização da entrevista, a entrevistadora deve gravar um breve comentário acerca das suas percepções sobre o decorrer da mesma (disponibilidade, postura e situação emocional materna/ sentimentos contratransferenciais despertados durante o processo/ situação da aplicação e características do ambiente, quando importantes/ e outras informações sobre o caso que for importante e não apareçam na entrevista).

\* (Baseada em Esteves & Piccinini, 2007 e GIDEP/NUDIF – UFRGS, 2003).

## ANEXO F

### ENTREVISTA SOBRE O HISTÓRICO SONORO-MUSICAL DA MÃE

(Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014a)\*

Data.....Hospital.....

Nome da mãe.....Nome do bebê.....

Pais de origem e de residência (*especificar se morou em diferentes lugares e em que período da vida*) .....

#### 1. Na infância da mãe:

##### **Eu gostaria de conversar contigo sobre o teu ambiente sonoro e musical durante a infância.**

- Quais sons faziam parte do ambiente sonoro de quando tu eras criança? (*casa, escola, cidade, etc...*)
- Havia sons ou barulhos prazerosos ou gratificantes? (*Se sim*) Quais?
- Havia sons ou barulhos não prazerosos? (*Se sim*) Quais?
- Os teus pais gostavam de música? (*Se sim*) Quais eram as músicas preferidas deles?
- Eles estudaram música? Tocavam alguns instrumentos? Cantavam?  
(*Se sim*) O quê? Em quais contextos ou momentos? Como tu te sentias? O que tu te lembras?
- Quais eram as tuas músicas preferidas na infância ou aquelas que tu mais escutavas? (*especificar estilo musical, títulos das músicas e/ou cantores*) Em quais momentos ou contextos? Como tu te sentias? O que tu te lembras?
- Havia músicas que tu não gostavas? (*Se sim*) Quais? Por quê?
- Tu tinhas algum instrumento preferido ou que te chamava atenção? (*Se sim*) Qual e por quê?
- Onde e como escutavas ou fazias música? (*lugar de trabalho, escola, banda, igreja, ao vivo, rádio, fita cassete*)
- Com quem tu escutavas música, cantavas ou tocavas?
- Tu te lembras de algumas canções de ninar (*ou outro tipo de música*) que alguém da tua família cantava para ti?  
(*Se sim*) Quais? Em que contextos ou momentos eram cantadas para ti?  
Poderia cantá-las para mim? Como tu te sentias escutando essas canções?
- Havia canções que tu gostavas de cantar?  
(*Se sim*) Quais? Em que contextos? Poderia cantá-las para mim? Como tu te sentias cantando essas canções?
- Tu te lembras de alguma reação ou sensação especial relacionada à música? (*canto, relaxamento, dança, prazer, emoção, imaginação, expressão, etc...*)
- Em relação ao silêncio tu te lembras de alguma sensação ou reação especial na tua infância?
- Há outras lembranças ou eventos especiais na tua infância relacionados à música ou ao som?

#### 2. Na adolescência e na idade adulta:

##### **Eu gostaria de conversar contigo sobre o teu ambiente sonoro e musical durante a adolescência e na idade adulta.**

- Quais sons faziam parte do ambiente sonoro de quando tu eras adolescente? E na idade adulta? (*sons ou barulhos da casa, escola, cidade, etc...*)
- Havia sons ou barulhos prazerosos ou gratificantes? (*Se sim*) Quais?

- Havia sons ou barulhos não prazerosos? *(Se sim)* Quais?
- Tu tiveste algum tipo de educação ou de experiência musical na adolescência?
- Quais eram os teus hábitos musicais na adolescência? E na idade adulta?
- Quais eram as tuas músicas preferidas? *(especificar estilo musical, títulos das músicas e/ou cantores)* Em quais momentos ou contextos? Como tu te sentias? O que tu te lembras?
- Havia músicas que tu não gostavas? *(Se sim)* Quais? Por quê?
- Tu tinhas algum instrumento preferido ou que te chamava atenção? *(Se sim)* Qual e por quê?
- Onde e como escutavas ou fazias música? *(lugar de trabalho, escola, banda, igreja, ao vivo, rádio, CD, mp3)*
- Com quem tu escutavas música, cantavas ou tocavas?
- Tu te lembras de alguma reação ou sensação especial relacionada à música? *(canto, relaxamento, dança, prazer..)*
- E com relação ao silêncio tu te lembras de sensações ou reações especiais na tua adolescência? E na vida adulta?
- Há outras lembranças ou eventos especiais na tua infância relacionados à música ou ao som?

### **3. Durante a gestação:**

#### **Agora gostaria de conversar contigo sobre o ambiente sonoro e musical durante a tua gestação.**

- Quais sons faziam parte do ambiente sonoro de quando tu estavas grávida? *(sons ou barulhos da casa, escola, cidade, etc...)*
- Havia sons ou barulhos prazerosos ou gratificantes? *(Se sim)* Quais?
- Havia sons ou barulhos não prazerosos? *(Se sim)* Quais?
- Quais eram os teus hábitos musicais durante a gestação?
- Os teus hábitos musicais mudaram na gestação? *(Se sim)* Como? Por quê?
- Quais eram as tuas músicas preferidas? *(especificar estilo musical, títulos das músicas e/ou cantores)* Em quais momentos ou contextos? Como tu te sentias? O que tu te lembras?
- Havia músicas que tu não gostavas? *(Se sim)* Quais? Por quê?
- Tu tinhas algum instrumento preferido ou que te chamava atenção? *(Se sim)* Qual e por quê?
- Onde e como escutavas ou fazias música? *(lugar de trabalho, escola, banda, igreja, ao vivo, rádio, CD, mp3)*
- Com quem tu escutavas música, cantavas ou tocavas?
- Tu te lembras de alguma reação ou sensação especial relacionada à música? *(canto, relaxamento, dança, prazer, emoção, imaginação, expressão, etc...)*
- Tu te lembras de alguma reação ou sensação especial do feto à música? *(movimentos intrauterinos, pacificação, chutes na barriga, etc...)*
- E em relação ao silêncio tu te lembras de alguma sensação ou reação especial durante a gestação?
- Há outras lembranças ou eventos especiais durante a tua gestação relacionados à música ou ao som?

### **4. Atualmente na UTI Neonatal:**

#### **Agora gostaria de conversar contigo sobre o ambiente sonoro da UTINeo.**

- Quais sons fazem parte deste ambiente? Em que momentos tu os percebes? Com que frequência?
- Quais são as tuas reações ou sensações relacionadas a estes sons?
- Há sons ou barulhos prazerosos ou gratificantes na UTINeo? *(Se sim)* Quais?



- Há sons ou barulhos não prazerosos na UTINeo? *(Se sim)* Quais?
- Tu percebes reações especiais do bebê aos sons da UTINeo?  
*(Se sim)* Quais reações? Em que momentos? Com quais sons?
- Tu falas com teu bebê na incubadora?  
*(Se sim)* Quando? O que tu contas para ele/a? Como é a tua voz quando tu falas com ele?  
Como tu te sentes falando com ele/a? E como ele/a reage à tua voz?  
*(Se não)* Por quê?
- Tu cantas para teu bebê na incubadora?  
*(Se sim)* Quando? O que tu cantas para ele/a? Como é a tua voz quando canta para ele/a?  
Como tu te sentes cantando com ele/a? E como ele/a reage ao teu canto?  
E o que tu estás cantando para ele/a? Poderias cantar esta música para mim agora?  
*(Se não)* Por quê?

### **5. Sobre a voz da mãe:**

#### **Eu gostaria de conversar contigo sobre as tuas percepções e sensações em relação à tua voz.**

- O que tu achas da tua voz? Pode descrevê-la para mim?
- Tu gostas dela? *(Se sim)* Por quê? *(Se não)* Por quê?
- E o que tu achas da tua voz cantada?
- Tu gostas de cantar? *(Se sim)* Quais músicas? Em quais contextos? *(Se não)* Por quê?
- Tu costumavas cantar sozinha ou em companhia?
- Como tu te sentes quando cantas? *(especificar quando é sozinha, em companhia e frente a outras pessoas)*

*(Solicitar a mãe que escolha uma ou duas músicas, entre aquelas citadas ou não, para serem utilizadas na intervenção musicoterápica e cantadas para o bebê. Solicitar que cante estas músicas.)*

Músicas selecionadas para a intervenção

.....

.....

.....

### **6. Quais são as tuas expectativas em relação a intervenção musicoterápica?**

### **7. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre o que nós conversamos?**

\* (adaptada de Benenzon et al., 2008)

## ANEXO G

### Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo - IMUSP

(Palazzi, Meschini & Piccinini, 2014b)

A IMUSP é uma intervenção de musicoterapia destinada a mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal com a finalidade de orientar e acompanhar individualmente cada mãe a cantar para seu bebê, contribuindo dessa forma a fortalecer a musicalidade materna, o relaxamento e a autorregulação do bebê e facilitar a interação mãe-bebê prematuro. A IMUSP inspira-se na revisão de vários estudos de musicoterapia no contexto da prematuridade, entre os quais:

- as pesquisas sobre os elementos musicais da fala e do canto dirigido ao bebê e sobre a “musicalidade comunicativa” que caracteriza a interação mãe-bebê. Estes elementos musicais, como a repetitividade, a previsibilidade, a pulsação regular e o tom mais agudo, são compartilhadas pelas canções de ninar de diferentes culturas, favorecendo um maior engajamento do bebê, a regulação da ativação e a coordenação emocional da díade (Nakata & Trehub, 2004; Trehub, Unyk & Trainor, 1993; Unyk, Trehub, Trainor & Schellenberg, 1992; Malloch, 1999);
- as aplicações clínicas do canto dirigido ao bebê e da “musicalidade comunicativa” na musicoterapia com bebês hospitalizados, a termo e pré-termo. Nestes estudos os parâmetros sonoros de vocalizações improvisadas e do canto “*a bocca chiusa*” são ajustados pelo musicoterapeuta com base nos sinais do bebê. Estas intervenções favorecem a “musicalidade comunicativa” do bebê, a autorregulação e a sua capacidade de interagir com sincronia simultânea e dialógica, afetam o bem-estar e a autoconfiança dos pais e a qualidade das interações pais-bebê (Malloch et al., 2012; Shoemark & Grocke, 2010; Shoemark, 2004; Haslbeck, 2004/2013/2014).
- os estudos que valorizam intervenções com fala e canto materno e que ressaltam a importância da inclusão e do acompanhamento da mãe no tratamento (Filippa, Devouche, Arioni, Imberty & Gratier, 2013; Blumenfeld & Eisenfeld, 2006; Whipple, 2000; Cevasco, 2008; Butler, O’Sullivan, Shah & Berthier, 2014).

Com base nessa literatura, inicialmente se buscará orientar a mãe sobre as competências auditivas, musicais e expressivas do bebê e sobre os principais benefícios e especificidades do canto materno para o bebê pré-termo. A seguir, as sessões de musicoterapia envolverão atividades de produção vocal, de canto das canções de ninar ou das músicas selecionadas pela mãe durante a entrevista musicoterápica, de diálogo sonoro-musical entre musicoterapeuta e mãe e de composição de uma canção de ninar para o bebê.

**Organização geral da IMUSP:** está organizado em oito encontros, divididos entre sessões musicoterápicas com a mãe alternadas com encontros de acompanhamento da díade mãe-bebê na UTINeo.

Os encontros serão os seguintes:

- Encontro 1:** O acolhimento musical da mãe
- Encontro 2:** O acolhimento musical do bebê
- Encontro 3:** O diálogo sonoro-musical
- Encontro 4:** O diálogo vocal com o bebê
- Encontro 5:** O canto improvisado
- Encontro 6:** O canto improvisado com o bebê
- Encontro 7:** A criação de uma canção de ninar
- Encontro 8:** A canção de ninar do bebê

**Procedimentos gerais:** as sessões serão realizadas individualmente com cada mãe ou cada díade, com duração aproximadamente de 60 minutos por duas vezes por semana. Cada sessão está organizada em três partes:

- Parte I:** verbalização sobre o estado clínico do bebê e as experiências de canto materno realizadas nas sessões ou nos dias precedentes
- Parte II:** produção e interação musical com a mãe ou com a díade na UTINeo, realizada em um contexto principalmente não-verbal
- Parte III:** verbalização sobre as impressões e as sensações geradas durante a sessão

#### **Encontro 1: O acolhimento musical da mãe**

**Objetivo:** este encontro visa acolher musicalmente a mãe, favorecendo a exploração livre e a expressão musical em um contexto não-verbal. É mais focado na produção vocal e no canto das músicas selecionadas pela mãe ao responder à entrevista sobre a história sonoro-musical.

**Parte I:** acolhimento verbal inicial e verbalização sobre o estado clínico do bebê.

**Parte II:** atividades de respiração, de emissão vocal “*a bocca chiusa*” e de vocalizações, visando promover a percepção, a discriminação e a exploração de vários parâmetros sonoros (entonação, ritmo, intensidade, velocidade e timbre). Canto de uma canção de ninar ou de outra canção (ambas escolhidas pela mãe), visando modificar vários parâmetros sonoros da canção (entonação, ritmo, intensidade, velocidade e timbre).

**Parte III:** verbalização final, solicitando e ajudando a mãe a refletir sobre como aplicar com o bebê a experiência vivenciada no encontro. Orientação sobre as principais etapas do desenvolvimento da audição no feto, as habilidades auditivas precoces pré-natais e as competências perceptivas e expressivas musicais no bebê.

**Materiais:** cópias das músicas selecionadas pela mãe na entrevista musicoterápica, alguns instrumentos musicais: um violão clássico com cordas de nylon e aço; um *glockenspiel* de 29 cm de comprimento com uma caixa de madeira; um tambor do oceano de 36 cm de diâmetro em pele, madeira e tecido; um pandeiro de 26 cm de diâmetro em pele e madeira.

**Nota para o/a musicoterapeuta:** *fazer a transição desde a primeira parte de verbalização à segunda parte não-verbal de forma clara mas delicada, procurando aguardar e acolher as iniciativas e a produção espontânea da mãe. Caso ela comece a explorar os instrumentos musicais, procurar acompanhá-la e introduzir o canto das músicas só em um segundo momento como continuação do diálogo sonoro-musical já estabelecido. Ao invés, caso ela aguarde uma solicitação mais diretiva, introduzir as atividades de respiração e de produção vocal como forma de relaxamento e aquecimento e, na sequência, seguir com o canto das músicas. No final da primeira sessão, avisar a mãe que o próximo encontro será realizado na UTINeo com o bebê na incubadora e que ela será convidada a interagir com ele cantando, da mesma forma que ela experimentou nessa primeira sessão.*

### **Encontro 2: O acolhimento musical do bebê**

**Objetivo:** este encontro objetiva acompanhar a mãe durante a primeira experiência de canto para o bebê.

**Parte I:** acolhimento verbal inicial, verbalização sobre o estado clínico do bebê e orientações sobre a experiência de canto para o bebê, lembrando das atividades e dos temas aprofundados na primeira sessão.

**Parte II:** canto *a bocca chiusa*, vocalizações e canto da canção de ninar na UTINeo com o bebê na incubadora.

**Parte III:** verbalização sobre a experiência realizada, visando aprofundar as impressões e as sensações maternas e esclarecer dúvidas.

**Nota para o/a musicoterapeuta:** *o objetivo da intervenção é que a mãe possa cantar autonomamente para seu bebê na incubadora. No entanto, sendo essa provavelmente a primeira experiência de canto para o bebê, é possível que a mãe não se sinta segura de cantar; que tenha vergonha a cantar na UTINeo na frente de outras pessoas ou que perceba a presença do/a musicoterapeuta como intrusiva. Por isso, dependendo da confiança da mãe com o canto e da sua disponibilidade emocional, o/a musicoterapeuta pode escolher se e como participar na interação vocal entre mãe e bebê. Por exemplo, caso a mãe ainda não consiga cantar autonomamente para seu bebê, o/a musicoterapeuta poderia cantar junto com ela no início da sessão, deixando-a gradualmente mais autônoma no final ou musicoterapeuta e mãe poderiam cantar de forma alternada para o bebê. Caso a mãe tome a iniciativa de cantar para o bebê, o/a musicoterapeuta poderia simplesmente observar de forma participante a interação mãe-bebê.*

*No final da segunda sessão, solicitar a mãe para que ela possa cantar para seu bebê mesmo sem a presença do/a terapeuta, sugerindo que cante diariamente por cerca de 15-20 minutos por dia, longe dos procedimentos e dos cuidados médicos.*

### **Encontro 3: O diálogo sonoro-musical**

**Objetivo:** este encontro visa aprofundar os aspectos relacionais da produção musical, enfatizando a exploração de vários parâmetros sonoros no canto e/ou na produção instrumental e de várias estratégias musicoterápicas.

**Parte I:** acolhimento verbal inicial, verbalização sobre o estado clínico do bebê e sobre as experiências de canto realizadas nos dias anteriores.

**Parte I:** canto da canção de ninar ou da música selecionada pela mãe, visando modificar vários parâmetros sonoros (entonação, ritmo, intensidade, velocidade e timbre); interação não verbal entre musicoterapeuta e mãe, empregando voz e/ou instrumentos, visando promover a percepção, a discriminação e a exploração de vários parâmetros sonoros e de várias estratégias (imitação, sincronia simultânea e dialógica).

**Parte II:** verbalização final para esclarecer as dúvidas e os principais aspectos aprofundados no encontro. Solicitar e ajudar a mãe a refletir sobre como aplicar com o bebê as estratégias musicoterápicas experimentadas durante a sessão. Reflexão sobre as competências expressivas e interacionais do bebê (respiração, cor da pele e

sinais viscerais, movimentos e tônus muscular, estados comportamentais de alerta e sono, sinais de aproximação e retraimento).

**Materiais:** cópias das músicas selecionadas pela mãe na entrevista musicoterápica, alguns instrumentos musicais: um violão clássico com cordas de nylon e aço; um *glockenspiel* de 29 cm de comprimento com uma caixa de madeira; um tambor do oceano de 36 cm de diâmetro em pele, madeira e tecido; um pandeiro de 26 cm de diâmetro em pele e madeira.

#### **Encontro 4: O dialogo vocal com o bebê**

**Objetivo:** este encontro objetiva acompanhar a mãe durante a experiência de canto para o bebê na UTINeo, solicitando-a a aplicar as estratégias experimentadas no encontro anterior.

**Parte I:** acolhimento verbal inicial, verbalização sobre o estado clínico do bebê e as experiências de canto realizadas nos dias anteriores; orientações sobre a experiência de canto para o bebê, lembrando das atividades e dos temas aprofundados na última sessão.

**Parte II:** canto da canção de ninar na UTINeo com o bebê na incubadora, visando modificar os parâmetros sonoros com base nos sinais do bebê, através da imitação e da sincronia simultânea ou dialógica.

**Parte III:** verbalização sobre a experiência realizada, visando aprofundar as impressões e as sensações maternas, esclarecer dúvidas e fazer sugestões para as próximas experiências.

#### **Encontro 5: O canto improvisado**

**Objetivo:** este encontro visa desenvolver atividades de improvisação e dialogo vocal entre musicoterapeuta e mãe a partir das músicas selecionadas, experimentando diferentes parâmetros sonoros e aplicando as estratégias musicoterápicas aprendidas no último encontro. Além disso, com base nessas atividades a mãe será solicitada a compor uma canção de ninar para o bebê.

**Parte I:** acolhimento verbal inicial, verbalização sobre o estado clínico do bebê e sobre as experiências de canto realizadas nos dias anteriores.

**Parte II:** atividades de improvisação vocal estruturada a partir das músicas selecionadas pela mãe, cantadas “*a bocca chiusa*”, com vocalizações, com as letras originais ou inventadas, objetivando estimular a variação dos parâmetros sonoros (entonação, ritmo, intensidade e velocidade). Começar a criar uma canção de ninar para o bebê, com base em uma melodia já existente ou inventada e em letras criadas pela mãe (ex. nome do bebê, cumprimentos iniciais, canção de despedida, desejos para o futuro, etc...).

**Parte III:** verbalização final para esclarecer as dúvidas. Solicitar e ajudar a mãe a refletir sobre como aplicar com o bebê estas atividades de canto improvisado, ajustando os parâmetros sonoros aos sinais do bebê.

**Materiais:** cópias das músicas selecionadas pela mãe na entrevista musicoterápica, alguns instrumentos musicais: um violão clássico com cordas de nylon e aço; um *glockenspiel* de 29 cm de comprimento com uma caixa de madeira; um tambor do oceano de 36 cm de diâmetro em pele, madeira e tecido; um pandeiro de 26 cm de diâmetro em pele e madeira.

#### **Encontro 6: O canto improvisado com o bebê**

**Objetivo:** este encontro objetiva acompanhar a mãe durante a experiência de canto para o bebê, solicitando-a a aplicar as estratégias experimentadas no encontro anterior.

**Parte I:** acolhimento verbal inicial, verbalização sobre o estado clínico do bebê e as experiências de canto realizadas nos dias anteriores; orientações sobre a experiência de canto para o bebê que a mãe vai realizar na UTINeo, lembrando das atividades e dos temas aprofundados na última sessão.

**Parte II:** canto improvisado ajustando os parâmetros musicais aos sinais do bebê (canto “*a bocca chiusa*”, vocalizações, simples melodias compostas com o nome do bebê ou outras palavras significativas para a mãe)

**Parte III:** verbalização sobre a experiência realizada, visando aprofundar as impressões e as sensações maternas, esclarecer dúvidas e fazer sugestões para as próximas experiências. Solicitar a mãe que pense ou escreva as letras de uma canção de ninar a ser dedicada e cantada para o bebê.

#### **Encontro 7: A criação de uma canção de ninar**

**Objetivo:** este encontro visa finalizar a criação de uma canção de ninar para o bebê, com base em uma melodia já existente ou inventada e em letras criadas pela mãe (ex. nome do bebê, cumprimentos iniciais, canção de despedida, desejos para o futuro, etc). Além disso, essa sessão visa retomar todos os temas e as atividades realizadas nos encontros anteriores, fornecendo um exemplo de protocolo de canto para o bebê.

**Parte I:** acolhimento verbal inicial, verbalização sobre o estado clínico do bebê e sobre as experiências de canto realizadas nos dias anteriores.

**Parte II:** respiração e silêncio, canto improvisado (canto “*a bocca chiusa*”, vocalizações) e canto da canção de ninar criada pela mãe.

**Parte III:** verbalização final para esclarecer as dúvidas e os principais aspectos aprofundados no encontro. Solicitar e ajudar a mãe a criar um protocolo de canto para o bebê.

**Materiais:** cópias das músicas selecionadas pela mãe na entrevista musicoterápica, alguns instrumentos musicais: um violão clássico com cordas de nylon e aço; um *glockenspiel* de 29 cm de comprimento com uma caixa de madeira; um tambor do oceano de 36 cm de diâmetro em pele, madeira e tecido; um pandeiro de 26 cm de diâmetro em pele e madeira.

### **Encontro 8: A canção de ninar do bebê**

**Objetivo:** este encontro objetiva acompanhar a mãe durante a experiência de canto para o bebê, solicitando-a a aplicar as estratégias experimentadas no encontro anterior.

**Parte I:** acolhimento verbal inicial, verbalização sobre o estado clínico do bebê e as experiências de canto realizadas nos dias anteriores; orientações sobre como aplicar o protocolo de canto para o bebê.

**Parte II:** respiração e silêncio para observar o estado do bebê, canto improvisado (canto “*a bocca chiusa*”, vocalizações e/ou canto do nome do bebê), pausa, canto da canção de ninar criada pela mãe, pausa, despedida (falada ou cantada).

**Parte III:** Verbalização final para esclarecer as dúvidas da mãe e reflexão sobre a inteira experiência da IMUSP.

**Nota para o/a musicoterapeuta:** *embora cada sessão seja focada em objetivos e atividades específicas, serão sempre priorizadas a iniciativa e as preferências da mãe na escolha das atividades, mantendo uma constante postura de escuta e empatia. Da mesma forma, embora o foco musical das sessões seja mais vocal (pois é através da voz e do canto que a mãe interage com o bebê na UTINeo), no setting das sessões realizadas com a mãe serão sempre disponibilizados alguns instrumentos musicais que poderão facilitar a expressão e a interação com o/a musicoterapeuta e que poderão ser utilizados para acompanhar o canto.*

## ANEXO H

**ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO MUSICOTERÁPICA**

(Palazzi &amp; Piccinini, 2015; Adaptada de NUDIF/PREPAR, 2011)

**1. Eu gostaria que tu me falasses o que tu achaste dos encontros de musicoterapia?**

- Tu consideras que os encontros te ajudaram?

*(Se sim)*: Em que te ajudaram?*(Se não)*: Tu esperavas mais dos encontros? O que mais tu esperavas?

- Teve alguma coisa que tu não gostaste nos encontros?

- Teve alguma coisa que te chamou mais atenção nos encontros e que tu não sabias? O quê?

- Tu tiveste alguma dificuldade para acompanhar os encontros? Quais foram?

- Como te sentiste durante os encontros?

**2. No teu dia-a-dia com o/a (*nome do bebê*) tu tem conseguido fazer o que foi visto nos encontros de musicoterapia?***(Se sim)* O quê você tem conseguido fazer? Em que momentos? Por quê?*(Se não)* Por quê tu não tem conseguido fazer o que foi visto nos encontros?- Desde que começaram os encontros de musicoterapia, tu percebe alguma mudança nas reações do (*nome*) à tua fala ou ao teu canto?- E tu tem cantado para o (*nome*)?*(Se sim)* Em que momentos tu cantas? Quais músicas? Por quê escolheste estas músicas?

- Tu percebes alguma mudança nele/a quando tu cantas, comparado com quando tu não cantas?

*(Se sim)* Quais são as mudanças?- E como é para ti, cantar para o (*nome*)? Como te sentes?

- Como é o teu jeito de cantar para ele/a?

- Tu tem alguma dificuldade para cantar para o (*nome*)? Quais são?- Tu percebe alguma mudança em ti quando tu cantas para o (*nome*)?*(Se sim)* Quais são as mudanças?*(Se não canta)* Por quê você não está cantando para o (*nome*)?**3. Tu achas que os encontros de musicoterapia te ajudaram na relação com o (*nome*)?***(Se sim)* Em que te ajudaram?- E tu achas que os encontros ajudaram no teu jeito de cuidar do (*nome*)?*(Se sim)* Em que te ajudaram?

- Tu esperavas mais dos encontros de musicoterapia?

- E tu achas que os encontros ajudaram o (*nome*)?*(Se sim)* Em que ajudaram?*(Se não)* Por que tu achas que não ajudou?**4. Tu recomendarias estes encontros de musicoterapia para outras mães que tenham um bebê prematuro?***(Se sim)* Por quê? *(Se não)* Por quê?**5. Tu terias alguma sugestão ou crítica em relação aos encontros de musicoterapia, para que a gente pudesse melhorá-lo?****6. Tu gostaria de acrescentar algum comentário sobre o que conversamos?**

## ANEXO I

**ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO MUSICOTERÁPICA  
PARA MÃE-BEBÊ PRÉ-TERMO / PRÉ-ALTA  
(NUDIF/PREPAR, 2014b)\***

**1. Eu gostaria que tu me falasses o que tu achaste dos encontros de musicoterapia?**

- Tu consideras que os encontros te ajudaram?  
(*Se sim*): Em que te ajudaram?  
(*Se não*): Tu esperavas mais dos encontros? O que mais tu esperavas?
- Teve alguma coisa que tu não gostaste nos encontros?
- Teve alguma coisa que te chamou mais atenção nos encontros e que tu não sabias? O quê?
- Tu tiveste alguma dificuldade para acompanhar os encontros? Quais foram?
- Como te sentiste durante os encontros?

**2. No teu dia-a-dia com o/a (nome do bebê) tu tem conseguido fazer o que foi visto nos encontros de musicoterapia?**

- (*Se sim*) O quê você tem conseguido fazer? Em que momentos? Por quê?
- (*Se não*) Por quê tu não tem conseguido fazer o que foi visto nos encontros?
- Desde que começaram os encontros de musicoterapia, tu percebe alguma mudança nas reações do (*nome*) à tua fala ou ao teu canto?
- E tu tem cantado para o (*nome*)?  
(*Se sim*) Em que momentos tu cantas? Quais músicas? Por quê escolheste estas músicas?  
- Tu percebes alguma mudança nele/a quando tu cantas, comparado com quando tu não cantas?  
(*Se sim*) Quais são as mudanças?  
- E como é para ti, cantar para o (*nome*)? Como te sentes?  
- Como é o teu jeito de cantar para ele/a?  
- Tu tem alguma dificuldade para cantar para o (*nome*)? Quais são?  
- Tu percebe alguma mudança em ti quando tu cantas para o (*nome*)?  
(*Se sim*) Quais são as mudanças?  
(*Se não canta*) Por quê você não está cantando para o (*nome*)?

**3. Agora que tu estas indo para casa, tu achas que vai dar para fazer o que foi visto nos encontros de musicoterapia?**

- (*Se sim*) O que tu acha que vai poder fazer?
- E tu achas que vai cantar para o/a (*nome*)?  
(*Se sim*) Em que momentos? Quais músicas? Por quê?  
(*Se não*) Por quê?
- E tem alguma coisa que foi visto nos encontros de musicoterapia que tu achas difícil fazer em casa? Por quê?

**4. Tu achas que os encontros de musicoterapia te ajudaram na relação com o (nome)?**

- (*Se sim*) Em que te ajudaram?
- E tu achas que os encontros ajudaram no teu jeito de cuidar do (*nome*)?  
(*Se sim*) Em que te ajudaram?
- Tu esperavas mais dos encontros de musicoterapia?
- E tu achas que os encontros ajudaram o (*nome*)?  
(*Se sim*) Em que ajudaram?  
(*Se não*) Por que tu achas que não ajudou?

**5. Tu recomendarias estes encontros de musicoterapia para outras mães que tenham um bebê prematuro?**

- (*Se sim*) Por quê?      (*Se não*) Por quê?

**6. Tu terias alguma sugestão ou crítica em relação aos encontros de musicoterapia, para que a gente pudesse melhorá-lo?****7. Tu gostaria de acrescentar algum comentário sobre o que conversamos?**

## ANEXO J

### Protocolo de observação da interação mãe-bebê pré-termo

(Palazzi & Piccinini, 2014)

Ao entrar na sala com a mãe o pesquisador diz:

- *“Como a gente havia combinado, hoje eu vou filmar você e o/a [nome do/a bebê] por alguns minutos.*
- *Gostaria de te filmar em três momentos: trocando a fralda, na amamentação e cantando uma canção para o/a [bebê].*
- *Como tu gostarias de começar, dando amamentação, trocando a fralda ou cantando para o/a [bebê]?”*

#### **Filmagem durante a troca de fralda:**

Para a mãe:

- *“Agora vamos filmar enquanto tu trocas a fralda do/da [bebê]*
- *“Tu podes interagir livremente com o/a [bebê], da forma que tu costumava fazer no teu dia a dia com ele/a aqui no hospital.”*

Tempo: 5 minutos

#### **Filmagem durante a amamentação:**

Para a mãe:

- *“Agora vamos filmar enquanto tu amamentas o/a [bebê]*
- *“Tu podes interagir livremente com o/a [bebê], da forma que tu costumava fazer no teu dia a dia com ele/a aqui no hospital.”*

Tempo: 5 minutos

#### **Filmagem durante o canto**

Para a mãe:

- *“Agora vamos filmar enquanto tu amamentas o/a [bebê]*
- *“Tu podes interagir livremente com o/a [bebê], da forma que tu costumava fazer no teu dia a dia com ele/a aqui no hospital.”*

Tempo: 5 minutos



## ANEXO K

## PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA - UFRGS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -  
UFRGS

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Contribuições da musicoterapia na UTI Neonatal  
para a interação mãe-bebê pré-termo

**Pesquisador:** CESAR AUGUSTO PICCININI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39960114.9.0000.5334

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 985.941

**Data da Relatoria:** 09/03/2015

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -  
UFRGS

Continuação do Parecer: 985.941

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

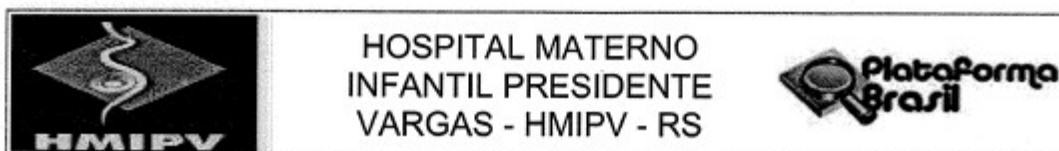
Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 15 de Março de 2015

Assinado por:  
Clarissa Marceli Trentini  
(Coordenador)

**ANEXO L**  
**PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA**  
**DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS (HMIPV)**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Contribuições da musicoterapia na UTI Neonatal para a interação mãe-bebê pré-termo

**Pesquisador:** CESAR AUGUSTO PICCININI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39960114.9.3001.5329

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.069.283

**Data da Relatoria:** 08/04/2015

**Apresentação do Projeto:**

Projeto com tema interessante, ainda pouco pesquisado em nosso país, a ser realizado na UTI Neonatal do HMIPV, sobre as Considerações da Musicoterapia para a interação das mães com seus bebês prematuros.

**Objetivo da Pesquisa:**

O Objetivo deste estudo é investigar qualitativamente as contribuições da musicoterapia na UTI Neonatal para a interação da mãe com seu bebê pré-termo. Também irá avaliar a musicalidade da mãe, os comportamentos do bebê e a interação entre eles.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não são esperados riscos envolvidos nesse estudo, mas se houver algum desconforto a psicóloga da equipe será informada para atuar junto a essa mãe. Acredita-se que a musicoterapia traga efeitos positivos nas respostas fisiológicas e comportamentais do bebê, assim como no bem-estar e no vínculo entre a mãe e seu bebê.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Talvez haja dificuldade em encontrar bebês estáveis pré-termo com 15 dias de vida e que não tenham patologias associadas, cujas mães sejam primíparas.

**Endereço:** Av. Independência 661- Bl. C 7º andar

**Bairro:** Independência

**CEP:** 90.035-076

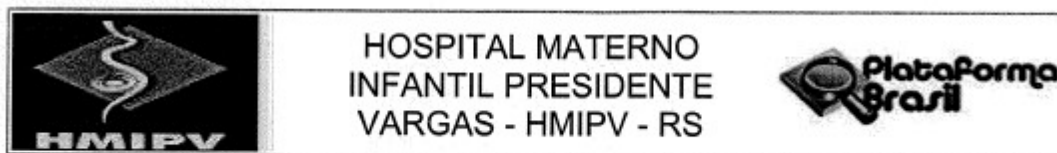
**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-3377

**Fax:** (51)3226-9075

**E-mail:** hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br



Continuação do Parecer: 1.069.283

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

**Recomendações:**

Projeto está adequado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 19 de Maio de 2015

Assinado por:  
Claudia Fernandes Costa Zanini  
(Coordenador)

**ANEXO M**  
**LETRAS E ACORDES DAS MÚSICAS**

**Fico assim sem você (Claudinho e Buchecha)**

Tom: A

Intro: A C#m7 D E7 (2x)

A C#m7  
Avião sem asa, fogueira sem brasa  
D E7  
Sou eu assim sem você  
A C#m7  
Futebol sem bola, piu-Piu sem frajola  
D E7  
Sou eu assim sem você  
D E7  
Por que é que tem que ser assim?  
F° F#m7  
Se o meu desejo não tem fim  
B7  
Eu te quero a todo instante

Nem mil alto-falantes  
E7  
Vão poder falar por mim

A  
Amor sem beijinho,  
C#m7  
Buchecha sem Claudinho  
D E7  
Sou eu assim sem você  
A C#m7  
Circo sem palhaço, namoro sem amasso  
D E7  
Sou eu assim sem você  
D E7  
To louca pra te ver chegar  
F° F#m7  
To louca pra te ter nas mãos  
B7  
Deitar no teu abraço, retomar o pedaço  
E7  
Que falta no meu coração

Refrão:

**F#m7 C#m7**  
 Eu não existo longe de você  
**D A C#7**  
 E a solidão é o meu pior castigo  
**F#m7 C#m7**  
 Eu conto as horas pra poder te ver  
**D E7**  
 Mas o relógio tá de mal comigo

Por que? Por que?

**A C#m7**  
 Neném sem chupeta, Romeu sem Julieta  
**D E7**  
 Sou eu assim sem você  
**A C#m7**  
 Carro sem estrada, queijo sem goiabada  
**D E7**  
 Sou eu assim sem você  
**D E7**  
 Por que é que tem que ser assim?  
**F° F#m7**  
 Se o meu desejo não tem fim  
**B7**  
 Eu te quero a todo instante

Nem mil alto-falantes  
**E7**  
 Vão poder falar por mim

Refrão 2x

### **NANA NENÊ (canção de ninar)**

**C**

Nana nenê

**F G**  
 Que a Cuca vem pegar  
**F C**

Papai foi na roça

**F G C**  
 Mamãe foi trabalhar

**ANEXO N**  
**PARTITURA MUSICAL DA MUSICALIDADE COMUNICATIVA**

**♩ = 56**

**06:35** **06:39** **06:44**

Expressões faciais da bebê: Olhos fechados (06:35-06:39), Abre os olhos lentamente (06:44-06:49)

Gestos da bebê: (06:35-06:39), Espicha-se, fazendo leves movimentos com os braços (06:39-06:44), Movimenta os braços continuamente (06:44-06:49)

Voz da bebê: *pp* (06:35-06:39), Ah... (06:39-06:44)

Expressões faciais da mãe: Olha a bebê (06:35-06:39), Sorri e fixa o olhar no rosto da bebê (06:39-06:44), Olha a bebê (06:44-06:49)

Gestos da mãe: Dá tapinhas nas costas da bebê (06:35-06:39), Movimenta a bebê para ter contato face-a-face (06:39-06:44), Começa a embalar a bebê (06:44-06:49)

Voz da mãe: *mp* Canta a *bocca chiusa* (06:35-06:49)

---

**06:49** **06:55** **07:00**

E. B: Olhos abertos (06:49-06:55), Olha a mãe (06:55-07:00)

G. B: (06:49-06:55), (06:55-07:00)

V. B: (06:49-06:55), Arroto (06:55-06:59), Ah... (06:59-07:00)

E. M: (06:49-06:55), (06:55-07:00)

G. M: (06:49-06:55), (06:55-07:00), Faz carinho com o nariz no nariz da bebê (07:00-07:05)

V. M: (06:49-07:05)

7 07:05 07:10 07:14 07:19

E. B

G. B

V. B

E. M

G. M

V. M

Olha a mãe

Arregala os olhos e mantém o olhar fixo no rosto da mãe

Arroto

Ri olhando a bebê nos olhos

Olha a bebê

Levanta as sobrancelhas enquanto olha a bebê

Cheira o colo da bebê

Faz carinho com o nariz no nariz da bebê

*pp* *mp*

11 07:23 07:28

E. B

G. B

V. B

E. M

G. M

V. M

Olha a mãe, faz movimentos com a boca e mostra a língua

Retorna a movimentar os braços, porém de modo mais lento

Levanta novamente as sobrancelhas

Olha a bebê

## ANEXO O

### PLANO DE COLETA DE DADOS

#### Contribuições da musicoterapia para a díade mãe-bebê pré-termo na UTI Neonatal

##### FASE 1 (pré-IMUSP)

**Mãe**

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Ficha de dados demográficos
- Entrevista de maternidade no contexto da prematuridade
- Entrevista sobre o histórico sonoro-musical da mãe

**UTI Neonatal**

- Ficha de dados clínicos do bebê pré-termo e da mãe/pós-parto

##### FASE 2 (IMUSP)

**Mãe**

- Intervenção Musicoterápica para Mãe-Bebê Pré-termo - IMUSP

**UTI Neonatal**

- Ficha de dados clínicos do bebê

##### FASE 3 (pós-IMUSP)

**Mãe**

- Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo

**UTI Neonatal**

- Ficha de dados clínicos do bebê
- Observação da interação mãe-bebê pré-termo

##### FASE 4 (pré-alta)

**Mães**

- Entrevista de avaliação da intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo/pré-alta

**UTI Neonatal**

- Ficha de dados clínicos do bebê
- Observação da interação mãe-bebê pré-termo

##### FASE 5 (pós-alta)

**Hospital**

- Observação da interação mãe-bebê pré-termo