

Music therapy intervention in the neonatal intensive care unit environment

Intervenção musicoterápica no ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal

Shmuel Arnon*

Vianna et al.¹, em seu ensaio clínico controlado, randomizado e aberto, utilizaram dois musicoterapeutas para trabalhar sistematicamente com mães de lactentes pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de sua instituição. As sessões eram realizadas três vezes por semana, tinham 1 hora de duração e compreendiam quatro movimentos: expressão verbal, expressão musical, canções de ninar e relaxamento e encerramento, resultando, na primeira consulta de seguimento após a alta hospitalar, em um índice mais elevado de aleitamento materno no grupo intervenção do que no grupo controle. Índices mais elevados de aleitamento materno também foram observados na consulta de seguimento de 60 dias.

Parablenzo os autores por seu estudo interessante, que é, até onde sei, o primeiro com foco no impacto da musicoterapia nos índices de aleitamento materno entre mães de neonatos prematuros. Esses achados podem motivar profissionais de saúde a usar a música como redutor de estresse para mães que precisam de apoio e que têm dificuldade de continuar o aleitamento materno durante essa fase difícil de suas vidas. Não é possível saber se foi a intervenção musicoterápica que fez com que as mães se sentissem mais relaxadas e, portanto, mais dispostas a amamentar, ou se foi o encontro em uma atmosfera totalmente diferente para expressar a ansiedade que fez com que as mães se sentissem mais capazes de lidar com situações de estresse e, assim, responder às necessidades do lactente.

A musicoterapia deveria ser introduzida na UTIN?

A questão de se a musicoterapia deveria ou não ser introduzida no ambiente da UTIN deve ser tratada com

muito cuidado e é dividida em duas partes: o benefício da musicoterapia para lactentes e o benefício para as mães.

Na última década, a música foi introduzida na UTIN como uma terapia desenvolvida para melhorar o tratamento e facilitar o crescimento e desenvolvimento de lactentes prematuros. Uma metanálise de 2002 que avaliou a eficácia da musicoterapia para lactentes

prematuros demonstrou benefícios clínicos significativos da música em uma variedade de medidas fisiológicas e comportamentais². Os benefícios mais evidentes foram ganho de peso, redução dos comportamentos de estresse e do tempo de hospitalização, e níveis elevados de saturação de oxigênio por curtos

períodos de tempo. Além disso, uma pesquisa estadunidense de 2006 relatou que 72% das UTINs ofereciam musicoterapia a lactentes prematuros³.

Poucos estudos até o momento exploraram o benefício da musicoterapia para mães de lactentes pré-termo. Recentemente, Schlez et al.⁴ mostraram que, em comparação com o método mãe-canguru isolado, a combinação desse método com musicoterapia com harpa para diádes mãe-lactente teve um efeito benéfico significativo na ansiedade materna ($p < 0,01$). Novamente, o contato íntimo entre mãe e filho e a musicoterapia (ou seja, a combinação do método mãe-canguru com musicoterapia ao vivo) serviu como uma técnica de redução de estresse para as mães.

Métodos em musicoterapia

Diferentes formas de execução musical têm sido usadas na musicoterapia, por exemplo, música gravada e música ao vivo produzida por um ou mais instrumentos, e voz feminina da terapeuta ou voz materna. Arnon et al.⁵ demonstraram a

***Veja artigo relacionado
na página 206***

* MD. Neonatal Department, Meir Medical Center, Sackler Medical School, Tel-Aviv University, Kfar Sava, Israel.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste editorial.

Como citar este editorial: Arnon S. Music therapy intervention in the neonatal intensive care unit environment. J Pediatr (Rio J). 2011;87(3):183-185. doi:10.2223/JPED.2091

superioridade da música ao vivo (voz feminina combinada com harpa) em relação a música gravada ou nenhuma música, resultando em reduções na frequência cardíaca e nos comportamentos de ansiedade em lactentes prematuros estáveis. Além disso, a música ao vivo conferiu mais tranquilidade à equipe de saúde e aos pais. Há dados teóricos e empíricos substanciais indicando que uma voz feminina cantando ou falando suavemente (como se estivesse cantando) tem um efeito calmante nos lactentes e que o lactente já começa a reconhecer a voz da mãe antes mesmo de 24 semanas e pode demonstrar uma preferência por ela logo após o nascimento⁶. Por isso, o cantar da mãe, especialmente aliado a outros estímulos, como contato pele a pele (por exemplo, no método mãe-canguru), pode ser uma maneira bastante eficaz de acalmar os lactentes. Contudo, essas hipóteses ainda precisam ser validadas em estudos de boa qualidade metodológica.

Quando começar a intervenção musicoterápica?

Foi demonstrado que o uso de algumas canções de ninar gravadas pode começar às 28 semanas de idade gestacional, quando os lactentes ainda estão nas incubadoras. Canções de ninar ao vivo dirigidas a lactentes, combinadas com estimulação multimodal (intervenções auditivas, táteis, visuais e vestibulares) podem ser iniciadas às 32 semanas de idade gestacional².

Que tipo de música é preferível?

A maioria dos estudos tem usado canções de ninar como fonte da intervenção. Canções de ninar são estruturas musicais simples que os lactentes podem diferenciar claramente e são caracterizadas por um tom mais baixo e um ritmo mais lento, usados e reconhecidos em várias culturas². Usar outros tipos de música, como música clássica, que não é calmante, constante, nem estável, e sim relativamente irregular, pode produzir sinais de alerta. O recém-nascido e, principalmente, o lactente pré-termo são incapazes de discriminar canções complexas, o que torna a música clássica inadequada para o ambiente da UTIN⁷. Alguns estudos alertaram contra o uso, na UTIN, de tipos de música não documentados em pesquisas, como música transmitida pelo rádio e brinquedos que produzem música e sons².

O ambiente da UTIN

Lactentes e crianças não têm a habilidade dos adultos de discriminar melodias ou sons-alvo (música) de ruídos de fundo (som do ambiente) até a idade de 9 a 12 anos, dependendo do tipo de teste utilizado⁸. Portanto, para discernir claramente entre música e ruídos de fundo, os lactentes precisam de um ambiente silencioso e com poucos sons concorrentes. Para cumprir com as atuais recomendações de níveis sonoros seguros dentro da UTIN, o som ambiente deveria ser reduzido ao mínimo possível e não exceder um Leq contínuo de 50 dB, um L10 contínuo de 55 dB, e um Lmax de 1 segundo de duração menor que 70 dB, todos em escala A (resposta lenta)⁹. Esses níveis podem ser atingidos

através de medidas como fechar as portas, silenciar o alarme do monitor e lembrar os pais e a equipe médica de que devem manter a voz baixa. Dessa forma, a música pode ser executada em um volume médio confortável, sem causar estados de hiperalerta ou outros efeitos colaterais.

Que variáveis devem ser testadas para indicar o efeito da música?

A maioria dos estudos realizados para testar o efeito da intervenção musicoterápica usou variáveis fisiológicas ou comportamentais, como frequência cardíaca, saturação de oxigênio e diferentes escalas de comportamento, com ou sem estímulos externos (por exemplo, dor). Recentemente, foi introduzido um método de espectroscopia no infravermelho próximo (*near-infrared spectroscopy*, NIRS) para estudar respostas à fala e à música, tendo mostrado eficácia limitada¹⁰. Por outro lado, canções de ninar ativadas por sucção de chupeta, método usado com sucesso em alguns estudos, têm se mostrado como ferramentas úteis tanto para promover a sucção como para investigar a eficácia da intervenção musicoterápica².

Recomendações para futuras pesquisas de avaliação da intervenção musicoterápica na UTIN

Diretrizes detalhadas, baseadas em evidência gerada por pesquisas de alta qualidade, foram elaboradas para avaliar a validade e a confiabilidade dos efeitos de sons e de música na UTIN. Philbin & Klaas¹¹ ofereceram uma lista de verificação de avaliação científica para profissionais clínicos que planejam a realização de uma intervenção auditiva. Outro trabalho recente sugere um conjunto de diretrizes para intervenções musicoterápicas, visando melhorar o relato dos resultados e avançar a prática baseada em evidência¹².

Resumo

Estudos que usam a música em díades pai/mãe-filho têm a vantagem de melhorar os objetivos de desenvolvimento na UTIN e atuam no sentido de reduzir o estresse, estimular o desenvolvimento durante um período crítico de crescimento, promover o vínculo com os pais e facilitar a comunicação e o desenvolvimento neurológico e social.

São necessários mais estudos sobre o uso da música em lactentes prematuros. Desenhos metodológicos meticolosos e relatos de estudos sobre o uso da música na UTIN irão promover a prática baseada em evidência na área.

Referências

1. Vianna MN, Barbosa AP, Carvalhaes AS, Cunha AJ. Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87:206-212.
2. Standley JM. A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. *J Pediatr Nurs*. 2002;17:107-13.
3. Field T, Hernandez-Reif M, Feijo L, Freedman J. Prenatal, perinatal and neonatal stimulation: a survey of neonatal nurseries. *Infant Behav Dev*. 2006;29:24-31.

4. Schlez A, Litmanovitz I, Bauer S, Dolfin T, Regev R, Arnon S. Combining kangaroo care and live harp music therapy in the neonatal intensive care unit setting. IMAJ. 2011 [In press].
5. Arnon S, Shapsa A, Forman L, Regev R, Bauer S, Litmanovitz I, et al. Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. Birth. 2006;33:131-6.
6. DeCasper AJ, Fifer WP. Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. Science. 1980;208:1174-6.
7. Trehub SE, Trainor L. Singing to infants: lullabies and play songs. In: Rovee-Collier C, Lipsitt LP, Hayne H, editors. Advances in Infancy Research. Vol. 12. Norwood, NJ: Ablex Publishing Co; 1998. pp. 43-77.
8. Gomes H, Molholm S, Christodoulou C, Ritter W, Cowan N. The development of auditory attention in children. Front Biosci. 2000;1: D108-20.
9. Philbin MK, Robertson A, Hall JW 3rd. Recommended permissible noise criteria for occupied, newly constructed or renovated hospital nurseries. The Sound Study Group of the National Resource Center. J Perinatol. 1999;19:559-63.
10. Kotilahti K, Nissilä I, Näsi T, Lipiäinen L, Nojonen T, Meriläinen P, et al. Hemodynamic responses to speech and music in newborn infants. Hum Brain Mapp. 2010;31:595-603.
11. Philbin MK, Klaas P. Evaluating studies of the behavioral effects of sound on newborns. J Perinatol. 2000;20:S61-7.
12. Robb SL, Carpenter JS. A Review of music-based intervention reporting in pediatrics. J Health Psychol. 2009;14:490-501.

Correspondência:
Shmuel Arnon
Neonatal Department, Meir Medical Center
59 Tchernichovsky, St. Kfar Saba 44281 - Israel
E-mail: shmuelar@clalit.org.il

Hepatitis A virus infection: progress made, more work to be done

Infecção pelo vírus da hepatite A: fizemos progresso, mas há mais trabalho pela frente

Maureen M. Jonas*

O vírus da hepatite A (VHA) tem uma distribuição global, sendo a causa mais comum de hepatite viral em todo o mundo. Aproximadamente 1,4 milhão de novas infecções são diagnosticadas a cada ano, mas se considera que a verdadeira incidência seja muito mais elevada devido à subnotificação. A América do Sul é considerada uma área endêmica, com alta prevalência de soropositividade, especialmente na população jovem. Nível socioeconômico baixo, superpovoamento, saneamento deficiente e tratamento de água inadequado são fatores geralmente associados a uma maior incidência e à infecção infantil assintomática em países em desenvolvimento. Portanto, as taxas de notificação de doenças nessas áreas são baixas e os surtos da doença são raros, já que a maioria dos adultos está imune. Em países com economia de transição e em algumas regiões de países industrializados, onde as condições de saneamento variam, as crianças podem não se infectar na primeira infância. Essas condições privilegiadas podem conduzir a uma hepatite

mais evidente clinicamente, já que as infecções ocorrem em faixas etárias mais altas e com maior tendência a apresentar sintomas. Com isso, as taxas da doença serão mais altas. Uma grande população de adolescentes e adultos suscetíveis aumenta a probabilidade de surtos. Essa mudança na epidemiologia da infecção pelo VHA tem sido percebida em vários países¹⁻³. Além disso, a adoção da vacina contra a hepatite A é variável, de forma que a interpretação da endemicidade por meio da soroprevalência do anticorpo contra o VHA (anti-VHA) é problemática.

Foi nesse contexto, investigando uma potencial alteração do padrão epidemiológico, que Krebs et al.⁴ realizaram um estudo epidemiológico sobre a soroprevalência do anti-VHA em crianças e adolescentes de Porto Alegre. O estudo foi um seguimento de uma pesquisa similar realizada na mesma região 10 anos antes⁵. O objetivo deste trabalho foi comparar a soroprevalência do anti-VHA nas populações pediátricas de dois laboratórios clínicos após demonstrar que a estrutura

**Veja artigo relacionado
na página 213**

* MD. Division of Gastroenterology, Children's Hospital Boston, Boston, MA, EUA.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste editorial.

Apoio financeiro: Bristol Myers Squibb (apoio à pesquisa), Novartis (apoio à pesquisa, consultora), Roche (consultora), Merck-Schering Plough (apoio à pesquisa).

Como citar este editorial: Jonas MM. Hepatitis A virus infection: progress made, more work to be done. J Pediatr (Rio J). 2011;87(3):185-186.

doi:10.2223/JPED.2106