

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MARTHA NEGREIROS DE SAMPAIO VIANNA

MUSICOTERAPIA E ALEITAMENTO MATERNO

RIO DE JANEIRO

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARTHA NEGREIROS DE SAMPAIO VIANNA

MUSICOTERAPIA E ALEITAMENTO MATERNO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Saúde da Criança e do Adolescente), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências (Clínica Médica / Saúde da Criança e do Adolescente).

Orientadores:
Antonio José Ledo Alves da Cunha
Arnaldo Prata Barbosa

RIO DE JANEIRO

2008

Vianna, Martha Negreiros de Sampaio.

Musicoterapia e aleitamento materno/ Martha Negreiros de Sampaio Vianna. – Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, 2008.

98f.

Orientadores: Antonio José Ledo Alves da Cunha e Arnaldo Prata Barbosa.

Dissertação(Mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Saúde da Criança e do Adolescente) 2008.

Referências bibliográficas: f.86-89.

1. Aleitamento Materno. 2. Musicoterapia. 3. Bem-Estar Materno. 4. Recém-nascido.

I. Cunha, Antonio José Ledo Alves da. II. Barbosa, Arnaldo Prata. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina. IV. Título.

MARTHA NEGREIROS DE SAMPAIO VIANNA

MUSICOTERAPIA E ALEITAMENTO MATERNO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Saúde da Criança e do Adolescente), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências (Clínica Médica / Saúde da Criança e do Adolescente).

Aprovada em: 25 de agosto de 2008

Presidente, Profa. Márcia Gonçalves Ribeiro
Doutora, Faculdade de Medicina, UFRJ

Profa. Maria Amélia Coutinho Sayeg Porto
Doutora, Faculdade de Medicina, UFRJ

Prof. Clemax do Couto Sant'Anna
Doutor, Faculdade de Medicina, UFRJ

Ao meu pai José Humberto de Sampaio Vianna, ser
amoroso e sensível, minha gratidão (in memoriam);

À minha mãe d'Oxum, Alcina Carvalho de Lima, águas
doces e douradas, minha saudade (in memoriam).

A todas as mulheres que consentiram em participar do
nosso estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Vida; que me destinaram ser uma profissional da saúde, amar e trabalhar com a música, e me enriquecer a cada dia, ao partilhar culturas e histórias tão distintas da minha, que me tornam uma pessoa mais plural e compassiva.

Ao estimado Professor Arnaldo Prata Barbosa; orientador e amigo que sonhou com a implantação da musicoterapia na Unidade de Neonatologia da Maternidade-Escola e apostou neste estudo e na música como terapia.

Ao professor Antonio Ledo; que ousou orientar um estudo de musicoterapia neste renomado programa de Clínica Médica da UFRJ.

Ao meu bom amigo e companheiro de trabalho Albelino Silva Carvalhaes; pela construção conjunta deste trabalho, na assistência e na pesquisa, inestimável presença de luz.

A direção da Maternidade-Escola; pelo investimento na musicoterapia.

Às amigas e colegas de ofício, Lia Rejane Mendes Barcellos, Maria Luiza Lafeté-Novaes e Paula Maria Ribeiro Carvalho; pela troca e construção das idéias inaugurais deste trabalho.

Aos amigos musicoterapeuta Cecília Conde, Marly Chagas, Marco Antônio Carvalho Santos, Clarisse Moura Costa, Renata Figueiredo; pelo estímulo constante

A Regina Nacaratti, Sonia Aguiar e Teresa Gouda; pelos esclarecimentos que me nortearam nas normas do Programa de Clínica Médica.

Ao Professor Marcus Renato de Carvalho; pela generosidade e solicitude sempre presentes.

A Professora Maria Amélia Sayeg Porto, Dra. Regina Carino e Nutricionista Vânia Trinta; pelo estímulo fundamental nos primeiros momentos deste trabalho.

Aos colegas da equipe técnica interdisciplinar da Unidade de Neonatologia da Maternidade-Escola da UFRJ, além dos companheiros dos serviços gerais; pelo intercâmbio e confiança crescentes.

Aos colegas e amigos do Ambulatório de Pré-Natal; pelo apoio incondicional que sempre me ofertaram, em especial, à equipe do Programa de Adolescentes, na pessoa da Dra. Isabel Pinhal.

Aos amigos e colegas dos diferentes setores da Maternidade-Escola; pelo ambiente afável e de intercâmbio.

Aos queridos amigos do setor de Informática Silvana, Márcio, Cláudio e Júnior; pelo suporte tecnológico e amistoso.

Ao casal Francisco Carlos e Jô; pela competência, amizade e afabilidade.

Às queridas bibliotecárias, Mara, Janaína e Olímpia, além de Dalva, Deusenir e Seu Carlos; pela ajuda preciosa.

Aos então estagiários, graduandos e especializando dos cursos de musicoterapia: Marcello Santos, Helena Lima, Priscilla Winandy, Bianca Fialho, Elisa Addor, Luís Aragão, Jaqueline Dias, Gabriela Koatz, Milena Cardoso, Lara Karst (Goiânia), Helena Madeira (Alemanha), Marta Monserrat Pêra (Espanha); pela oportunidade de troca e transmissão de conhecimentos.

À minha mãe, irmã, irmão, cunhados, amado sobrinho, Erô, Ester, Raimunda, Georgina, Anna Júlia, Alexandre e Renata; luzes da minha vida.

Aos meus amigos pessoais que torcem por mim e pela musicoterapia; patrimônio de amor e confiança.

RESUMO

VIANNA, Martha Negreiros de Sampaio. **Musicoterapia e Aleitamento Materno**. Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Saúde da Criança e do Adolescente), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre (Clínica Médica- Saúde da Criança e do Adolescente). Orientadores: Antonio José Ledo Alves da Cunha e Arnaldo Prata Barbosa. Rio de Janeiro, 2008.

Avaliar o impacto da musicoterapia na manutenção do aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê. Ensaio clínico randomizado com 94 mães (48 no grupo da musicoterapia e 46 no grupo controle) de RNs prematuros (peso ≤ 1750 g) internados na Maternidade-Escola da UFRJ. As sessões tinham frequência de três vezes por semana e sessenta minutos de duração. O desfecho primário foi a manutenção de alguma forma de aleitamento materno (exclusivo, predominante ou continuado) aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê e os desfechos secundários foram a manutenção do aleitamento materno (de qualquer tipo) ou o aleitamento materno exclusivo no momento da alta, na 1ª. consulta de seguimento, aos 30, 90 e 120 dias após a alta hospitalar do bebê. Na comparação entre os grupos foi utilizada estatística não-paramétrica, considerando-se a intenção de tratar, com nível de significância em 5%. Foi também estudado o risco relativo, com intervalo de confiança de 95% (IC95) e o número necessário para tratar (NNT). O aleitamento materno entre as mães que fizeram musicoterapia foi 1,28 vezes maior [IC95 0,95-1,71] do que no grupo controle aos 60 dias (D60) após a alta hospitalar do bebê, diferença não significativa ($p = 0,09$), com NNT 6,25. Nos outros marcos de tempo: (1) na alta, RR 1,22 (IC95 0,99-1,11), $p = 0,06$, NNT 6,25; (2) 1ª. consulta: RR 1,26 (IC95 1,01-1,57), $p = 0,03$, com NNT 5,55; (3) D30: 1,21 (IC95 0,73-5,66), $p = 0,13$, NNT 7,1; (4) D90: 1,07 (IC95 0,74-1,56), $p = 0,69$, NNT 25 e (5) D120: 1,20 (IC95 0,78-1,84), $p = 0,40$, NNT 11,1. Quanto ao aleitamento materno exclusivo, a comparação entre os grupos registrou: (1) na alta: RR 0,75 (IC95 0,47-1,19); (2) 1ª. consulta: 0,79 (IC95 0,50-1,25); (3) D30: RR 0,82 (IC95 0,51-1,33); D60: RR 1,20 (IC95 0,71-2,01); D90: RR 1,38 (IC95 0,66-2,92) e D120: 1,28 (IC95 0,48-3,40), todas diferenças estatisticamente não significativas. A musicoterapia teve um impacto positivo, embora não significativo, na manutenção do aleitamento materno, não necessariamente o exclusivo. Este impacto foi tanto maior quanto mais próximo da intervenção musicoterápica, diminuindo com o decorrer do tempo após a alta hospitalar dos bebês. Sugere-se que a significância estatística não foi alcançada face ao tamanho da amostra. Portanto, novos estudos são necessários para se confirmar o impacto observado. O baixo NNT e a natureza grupal das sessões sugerem que a musicoterapia possa ser um recurso eficiente na preservação da amamentação materna.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Musicoterapia. Bem-estar materno. Recém-nascido.

ABSTRACT

VIANNA, Martha Negreiros de Sampaio. **Music Therapy and Maternal Breast Feeding.** Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Saúde da Criança e do Adolescente), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre (Clínica Médica- Saúde da Criança e do Adolescente). Orientadores: Antonio José Ledo Alves da Cunha e Arnaldo Prata Barbosa. Rio de Janeiro, 2008.

To evaluate the impact of music therapy in the maintenance of maternal breast feeding among mothers of premature newborns 60 days after the baby's hospital discharge. Randomized controlled trial with 94 mothers (48 in the music therapy group and 46 in the control group) of premature neonates (birthweight $\leq 1750\text{g}$) admitted in Maternidade Escola da UFRJ. The sessions occurred three times a week with sixty minutes duration. The primary ending point was the maintenance of maternal breast feeding in some way (exclusive, predominant or continuous) 60 days after the baby's hospital discharge and the secondary ending points were the maintenance of maternal breast feeding (of any type) or exclusive maternal breast feeding in the moment of the discharge, in the 1st. follow-up visit, with 30, 90 and 120 days after the baby's hospital discharge. In the comparison among groups non-parametric statistics was used, considering the intention to treat analysis, with the level of significance established in 5%. It was also studied the relative risk, with 95% confidence interval (IC95) and the number needed to treat (NNT). The maternal breast feeding among mothers in the music therapy group was 1.28 greater [IC95 0.95-1.71] than in the control group 60 days (D60) after the baby's hospital discharge, difference not significant ($p = 0.09$), NNT 6.25. In the other marks of time: (1) at discharge, RR 1.22 (IC95 0.99-1.11), $p = 0.06$, NNT 6.25; (2) 1st. follow-up visit: RR 1.26 (IC9 1.01-1.57), $p = 0.03$, NNT 5.55; (3) D30: 1.21 (IC9 0.73-5.66), $p = 0.13$, NNT 7.1; (4) D90: 1.07 (IC95 0.74-1.56), $p = 0.69$, NNT 25 and (5) D120: 1.20 (IC95 0.78-1.84), $p = 0.40$, NNT 11.1. For exclusive maternal breast feeding, the comparison among groups registered: (1) at discharge: RR 0.75 (IC95 0.47-1.19); (2) 1st. follow-up visit: 0.79 (IC95 0.50-1.25); (3) D30: RR 0.82 (IC95 0.51-1.33); D60: RR 1.20 (IC95 0.71-2.01); D90: RR 1.38 (IC95 0.66-2.92) and D120: 1.28 (IC95 0.48-3.40), all differences not statistically significant. Music therapy had a positive impact, although not significant, in the maintenance of maternal breast feeding, not necessarily exclusive. This impact was greater closer to the intervention, decreasing with elapsing time from the babies' hospital discharge. Maybe that statistical significance was not achieved due to sample size. Therefore, new studies are necessary to confirm the observed impact. Low NNT and group characteristic of music therapy sessions suggest that this technology can be an efficient tool in the preservation of maternal breast-feeding.

Key-words: Breast feeding. Music therapy. Maternal welfare. Infant, newborn.

LISTA DE QUADROS

Quadro 5.1	Outras características relevantes do grupo controle.	34
Quadro 5.2	Outras características relevantes do grupo de estudo.	35
Quadro 5.3	Distribuição das mães em relação aos desfechos no grupo de estudo.	39
Quadro 5.4	Distribuição das mães em relação aos desfechos no grupo controle.	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1	Fluxograma do estudo.	32
-------------------	-----------------------	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1	Características demográficas e sócio-econômicas dos sujeitos.	33
Tabela 5.2	Grupo de estudo, dias de internação e sessões de musicoterapia.	37
Tabela 5.3	Desfecho primário (60 dias pós-alta hospitalar do bebê).	41
Tabela 5.4	Desfecho primário, subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	42
Tabela 5.5	Desfecho primário, subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	42
Tabela 5.6	Desfecho secundário (na ocasião da alta hospitalar do bebê).	43
Tabela 5.7	Desfecho secundário (na ocasião da alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	44
Tabela 5.8	Desfecho secundário (na ocasião da alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	44
Tabela 5.9	Desfecho secundário (na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê).	45
Tabela 5.10	Desfecho secundário (na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	45
Tabela 5.11	Desfecho secundário (na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	46
Tabela 5.12	Desfecho secundário (aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê).	47
Tabela 5.13	Desfecho secundário (aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	47
Tabela 5.14	Desfecho secundário (aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	48
Tabela 5.15	Desfecho secundário (aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê).	48
Tabela 5.16	Desfecho secundário (aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	49
Tabela 5.17	Desfecho secundário (aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	49
Tabela 5.18	Desfecho secundário (aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê).	50
Tabela 5.19	Desfecho secundário (aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	51
Tabela 5.20	Desfecho secundário (aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	51
Tabela 5.21	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê).	52
Tabela 5.22	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	52
Tabela 5.23	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	53
Tabela 5.24	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê).	53
Tabela 5.25	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	54

Tabela 5.26	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	55
Tabela 5.27	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê).	55
Tabela 5.28	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	56
Tabela 5.29	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	56
Tabela 5.30	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê).	57
Tabela 5.31	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	57
Tabela 5.32	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	58
Tabela 5.33	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê).	58
Tabela 5.34	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	59
Tabela 5.35	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	59
Tabela 5.36	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê).	60
Tabela 5.37	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).	61
Tabela 5.38	Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).	61
Tabela 5.39	Desfechos primários (resultados consolidados).	62
Tabela 5.40	Desfechos secundários: aleitamento materno de qualquer tipo versus aleitamento artificial (resultados consolidados).	62
Tabela 5.41	Desfechos secundários: aleitamento materno exclusivo versus aleitamento materno não-exclusivo (resultados consolidados).	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IC	Intervalo de Confiança
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
ME-UFRJ	Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NNT	Número Necessário para Tratar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RNs	Recém Nascidos
RR	Risco Relativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UI	Unidade Intermediária
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WFMT	<i>World Federation of Music Therapy</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTOS E JUSTIFICATIVAS	17
3 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	22
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	22
4 METODOLOGIA	23
4.1 LOCAL DE ESTUDO	23
4.2 TIPO DE ESTUDO	23
4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA	23
4.3.1 Elegibilidade	23
4.3.2 Tamanho da amostra	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
4.6 CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE ALEITAMENTO	24
4.7 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS A SEREM ESTUDADAS	25
4.8 COLETA DE DADOS	25
4.8.1 Randomização (alocação aleatória)	25
4.8.2 Subgrupos (randomização)	25
4.8.3 Período de aleitamento (exclusivo, predominante, continuado ou artificial)	26
4.8.4 Dados dos sujeitos	27
4.9 A INTERVENÇÃO MUSICOTERÁPICA	27
4.9.1 Entrevista	27
4.9.2 Atendimento	28
4.10 ESTATÍSTICA	29
4.11 PRÉ TESTAGEM DO MODELO	30
4.12 ASPECTOS ÉTICOS	30
5 RESULTADOS	31
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS	31
5.1.1 Demográficas e sócio-econômicas	31
5.1.2 Outras características relevantes dos sujeitos	32
5.2 DESFECHOS	38
5.2.1 Desfecho primário	41
5.2.1.1 Desfecho primário no subgrupo 1	42
5.2.1.2 Desfecho primário no subgrupo 2	42
5.2.2 Desfechos secundários	43
5.2.2.1 Aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar do bebê	43
5.2.2.1.1 aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	43
5.2.2.1.2 aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	44
5.2.2.2 Aleitamento materno na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta)	44
5.2.2.2.1 aleitamento materno na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta) no subgrupo 1	45
5.2.2.2.2 aleitamento materno na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta) no subgrupo 2	46

5.2.2.3 Aleitamento materno aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê	46
5.2.2.3.1 aleitamento materno aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	47
5.2.2.3.2 aleitamento materno aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	47
5.2.2.4 Aleitamento materno aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê	48
5.2.2.4.1 aleitamento materno aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	48
5.2.2.4.2 aleitamento materno aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	49
5.2.2.5 Aleitamento materno aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê	50
5.2.2.5.1 aleitamento materno aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	50
5.2.2.5.2 aleitamento materno aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	51
5.2.2.6 Aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê	51
5.2.2.6.1 aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	52
5.2.2.6.2 aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	52
5.2.2.7 Aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta)	53
5.2.2.7.1 aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta) no subgrupo 1	53
5.2.2.7.2 aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta) no subgrupo 2	54
5.2.2.8 Aleitamento materno exclusivo aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê	55
5.2.2.8.1 aleitamento materno exclusivo aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	55
5.2.2.8.2 aleitamento materno exclusivo aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	56
5.2.2.9 Aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê	56
5.2.2.9.1 aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	57
5.2.2.9.2 aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	57
5.2.2.10 Aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê	58
5.2.2.10.1 aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	58
5.2.2.10.2 aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	59
5.2.2.11 Aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê	60
5.2.2.11.1 aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1	60
5.2.2.11.2 aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2	61
5.2.3 Desfechos (resultados consolidados)	61
6 DISCUSSÃO	67
6.1 MUSICOTERAPIA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	67
6.1.1 Musicoterapia na gravidez e puerpério	69
6.1.2 Musicoterapia em neonatologia	71
6.1.3 Musicoterapia e aleitamento materno	72
6.2 DESENHO DO ESTUDO E DIFICULDADES ENCONTRADAS	74
6.2.1 Os objetivos	75
6.2.2 Eligibilidade, criterioso de inclusão e exclusão	75

6.2.3 Tamanho da amostra	77
6.2.4 Alocação aleatória e características dos sujeitos	78
6.2.5 A intervenção musicoterápica	80
6.3 DESFECHO PRIMÁRIO	81
6.4 DESFECHOS SECUNDÁRIOS	82
6.4.1 Aleitamento materno de qualquer tipo x Aleitamento artificial	82
6.4.2 Aleitamento materno exclusivo x outras formas de aleitamento e aleitamento artificial	83
7 CONCLUSÕES	85
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	90
ANEXO	97

1 INTRODUÇÃO

A musicoterapia tem se firmado como campo de trabalho e disciplina específica nas últimas quatro décadas no Brasil. Atualmente congregam-se associações em torno da *World Federation of Music Therapy, Inc. – WFMT*, com o objetivo de promover e consolidar a profissão de musicoterapeuta.

No Brasil, a existência de sete cursos de graduação reconhecidos pelo Ministério de Educação e quatro de pós-graduação (especialização), vem apontar para importância crescente desta disciplina.

A musicoterapia é definida pela WFMT como sendo:

“ (...) a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida pela prevenção, reabilitação ou tratamento.” (Federação Mundial de Musicoterapia, 1996)

A prática de musicoterapia vem apresentando resultados significativos em vários campos da saúde mental, educação especial, reabilitação e desenvolvimento social. Contudo, na área materno-infantil ainda carece de um aprofundamento em estudos e pesquisas que possam contribuir para o aprimoramento de uma metodologia e procedimentos técnicos específicos, bem como a ampliação de conhecimentos, uma vez que a bibliografia disponível, mesmo no âmbito mundial, ainda é escassa.

Em agosto de 2000, implantamos a clínica musicoterapêutica na Unidade de Neonatologia – Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Unidade Intermediária (UI) e Alojamento Mãe-Canguru – da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de

Janeiro (UFRJ), com as mães / pais / familiares dos bebês internados e demos início à elaboração de um projeto de pesquisa.

Esta última experiência vem suscitando questões relativas à música como meio facilitador de comunicação e expressão de conteúdos emocionais, e capaz de promover o alívio das ansiedades, temores e tensões que cercam este momento específico da família. Procuramos então focalizar no aleitamento materno a confluência dos múltiplos e complexos aspectos que perpassam desde a gestação, e que se tornam marcadamente visíveis no puerpério, principalmente em mães de bebês prematuros.

Por este motivo, faz-se necessário o investimento em pesquisas que possam sistematizar e organizar uma vertente teórico-crítica sobre a prática da musicoterapia na área em questão.

2 FUNDAMENTOS E JUSTIFICATIVAS

Impacto sobre a saúde da mulher e da criança

No documento elaborado pelo Ministério da Saúde – “Normas e Manuais Técnicos: Assistência Pré-Natal e Assistência ao Planejamento Familiar”, destaca-se:

“Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, visando incrementar a resolubilidade dos serviços de saúde, é a de identificar e dar prioridade às Ações Básicas de Saúde que possuam comprovada eficácia e que envolvam reduzida complexidade tecnológica no controle dos mais relevantes problemas de saúde.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 1988)

O “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” (PAISM), implementado em 1984, certamente inscreve-se dentre os projetos relevantes no contexto da Saúde Pública. As Ações Básicas preconizadas por este programa, privilegiam “as ações de saúde voltadas para o acompanhamento pré-natal, atenção ao parto e puerpério, clínica obstétrica e ginecológica, controle das doenças sexualmente transmissíveis e do câncer ginecológico e planejamento familiar.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 1987)

Neste sentido, poder pensar uma assistência como “integral” parece implicar, necessariamente, em uma inter-relação (e possível integração) dos múltiplos aspectos, não somente biológicos, como também emocionais, sociais e culturais.

As recomendações propostas pelo MS para o PAISM encontram ressonância e fundamento na Declaração de Fortaleza (BRASIL, Ministério da Saúde, 1985); na Declaração Conjunta OMS/UNICEF [Genebra, 1989]; Declaração dei Innocenti [Florença, 1990]; Carta de Ottawa [Ottawa, 1986]; Declaração de Adelaide [1988]; Declaração de Sundsvall [1991]; Declaração de Bogotá [1992] e todos estes documentos e pressupostos internacionais se inserem num contexto mais abrangente – a *promoção da saúde e humanização da assistência*. Dentre as áreas prioritárias destacadas para promover ações imediatas e políticas públicas saudáveis encontra-se o APOIO À SAÚDE DA MULHER. A Declaração de Genebra pode

ser considerada como um marco, com relação ao papel especial dos serviços materno-infantis, na proteção, promoção e apoio ao *aleitamento materno*, ao lado da Declaração de Innocenti onde está reafirmada esta nova filosofia:

“Todos os países devem desenvolver políticas nacionais de aleitamento materno e estabelecer metas de curto e longo prazo para os anos 90. Os países devem estabelecer um sistema racional de acompanhamento para atingir as metas, adotando indicadores como a prevalência do aleitamento materno exclusivo ao sair da maternidade e prevalência do aleitamento materno até os 4 meses de idade.” (1990)

Giugliane (2001) ressalta, citando Sanghvi (1996) que “a promoção do aleitamento materno, e em especial do aleitamento materno exclusivo, é considerada uma das estratégias de saúde de maior custo-benefício. Para a Organização Mundial de Saúde (1992), uma criança é considerada em aleitamento materno exclusivo, “quando ela recebe somente leite de peito, diretamente da sua mãe ou ama-de-leite, ou extraído e nenhum outro líquido ou sólido, exceto gotas ou xaropes de vitamina, suplementos vitamínicos ou medicamentos”.

Certamente o aleitamento materno é hoje considerado uma questão de Saúde Pública e todos os sistemas de saúde do mundo reconhecem as vantagens da lactação.

Cabe aqui serem destacados alguns pressupostos teóricos que fundamentam a clínica musicoterápica na área materno-infantil.

A existência de um universo sonoro-musical intra-uterino:

“Meses antes do nascimento, a capacidade dos bebês de ouvir já é aguda e bem desenvolvida. Eles podem distinguir entre tipos de som (por exemplo, uma campainha ou uma sineta), intensidade e altura, vozes diferentes, sons familiares e estranhos, e podem até determinar a direção de onde o som está vindo.” (KLAUS, KLAUS, 1989)

Barcellos (1994) nos lembra que “o som nos acompanha desde a vida intra-útero até a nossa morte, e embora muitas vezes não percebamos, fazemos parte de uma *paisagem*

*sonora*¹ que ao mesmo tempo nos envolve e contamina”. Benenzon (1985) acrescenta que estes estímulos tanto externos quanto internos da mãe se inscreverão como traços mnêmicos no psiquismo do ser em gestação. Anzieu (1989) assinala a existência de um “sistema de comunicação verdadeiramente audiodfônico” que liga o bebê a seus pais e ao mundo externo.

A importância da voz materna na constituição do vínculo mãe-bebê

Segundo Aberastury e Alvarez de Toledo (1955) o reconhecimento da voz materna se constitui como uma das experiências mais precoces e totais da vida de um bebê. A voz materna pode ser considerada como o “leite que entra pelos ouvidos”, no dizer dos autores.

Dentre outras pesquisas, destaca-se a de Ockelford et alli (1984/88 *apud* BUNT, 1994, p. 76) que demonstrou que bebês com menos de 24 horas de nascidos, já se orientavam em direção ao som da voz materna.

Para Lacas (*apud* CHNAIDERMAN, 1989), “a voz da mãe é a da música; a música é a voz da mãe”. Ressalta-se aqui a importância dos acalantos (também conhecidos como *cantigas de ninar, cantigas para embalar meninos, cantigas de berço*), como uma forma privilegiada de aproximação entre mãe e bebê. Lima (s.d., p. 38), observa que “o ninar é uma forma da mãe dar continência a seu bebê.”

O acalanto pode ser considerado como um abraço sonoro/musical e, certamente, se constitui em um dos *alimentos afetivos*² mais significativos na dinâmica interativa mãe-bebê.

Intervenção precoce nos laços de comunicação mãe-bebê como prevenção:

Laznik-Penot (1997) destaca a importância do *olhar* materno sobre o bebê como forma particular de investimento libidinal. A autora salienta:

¹ Paisagem sonora é um conceito desenvolvido por Murray Schafer no livro “O Ouvido Pensante”.

² Título do livro de Cyrulnik “Los alimentos afectivos” que trata da qualidade dos estímulos necessários para o desenvolvimento das competências sensoriais do feto-bebê.

“Mas o que chamo aqui olhar, é também o que permite à mãe escutar de início nos balbucios do bebê, mensagens significantes que ele fará suas mais tarde. Ver e escutar o que ainda não está para que um dia possa advir, é o que Winnicott chamava a loucura necessária das mães.”

Como reafirma Ferreira, as possibilidades de interação mãe-bebê se sustentam num diálogo em que, embora a mãe detenha o poder de estruturadora desta troca, o bebê fornece a ela “elementos retroalimentadores do processo comunicativo” (1997).

Esta, dentre vários autores, considera que da qualidade da interação mãe-bebê, dependerá a boa saúde mental da criança o que adquire um valor profilático. A nosso ver, esta interação se inicia com a preparação da mãe desde o pré-natal até o momento em que ela recebe o seu bebê, pela primeira vez, nos braços.

Música e Aleitamento

O leite materno é produzido pela ação de hormônios e reflexos. O hormônio prolactina “atua depois que a criança mama e produz leite para a **próxima** mamada. Essas etapas, desde a estimulação do mamilo até a secreção do leite são chamadas **reflexo de produção ou reflexo da prolactina.**” (KING, 1991). O hormônio ocitocina “atua enquanto a criança está sugando e faz o leite ‘descer’ para **esta** mamada. Essas etapas são o **reflexo da ejeção do leite** ou o **reflexo da ocitocina.**” (ibid, p.11). No entanto, o reflexo da ocitocina, diferente da prolactina, é mais complexo, sendo afetado pelos sentimentos, pensamentos, e sensações da mãe que assim tanto podem ajudar como também inibir a descida do leite. Se o reflexo de descida não funcionar, a criança não conseguirá leite suficiente somente pela sucção.

Ressalta-se aqui, citando Silva (1990), que “nos seres humanos o ato de amamentar ao seio ou não, antes de ser biologicamente determinado, é social e culturalmente condicionado. Daí as variações que apresenta nas várias sociedades humanas ou, na mesma sociedade, em diversos momentos históricos.(...) A determinação sócio-cultural nos seres humanos, tende a se sobrepor à determinação biológica” (SILVA, 1990).

No que se refere à amamentação, os dados mais importantes de pesquisa em musicoterapia pertencem a musicoterapeuta alemã, Monika Nöker-Ribaupierre (1999). Baseada em estimulação auditiva para bebês prematuros em UTI e estabilidade emocional para as mães através da diminuição do estresse que o atendimento com música proporciona, a autora obteve como resultado de seu trabalho:

- a) A análise dos dados mostrou que as mães dos bebês estimulados amamentaram, significativamente, com mais frequência (50% *versus* 12,5%) e por mais tempo (um ano *versus* três meses);
- b) As mães se mostravam menos instáveis psíquica e fisicamente.

Com base nos pressupostos, brevemente descritos, acreditamos que a musicoterapia dispõe de técnicas (audição musical, recriação, improvisação e composição) capazes de promover uma diminuição das ansiedades e das tensões, através da experiência acústica concreta propiciada tanto pelo “fazer música”³ quanto pela audição musical, o que poderá ajudar as mães durante o período de aleitamento, em particular para o reflexo de descida do leite.

Numa proposta interdisciplinar, pensamos que a musicoterapia pode contribuir não só para a humanização da assistência como também para a ampliação de novas formas de comunicação mãe-bebê-família.

³ O que chamamos “fazer música” é a produção musical oriunda das próprias motivações expressivas internas do sujeito, em que este escolhe os instrumentos musicais e as forma de tocá-los, as improvisações e canções em um encadeamento espontâneo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar o impacto da musicoterapia realizada durante o período de internação na manutenção do aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Avaliar o impacto da musicoterapia realizada durante o período de internação:

- ❑ na manutenção do aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar, da primeira consulta de seguimento (entre 7-15 dias pós alta), aos 30, 90 e 120 dias pós alta;
- ❑ na manutenção do aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar, da primeira consulta de seguimento (entre 7-15 dias pós alta), aos 30, 60, 90 e 120 dias pós alta.

4 METODOLOGIA

4.1 LOCAL DE ESTUDO

Unidade de Neonatologia da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), situada na cidade do Rio de Janeiro, no bairro de Laranjeiras, na Rua das Laranjeiras, número 180.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Prospectivo, aberto, controlado e randomizado (ensaio clínico randomizado)

4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

4.3.1 Elegibilidade

Mães de bebês prematuros, cujo peso de nascimento tenha sido igual ou inferior a 1750g, internados na UTI-Neonatal, Unidade Intermediária e Alojamento Mãe-Canguru da Maternidade-Escola da UFRJ.

4.3.2 Tamanho da amostra:

O tamanho da amostra foi calculado tomando-se por base a frequência esperada de aleitamento materno (de qualquer tipo) aos 60 dias após a alta hospitalar, que, segundo dados do serviço de Seguimento (Follow up) da Maternidade Escola da UFRJ, situa-se na faixa de 70% para esta população. Esperando-se uma diferença absoluta de 25% entre os grupos, isto é, aleitamento materno no grupo controle igual a 70% versus aleitamento materno no grupo da musicoterapia igual a 95%, o tamanho da amostra foi calculado em 86 sujeitos (43 em cada braço do estudo), para um nível de confiança de 95% (erro alfa de 5%) e um poder de 80%

(erro beta de 20%). Estimando-se uma perda de 10% após a randomização, o número total de sujeitos necessário ao desenvolvimento da pesquisa foi calculado em 102.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mães de bebês prematuros com peso de nascimento igual ou inferior a 1750g e cujos bebês tenham atingido estabilidade clínica, definida pela equipe médica;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde) – Apêndice A.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Mães HIV positivo;
- Mães de bebês com problemas clínicos que impediam a sucção (encefalopatia com hipotonia grave, anomalias oro-faciais, problemas cardíacos);
- Mães com deficiências auditivas graves.

Foram consideradas perdas:

- Mães que, por qualquer motivo, tiveram três ou menos sessões de musicoterapia;
- Mães cujos bebês faleceram durante a internação hospitalar.

4.6 CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE ALEITAMENTO

A classificação utilizada para definir o tipo de aleitamento que o bebê está recebendo foi aquela definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), a saber:

- Aleitamento materno exclusivo
- Aleitamento materno predominante – leite materno associado a outro líquido, exceto leite artificial;

- Aleitamento materno continuado – leite materno associado a outro alimento, inclusive leite artificial
- Aleitamento artificial – leite artificial associado a outro alimento, exceto leite materno

4.7 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS A SEREM ESTUDADAS.

- Algum tipo de aleitamento materno, em qualquer uma de suas formas (exclusivo, predominante ou continuado), conforme o critério da OMS (variável dicotômica).
- Aleitamento artificial – leite artificial associado a outro alimento, exceto leite materno (variável dicotômica)

4.8 COLETA DE DADOS

4.8.1 Randomização (alocação aleatória)

Após serem atendidos os critérios de inclusão e exclusão (5.3 e 5.4), os sujeitos da pesquisa foram randomizados de modo 1:1 para 2 grupos: grupo de estudo (musicoterapia) e grupo controle, de acordo com uma tabela de números randomizados (FISHER & YATES, 1963) – Anexo A.

4.8.2 Subgrupos (estratificação)

Para que houvesse uma distribuição uniforme dos sujeitos entre os grupos estudados no que se refere ao peso de nascimento, variável que influencia sobremaneira o tempo de permanência do bebê e em consequência o tempo de internação da mãe e o número de sessões de musicoterapia, a randomização foi estratificada por faixa de peso, considerando-se duas faixas, a saber:

- Faixa 1: até 1250g;
- Faixa 2: de 1250g a 1750g.

Tomando-se por base a frequência habitual de nascimentos em cada uma destas faixas de peso na Maternidade Escola da UFRJ, o número de sujeitos randomizados por faixa foi calculado em:

- Faixa 1: 40 (46%)
- Faixa 2: 46 (54%)

Dentro de cada faixa de peso, a distribuição dos sujeitos nos dois grupos (estudo e controle) foi feita por randomização em blocos de 8 (4 sujeitos para cada braço do estudo), visando avaliações intermediárias de possíveis vantagens ou efeitos adversos que pudessem levar à interrupção do estudo.

- Faixa 1: 5 blocos de 8 (40 sujeitos)
- Faixa 2: 5 blocos de 8 + 1 bloco de 6 (46 sujeitos)

A seqüência de números aleatórios gerada foi de conhecimento apenas de um dos orientadores da pesquisa, sendo cega para o outro orientador e para a equipe responsável pela intervenção musicoterápica. Para esse fim, foi utilizado um sistema de randomização centralizada, ou seja, assim que um sujeito considerado elegível assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido, a equipe de musicoterapia contactava o orientador responsável pela randomização, que fornecia o grupo de alocação, baseado na tabela previamente gerada e arquivada previamente na Divisão de Pesquisa.

4.8.3 Período de aleitamento (exclusivo, predominante, continuado ou artificial)

Foi quantificada a frequência de mães em aleitamento materno (qualquer uma de suas formas) e de mães que não estavam mais amamentando (aleitamento artificial) nos seguintes marcos de tempo:

- *primeira consulta de seguimento [entre 7-15 dias],*
- *30 dias pós-alta [mais ou menos 7 dias]*
- *60 dias pós-alta [mais ou menos 7 dias]*
- *90 dias pós-alta [mais ou menos 7 dias]*
- *120 dias pós-alta [mais ou menos 7 dias]*

Esta verificação foi feita através de um formulário preenchido na ocasião da alta hospitalar do bebê e na ocasião das visitas de seguimentos (follow-up) por um profissional não ligado ao estudo e que não estava consciente dos objetivos do protocolo.

4.8.4 Dados dos sujeitos

Os dados demográficos, sócio-econômicos e relativos à história obstétrica de todos os sujeitos (de ambos os grupos) foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), através do preenchimento da Ficha de Identificação (Apêndice B).

4.9 A INTERVENÇÃO MUSICOTERÁPICA

4.9.1 Entrevista:

A entrevista inicial foi feita individualmente, com todas as mulheres que fizeram parte da pesquisa. Esta entrevista foi realizada antes da randomização, após a assinatura do TCLE e o preenchimento da Ficha de Identificação. Teve como objetivo o levantamento da história sonoro-musical das mães selecionadas para os grupos estudados. Para o registro dos dados coletados, foi utilizada uma ficha de Entrevista Musicoterápica – Apêndice C.

4.9.2 Atendimento

- ❑ Local: Sala de atividades da enfermaria mãe-canguru.
- ❑ Duração: 60 minutos.
- ❑ Frequência: três vezes por semana, sendo computado o número de sessões realizadas com a clientela do grupo estudado.
- ❑ Forma de atendimento: grupal
- ❑ Forma de registro escrito: as sessões foram descritas por dois observadores, posicionados fora do círculo das pacientes. Ao término da sessão, os musicoterapeutas e estagiários reuniam-se na sala de musicoterapia e analisavam o relatório escrito, tecendo comentários que eram adicionados na ficha de evolução das pacientes.
- ❑ Instrumental utilizado: teclado, violão, caxixi, chocalho, conga, tumba, surdo, ganzá, triangulo, afoxé, *egg-shake*, metalofone, clava, guizo, pandeiro, pandeirola e tantã.
- ❑ Desenho: O atendimento foi dividido em 4 movimentos, a saber:

1º. Movimento – expressão verbal/ acolhimento:

Recepção das mães pela equipe, conversa sobre elas próprias e seus bebês.

2º. Movimento -- expressão musical/ continente sonoro:

Os instrumentos musicais ficavam disponíveis para que as mães tocassem e/ou cantassem qualquer tipo de música que lhes ocorresse durante a dinâmica. Os terapeutas davam um continente musical a estas expressões, interagindo através do tocar e/ou cantar ou ainda, fazendo intervenções musicais ou verbais. A experiência sensorial propiciada pela música - linguagem específica da musicoterapia, pode favorecer um contato maior com uma gama de sentimentos variados referidos ao momento vivido.

3º. Movimento – estimulação dos laços de comunicação/ vínculo mãe-pai-bebê

Neste momento, os musicoterapeutas ofereciam, cantando e tocando, acalantos brasileiros previamente selecionados. Também podiam ser colocadas peças musicais instrumentais eruditas como Thäis – Meditation (duração de 5'23''), de Massenet, Lullaby de Brahms (duração de 2'41'') e Air on the G String de Bach (duração de 5'43'').

As luzes eram apagadas, o que favorecia um relaxamento. Ao final, as luzes eram novamente acesas.

4º. Movimento – fechamento

Neste momento, as luzes eram novamente acesas e conversava-se sobre a sessão e sobre os assuntos que surgiram no dia.

Estes quatro movimentos não eram nem obrigatórios nem lineares, pois dependiam da dinâmica do atendimento clínico. A análise posterior dos registros das sessões relacionou os tipos de sessões oferecidas.

4.10 ESTATÍSTICA

Para análise das variáveis dicotômicas, os grupos foram comparados considerando-se a intenção de tratar, utilizando-se para isso do teste do qui-quadrado, com a correção de Yates sempre que indicado ou o teste exato de Fisher, quando apropriado. O nível de significância (alfa) foi estabelecido em 5% para o grupo como um todo e em 2,5% para a análise dos subgrupos, uma vez que estes foram analisados separadamente. Foi também utilizado o risco relativo com intervalo de confiança de 95% para se avaliar o impacto da intervenção no desfecho e o número necessário para tratar (NNT).

4.11 PRÉ TESTAGEM DO MODELO

A fim de se aperfeiçoar o protocolo de estudo, foi feita uma pré-testagem do modelo com um grupo piloto de 18 pacientes, tendo sido observada uma prevalência de aleitamento materno aos 60 dias pós-alta de 90% no grupo de estudo, contra 70% no grupo controle, o que correspondeu a uma diferença absoluta de 20%, o que estava muito próximo do poder estabelecido para o estudo. Desta forma, manteve-se o mesmo cálculo para o tamanho amostral.

4.12 ASPECTOS ÉTICOS

Não se conhece, até o presente momento, nenhum estudo que tenha relacionado efeitos negativos ou iatrogênicos do uso da musicoterapia no tipo de população estudada pelo presente trabalho.

Este estudo está de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10/10/1996, que regula os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da UFRJ, recebendo aprovação em 21/01/2002.

5 RESULTADOS

De março de 2004 a junho de 2007 foram recrutadas 190 mães consideradas elegíveis. Destas, 89 não puderam ser incluídas: 26 porque os recém-nascidos (RNs) preencheram um dos critérios de exclusão, 18 porque os RNs morreram antes de serem considerados em estabilidade clínica pela equipe médica, 11 porque não concordaram em participar (não assinaram o TCLE) e 34 mães não puderam ser contactadas durante a internação do bebê. Assim, foram randomizadas 101 mães, sendo 51 para o grupo de estudo e 50 para o grupo controle. Após o início da coleta de dados, houve sete perdas (três no grupo da musicoterapia e quatro no grupo controle). Desta forma, restaram 94 mães que constituíram o grupo analisado, sendo 48 no grupo de estudo e 46 no grupo controle (Figura 5.1).

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS

5.1.1 Demográficas e sócio-econômicas

As características demográficas e sócio-econômicas das mães que participaram do estudo eram muito semelhantes no grupo da musicoterapia e no grupo controle. A maioria das mães tinha entre 21 e 30 anos de idade; eram casadas no regime de união estável; a maioria era natural da cidade do Rio de Janeiro; tinham diversas ocupações, embora um terço não trabalhasse; cursaram o ensino fundamental ou médio de modo incompleto; a religião declarada era predominantemente a católica; eram primigestas; moravam com o marido; não tinham outros filhos; não planejaram a gravidez; não usavam métodos anticoncepcionais; fizeram pré-natal fora da Maternidade Escola da UFRJ e possuíam renda mensal de até R\$ 600,00 (Tabela 5.1).

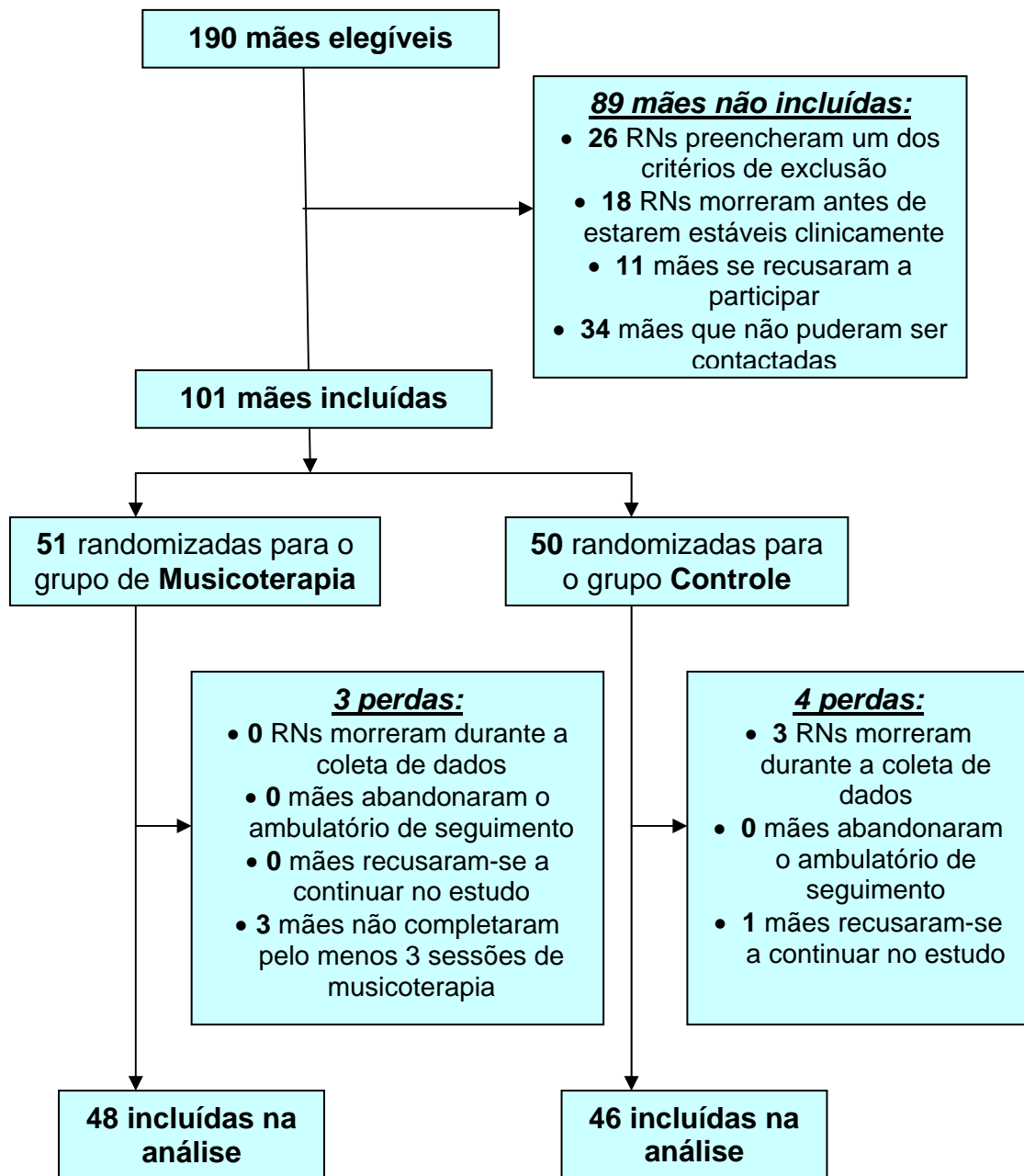


Figura 5.1 Fluxograma do estudo.

5.1.2 Outras características relevantes dos sujeitos

Nos quadros 5.1 e 5.2 são apresentadas outras características de interesse para melhor descrever as mães estudadas e seus recém-nascidos, respectivamente no grupo controle e no grupo de estudo.

Tabela 5.1 Características demográficas e sócio-econômicas dos sujeitos.

Variável	Grupo de Estudo (n = 48)	%	Grupo Controle (n = 46)	%
Idade				
12-20 anos	12	25,00	13	28,26
21-30 anos	25	52,08	19	41,30
31-40 anos	9	18,75	11	23,91
> 40 anos	2	4,17	3	6,52
Estado civil				
Solteira	11	22,92	9	19,57
Casada	11	22,92	13	28,26
União estável	26	54,17	24	52,17
Naturalidade				
Rio de Janeiro (capital)	26	54,17	26	56,52
Rio de Janeiro (interior)	7	14,58	5	10,87
Outros estados	14	29,17	15	32,61
Exterior	1	2,08	0	0,00
Ocupação				
Do lar	14	29,17	16	34,78
Empregada doméstica	2	4,17	7	15,22
Estudante	7	14,58	5	10,87
Desempregada	2	4,17	1	2,17
Outras	23	47,92	17	36,96
Escolaridade				
Ensino Fundamental Incompleto	14	29,17	15	32,61
Ensino Fundamental Completo	1	2,08	3	6,52
Ensino Médio Incompleto	12	25,00	11	23,91
Ensino Médio Completo	12	25,00	14	30,43
Ensino Superior Incompleto	4	8,33	1	2,17
Ensino Superior Completo	5	10,42	2	4,35
Religião				
Católica	25	52,08	24	52,17
Evangélica	12	25,00	13	28,26
Outras	2	4,17	1	2,17
Não tem	9	18,75	8	17,39
Mora com				
Marido	35	72,92	34	73,91
Pais	5	10,42	8	17,39
Marido e pais	2	4,17	2	4,35
Outros	4	8,33	2	4,35
Sozinha	2	4,17	0	0,00
Outros filhos				
0	29	60,42	30	65,22
1	12	25,00	7	15,22
2	2	4,17	5	10,87
3 ou mais	5	10,42	4	8,70
Gravides planejada				
Sim	19	39,58	15	32,61
Não	29	60,42	31	67,39

Tabela 5.1 Características demográficas e sócio-econômicas dos sujeitos (continuação).

Variável	Grupo de Estudo (n = 48)		Grupo Controle (n = 46)	
		%		%
Uso de método contraceptivo				
Camisinha	2	4,17	4	8,70
Pílula	19	39,58	13	28,26
Outros	2	4,17	0	0,00
Dois métodos	0	0,00	2	4,35
Não usa	25	52,08	27	58,70
Pré-Natal				
Maternidade-Escola	15	31,25	13	28,26
Outros	29	60,42	30	65,22
Não fez	4	8,33	3	6,52
Renda mensal (em R\$)				
Até 600,00	22	45,83	32	69,57
601,00 - 1.000,00	11	22,92	9	19,57
1.001,00 - 1.500,00	9	18,75	2	4,35
Acima de R\$ 1.500,00	6	12,50	3	6,52

Quadro 5.1 Outras características relevantes do grupo controle.

No.	Registro	Idade da mãe (anos)	Data de Nascimento do RN	Peso de Nascimento do RN (g)	Data da inclusão no estudo	Internação do RN (dias)
001	49787	23	10/03/04	1215	17/03/04	106
002	56064	19	15/03/04	1670	17/03/04	43
003	56062	22	16/03/04	1630	19/03/04	27
007	56636	23	07/05/04	1620	19/05/04	46
008	55902	17	25/05/04	1615	04/06/04	20
009	56731	22	27/05/04	1365	04/06/04	39
011	56846	28	07/06/04	1045	16/06/04	51
014	56995	40	21/06/04	1110	30/06/04	44
018	55988	26	22/07/04	965	04/08/04	84
019	57323	24	05/08/04	1610	13/08/04	27
021	57235	20	06/08/04	1180	18/08/04	42
024	57859	38	27/09/04	1595	05/10/04	16
025	55516	18	30/09/04	905	13/10/04	74
029	58338	33	01/04/05	1610	06/04/05	21
030	59894	25	22/04/05	985	04/05/05	56
034	59820	25	19/05/05	1110	08/06/05	74
036	60825	34	14/06/05	1425	17/06/05	34
038	60860	33	02/07/05	1500	06/07/05	18
041	59692	31	04/08/05	1365	10/08/05	57
046	62876	27	01/10/05	1410	05/10/05	39
047	62998	19	07/10/05	1015	19/10/05	60
050	63120	17	11/11/05	1325	22/11/05	42

Quadro 5.1 Outras características relevantes do grupo controle (continuação).

No.	Registro	Idade da mãe (anos)	Data de Nascimento do (RN)	Peso de Nascimento do RN (g)	Data da inclusão no estudo	Internação do RN (dias)
051	51725	23	12/11/05	940	22/11/05	65
052	63604	25	11/11/05	1545	22/11/05	18
054	63756	28	22/11/05	1650	07/12/05	21
057	65181	33	16/02/06	1025	22/03/06	78
060	64876	26	12/03/06	1265	24/03/06	53
061	46975	37	20/03/06	1045	24/03/06	51
065	66597	32	27/04/06	1315	02/05/06	60
067	65757	19	08/05/06	800	17/05/06	72
072	67903	41	09/08/06	1380	15/08/06	28
073	66791	16	09/08/06	935	18/08/06	251
077	39124	18	15/09/06	1730	26/09/06	17
078	69450	20	03/10/06	1360	18/10/06	37
081	70129	18	09/11/06	850	18/11/06	56
083	69931	34	30/10/06	1205	21/11/06	42
084	67566	36	09/11/06	955	24/11/06	57
087	68398	24	21/12/06	1595	03/01/07	25
090	72116	41	12/04/07	1440	18/04/07	29
091	70979	17	04/04/07	825	27/04/07	116
092	45536	23	01/06/07	795	06/06/07	66
093	72499	21	25/05/07	780	15/06/07	53
095	74444	16	22/07/07	785	25/07/07	93
096	69913	33	13/04/07	1480	20/04/07	38
098	70979	26	13/05/07	1555	23/05/07	23
101	73992	29	28/06/07	1365	27/07/07	39

Quadro 5.2 Outras características relevantes do grupo de estudo.

No.	Registro	Idade da mãe (anos)	Data de Nascimento do (RN)	Peso de Nascimento do RN (g)	Data da inclusão no estudo	Internação do RN (dias)
004	55124	22	17/03/04	1375	23/03/04	40
010	56749	41	04/06/04	1545	09/06/04	71
012	53249	22	14/06/04	1350	22/06/04	57
013	56163	25	10/06/04	850	23/06/04	67
015	57158	28	13/07/04	1285	20/07/04	45
017	55708	23	21/07/04	1600	28/07/04	30
020	49110	20	01/08/04	1400	13/08/04	39
022	56336	28	27/08/04	1215	08/09/04	84
023	57607	19	31/08/04	780	15/09/04	80
026	58047	21	01/03/05	1655	04/03/05	36

Quadro 5.2 Outras características relevantes do grupo de estudo (continuação).

No.	Registro	Idade da mãe (anos)	Data de Nascimento do (RN)	Peso de Nascimento do RN (g)	Data da inclusão no estudo	Internação do RN (dias)
027	59324	20	22/02/05	1450	04/03/05	51
028	49731	26	09/03/05	1120	30/03/05	68
032	60102	30	09/05/05	930	18/05/05	60
033	51502	23	10/05/05	1065	25/05/05	59
035	60813	20	12/06/05	1595	15/06/05	19
037	60793	24	10/06/05	1405	21/06/05	28
039	61616	20	28/07/05	1685	03/08/05	12
040	61984	26	28/07/05	740	03/08/05	88
042	59692	19	09/08/05	1100	12/08/05	62
043	62203	18	30/08/05	1640	13/09/05	21
044	62285	33	07/09/05	1675	13/09/05	40
045	62375	31	08/09/05	1620	21/09/05	22
048	60735	22	31/10/05	1080	04/11/05	49
049	63111	15	13/10/05	1570	04/11/05	34
053	62928	23	21/11/05	960	25/11/05	62
055	62570	16	08/03/06	1380	21/03/06	26
056	65382	25	14/03/06	1660	21/03/06	17
058	65495	28	17/03/06	1110	22/03/06	56
059	65541	34	05/03/06	1175	22/03/06	57
062	65752	27	22/03/06	1115	29/03/06	47
063	66256	29	19/04/06	1690	25/04/06	26
064	65986	32	29/03/06	805	26/04/06	104
066	62812	37	23/03/06	1285	02/05/06	63
068	67172	13	25/05/06	1265	31/05/06	46
070	67962	24	20/07/06	650	28/07/06	133
071	68419	24	07/08/06	750	11/08/06	78
074	67044	31	12/08/06	1335	18/08/06	68
075	66863	21	29/08/06	1655	13/09/06	24
076	68926	33	05/09/06	1735	13/09/06	20
079	68175	30	10/10/06	1655	20/10/06	39
080	69002	35	17/10/06	775	07/11/06	126
082	69979	24	03/11/06	1170	21/11/06	56
085	69232	42	23/11/06	1560	01/12/06	28
086	70547	35	11/12/06	980	02/01/07	112
094	55587	27	12/06/07	770	15/06/07	86
097	71019	16	04/05/07	1500	18/05/07	21
099	71311	19	08/05/07	1550	23/05/07	28
100	73050	18	16/06/07	1385	26/06/07	31

O peso médio dos RNs do grupo controle foi de $1258 \pm 295\text{g}$, enquanto no grupo de estudo foi de $1284 \pm 321\text{g}$. O tempo médio de internação no grupo controle foi de 52 ± 38 dias, com mediana de 44 dias, enquanto no grupo de estudo foi de 52 ± 28 dias, com mediana de 48 dias. Estas diferenças também não foram significativas, demonstrando a semelhança entre as características dos grupos estudados.

Na Tabela 5.2 encontram-se discriminados os sujeitos do grupo de estudo e o número de sessões de musicoterapia oferecidas e freqüentadas. A proporção de sessões de musicoterapia freqüentadas em relação às oferecidas (aderência) foi em média de 65% (17,5 a 100%) no grupo de estudo, com uma média de sessões realizadas por sujeito de $9 \pm 5,8$ (3 a 25) e mediana de 7.

Tabela 5.2 Grupo de estudo, dias de internação e sessões de musicoterapia.

No.	Dias de Internação (RN)	Sessões de Musicoterapia Freqüentadas	Sessões de Musicoterapia Oferecidas	Aderência (%)
004	40	7	14	50,00%
010	71	25	26	96,15%
012	57	14	20	70,00%
013	67	8	21	38,10%
015	45	12	14	85,71%
017	30	6	8	75,00%
020	39	5	9	55,56%
022	84	23	27	85,19%
023	80	20	24	83,33%
026	36	10	13	76,92%
027	51	16	16	100,00%
028	68	3	17	17,65%
032	60	11	20	55,00%
033	59	7	17	41,18%
035	19	6	7	85,71%
037	28	3	7	42,86%
039	12	3	3	100,00%

Tabela 5.2 Grupo de estudo, dias de internação e sessões de musicoterapia (continuação).

No.	Dias de Internação (RN)	Sessões de Musicoterapia Frequentadas	Sessões de Musicoterapia Oferecidas	Aderência (%)
040	88	14	31	45,16%
042	62	11	22	50,00%
043	21	3	3	100,00%
044	40	6	14	42,86%
045	22	4	4	100,00%
048	49	14	15	93,33%
049	34	4	4	100,00%
053	62	6	11	54,55%
055	26	6	6	100,00%
056	17	5	6	83,33%
058	56	14	19	73,68%
059	57	10	14	71,43%
062	47	4	15	26,67%
063	26	7	8	87,50%
064	104	16	26	61,54%
066	63	6	10	60,00%
068	46	8	12	66,67%
070	133	12	48	25,00%
071	78	7	27	25,93%
074	68	9	22	40,91%
075	24	3	5	60,00%
076	20	3	5	60,00%
079	39	3	11	27,27%
080	126	12	21	57,14%
082	56	8	16	50,00%
085	28	4	8	50,00%
086	112	4	9	44,44%
094	86	23	26	88,46%
097	21	3	4	75,00%
099	28	4	4	100,00%
100	31	3	6	50,00%

5.2 DESFECHOS

A distribuição geral das mães em relação aos desfechos estudados (objetivo primário e secundários) no grupo de estudo e no grupo controle encontra-se discriminada respectivamente nos Quadros 5.3 e 5.4.

Quadro 5.3 Distribuição das mães em relação aos desfechos no grupo de estudo.

No.	Alta	1ª Consulta	D30	D60	D90	D120
004	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial
010	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
012	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial
013	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
015	Continuado	Continuado	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
017	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
020	Continuado	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
022	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
023	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	X	X
026	Continuado	Continuado	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
027	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial
028	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
032	Exclusivo	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
033	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
035	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
037	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
039	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
040	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
042	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
043	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado
044	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Artificial
045	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado
048	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado
049	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
053	Exclusivo	X	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
055	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	X
056	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	X	X
058	Continuado	Continuado	Exclusivo	Continuado	Artificial	Artificial
059	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	X	X
062	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
063	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado
064	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
066	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial
068	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	X	X
070	Artificial	Continuado	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial
071	Artificial	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
074	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
075	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
076	Continuado	Continuado	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Continuado

Quadro 5.3 Distribuição das mães em relação aos desfechos no grupo de estudo (continuação).

No.	Alta	1ª Consulta	D30	D60	D90	D120
079	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
080	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
082	Continuado	Exclusivo	Continuado	Continuado	Artificial	Continuado
085	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
086	Artificial	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
094	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado
097	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado
099	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado
100	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Artificial

Quadro 5.4 Distribuição das mães em relação aos desfechos no grupo controle.

No.	Alta	1ª Consulta	D30	D60	D90	D120
001	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
002	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado
003	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
007	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
008	Exclusivo	Exclusivo	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
009	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
011	Artificial	X	X	Continuado	X	X
014	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
018	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
019	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado
021	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Predominante	Predominante
024	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	X
025	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
029	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado	Continuado
030	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
034	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
036	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Artificial
038	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Artificial
041	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
046	Exclusivo	X	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
047	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
050	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Exclusivo	Continuado	Artificial
051	Exclusivo	X	Exclusivo	Continuado	Continuado	Continuado
052	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Exclusivo
054	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Artificial	Artificial
057	Artificial	Continuado	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial

Quadro 5.4 Distribuição das mães em relação aos desfechos no grupo controle (continuação).

No.	Alta	1ª Consulta	D30	D60	D90	D120
060	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
061	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	X	X
065	Artificial	Continuado	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial
067	Continuado	Continuado	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial
072	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
073	Artificial	Artificial	X	Artificial	X	Artificial
077	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Artificial	Artificial	Artificial
078	Continuado	Continuado	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado
081	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
083	Continuado	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
084	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
087	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado	Continuado
090	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado
091	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado	Continuado	Continuado
092	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
093	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
095	Artificial	X	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
096	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial	Artificial
098	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo
101	Exclusivo	Exclusivo	Exclusivo	Continuado	Continuado	Continuado

5.2.1 Desfecho primário

Aos 60 dias após a alta hospitalar dos RNs, 36 mães (75%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 27 (59%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,09$). O risco relativo foi de 1,28 (IC95% 0,95-1,71) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 6,25 (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 Desfecho primário (60 dias pós-alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	36 (75%)	27 (59%)	1,28 (0,95-1,71)	0,09	6,25
Aleitamento artificial	12 (25%)	19 (41%)			

5.2.1.1 Desfecho primário no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Na análise do subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g), aos 60 dias após a alta hospitalar dos RNs, 13 mães (65%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 9 (43%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,15$). O risco relativo foi de 1,52 (IC95% 0,84-2,73) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 4,55 (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 Desfecho primário, subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	13 (65%)	9 (43%)	1,52 (0,84-2,73)	0,15	4,55
Aleitamento artificial	7 (35%)	12 (57%)			

5.2.1.2 Desfecho primário no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Na análise do subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g), aos 60 dias após a alta hospitalar dos RNs, 23 mães (82%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 18 (72%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,38$). O risco relativo foi de 1,14 (IC95% 0,85-1,54) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 10 (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 Desfecho primário, subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	23 (82%)	18 (72%)	1,14 (0,85-1,54)	0,38	10
Aleitamento artificial	5 (18%)	7 (28%)			

5.2.2 Desfechos secundários

5.2.2.1 Aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar do bebê

Na ocasião da alta hospitalar dos RNs, 42 mães (88%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 33 (72%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,057$), mas ficou muito próxima da significância. O risco relativo foi de 1,22 (IC95% 0,99-1,51) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 6,25 (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 Desfecho secundário (na ocasião da alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	42 (88%)	33 (72%)	1,22 (0,99-1,51)	0,057	6,25
Aleitamento artificial	6 (12%)	13 (28%)			

5.2.2.1.1 aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Na análise do subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g), na ocasião da alta hospitalar dos RNs, 15 mães (75%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 11 (52%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,13$). O risco relativo foi de 1,43 (IC95% 0,89-2,31) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 4,35 (Tabela 5.7).

Tabela 5.7 Desfecho secundário (na ocasião da alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	15 (75%)	11 (52%)	1,43 (0,89-2,31)	0,13	4,35
Aleitamento artificial	5 (25%)	10 (48%)			

5.2.2.1.2 aleitamento materno na ocasião da alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Na análise do subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g), na ocasião da alta hospitalar dos RNs, 27 mães (96%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 22 (88%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,25$). O risco relativo foi de 1,10 (IC95% 0,93-1,29) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 12,5 (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 Desfecho secundário (na ocasião da alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	27 (96%)	22 (88%)	1,10 (0,93-1,29)	0,25	12,5
Aleitamento artificial	1 (4%)	3 (12%)			

5.2.2.2 Aleitamento materno na ocasião primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta)

Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar dos RNs, um total de 5 mães não compareceu à consulta (1 no grupo de estudo e 4 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 5 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 42 mães (88%) continuavam oferecendo alguma forma de

aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 32 (70%). Esta diferença foi significativa ($p = 0,03$). O risco relativo foi de 1,26 (IC95% 1,01-1,57) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 5,55 (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 Desfecho secundário (na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	42 (88%)	32 (70%)	1,26 (1,01-1,57)	0,03	5,55
Aleitamento artificial	6 (12%)	14 (30%)			

5.2.2.2.1 aleitamento materno na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar dos RNs, um total de 4 mães não compareceu à consulta (1 no grupo de estudo e 3 no grupo controle) no subgrupo 1. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 4 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 16 mães (80%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 10 (48%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,06$) quando se utilizou a correção de Yates (em uma das classes a frequência foi menor do que 5). O risco relativo foi de 1,68 (IC95% 1,02-2,67) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 3,1 (Tabela 5.10).

Tabela 5.10 Desfecho secundário (na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor (Yates)	NNT
Aleitamento materno	16 (80%)	10 (48%)	1,68 (1,02-2,67)	0,06	3,1
Aleitamento artificial	4 (20%)	11 (52%)			

5.2.2.2.2 aleitamento materno na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar dos RNs, uma mãe não compareceu à consulta (grupo controle) no subgrupo 2. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas esta mãe foi considerada como em aleitamento artificial, observou-se que 26 mães (93%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 22 (88%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,66$ pelo teste exato de Fisher). O risco relativo foi de 0,97 (IC95% 0,85-1,11) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 20 (Tabela 5.11).

Tabela 5.11 Desfecho secundário (na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor (Fisher)	NNT
Aleitamento materno	26 (93%)	22 (88%)	1,06 (0,68-1,26)	0,66	20
Aleitamento artificial	2 (7%)	3 (12%)			

5.2.2.3 Aleitamento materno aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê

Aos 30 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 2 mães não compareceu à consulta (grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 2 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 38 mães (79%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 30 (65%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,13$). O risco relativo foi de 1,21 (IC95% 0,73-5,66) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 7,1 (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 Desfecho secundário (aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	38 (79%)	30 (65%)	1,21 (0,73-5,66)	0,13	7,1
Aleitamento artificial	10 (21%)	16 (35%)			

5.2.2.3.1 aleitamento materno aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Aos 30 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 2 mães não compareceu à consulta (grupo controle) no subgrupo 1. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 2 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 13 mães (65%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 10 (48%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,26$). O risco relativo foi de 1,36 (IC95% 0,79-2,37) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 5,9 (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 Desfecho secundário (aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	13 (65%)	10 (48%)	1,36 (0,79-2,37)	0,26	5,9
Aleitamento artificial	7 (35%)	11 (52%)			

5.2.2.3.2 aleitamento materno aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Aos 30 dias após a alta hospitalar dos RNs, observou-se que 25 mães (89%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 20 (80%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,35$, com correção de Yates). O risco

relativo foi de 1,12 (IC95% 0,88-1,41) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 11,1 (Tabela 5.14).

Tabela 5.14 Desfecho secundário (aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor (Yates)	NNT
Aleitamento materno	25 (89%)	20 (80%)	1,12 (0,88-1,41)	0,35	11,1
Aleitamento artificial	3 (11%)	5 (20%)			

5.2.2.4 Aleitamento materno aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê

Aos 90 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 7 mães não compareceu à consulta (4 no grupo de estudo e 3 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 7 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 27 mães (56%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 24 (52%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,69$). O risco relativo foi de 1,07 (IC95% 0,74-1,56) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 25 (Tabela 5.15).

Tabela 5.15 Desfecho secundário (aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	27 (56%)	24 (52%)	1,07 (0,74-1,56)	0,69	25
Aleitamento artificial	21 (44%)	22 (48%)			

5.2.2.4.1 aleitamento materno aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Aos 90 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 5 mães não compareceu à consulta (2 no grupo de estudo e 3 no grupo controle) no subgrupo 1. Utilizando-se a análise

por intenção de tratar, isto é, estas 5 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 8 mães (40%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 7 (33%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,66$). O risco relativo foi de 1,20 (IC95% 0,53-2,69) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 14,3 (Tabela 5.16).

Tabela 5.16 Desfecho secundário (aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	8 (40%)	7 (33%)	1,20 (0,53-2,69)	0,66	14,3
Aleitamento artificial	12 (60%)	14 (67%)			

5.2.2.4.2 aleitamento materno aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Aos 90 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 2 mães não compareceu à consulta (grupo de estudo) no subgrupo 2. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 2 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 19 mães (68%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 17 (68%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,99$). O risco relativo foi de 1,00 (IC95% 0,69-1,45) – ver Tabela 5.17.

Tabela 5.17 Desfecho secundário (aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno	19 (68%)	17 (68%)	1,00 (0,69-1,45)	0,99
Aleitamento artificial	9 (32%)	8 (32%)		

5.2.2.5 Aleitamento materno aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê

Aos 120 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 8 mães não compareceu à consulta (5 no grupo de estudo e 3 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 8 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 25 mães (52%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 20 (43%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,40$). O risco relativo foi de 1,20 (IC95% 0,78-1,84) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 11,1 (Tabela 5.18).

Tabela 5.18 Desfecho secundário (aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	25 (52%)	20 (43%)	1,20 (0,78-1,84)	0,40	11,1
Aleitamento artificial	23 (48%)	26 (57%)			

5.2.2.5.1 aleitamento materno aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Aos 120 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 4 mães não compareceu à consulta (2 no grupo de estudo e 2 no grupo controle) no subgrupo 1. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 4 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 9 mães (45%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 7 (33%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,44$). O risco relativo foi de 1,35 (IC95% 0,62-2,93) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 8,3 (Tabela 5.19).

Tabela 5.19 Desfecho secundário (aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor (Yates)	NNT
Aleitamento materno	9 (45%)	7 (33%)	1,35 (0,62-2,93)	0,44	8,3
Aleitamento artificial	11 (55%)	14 (67%)			

5.2.2.5.2 aleitamento materno aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Aos 120 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 4 mães não compareceu à consulta (3 no grupo de estudo e 1 no grupo controle) no subgrupo 2. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 4 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 16 mães (57%) continuavam oferecendo alguma forma de aleitamento materno a seus filhos (exclusivo, predominante ou continuado) no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 13 (52%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,71$). O risco relativo foi de 1,10 (IC95% 0,67-1,80) e o número necessário para tratar (NNT) foi de 20 (Tabela 5.20).

Tabela 5.20 Desfecho secundário (aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleitamento materno	16 (57%)	13 (52%)	1,10 (0,67-1,80)	0,71	20
Aleitamento artificial	12 (43%)	12 (48%)			

5.2.2.6 Aleitamento materno EXCLUSIVO na ocasião da alta hospitalar do bebê

Na ocasião da alta hospitalar dos RNs, 18 mães (38%) estavam oferecendo aleitamento materno de forma exclusiva a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este

número foi de 23 (50%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,22$). O risco relativo foi de 0,75 (IC95% 0,47-1,19) – ver Tabela 5.21.

Tabela 5.21 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	18 (38%)	23 (50%)	0,75 (0,47-1,19)	0,22
Aleitamento não-exclusivo	30 (62%)	23 (50%)		

5.2.2.6.1 aleitamento materno EXCLUSIVO na ocasião da alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Na análise do subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g), na ocasião da alta hospitalar dos RNs, 5 mães (25%) estavam oferecendo aleitamento materno de forma exclusiva a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 7 (33%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,56$). O risco relativo foi de 0,75 (IC95% 0,28-1,98) – ver Tabela 5.22.

Tabela 5.22 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	5 (25%)	7 (33%)	0,75 (0,28-1,98)	0,56
Aleitamento não-exclusivo	15 (75%)	14 (67%)		

5.2.2.6.2 aleitamento materno EXCLUSIVO na ocasião da alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Na análise do subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g), na ocasião da alta hospitalar dos RNs, 13 mães (46%) estavam oferecendo aleitamento materno de forma exclusiva a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 16

(64%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,20$). O risco relativo foi de 0,73 (IC95% 0,44-1,19) – ver Tabela 5.23.

Tabela 5.23 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	13 (46%)	16 (64%)	0,73 (0,44-1,19)	0,20
Aleitamento não-exclusivo	15 (54%)	9 (36%)		

5.2.2.7 Aleitamento materno EXCLUSIVO na ocasião primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta)

Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar dos RNs, um total de 5 mães não compareceu à consulta (1 no grupo de estudo e 4 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 5 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 19 mães (40%) estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 23 (50%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,31$). O risco relativo foi de 0,79 (IC95% 0,50-1,25) – ver Tabela 5.24.

Tabela 5.24 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	19 (40%)	23 (50%)	0,79 (0,50-1,25)	0,31
Aleitamento não-exclusivo	29 (60%)	23 (50%)		

5.2.2.7.1 aleitamento materno EXCLUSIVO na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar dos RNs, um total de 4 mães não compareceu à consulta (1 no grupo de estudo e 3 no grupo controle) no subgrupo 1. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 4 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 5 mães (25%) estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 6 (29%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,80$). O risco relativo foi de 0,88 (IC95% 0,32-2,42) – ver Tabela 5.25.

Tabela 5.25 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	5 (25%)	6 (29%)	0,88 (0,32-2,42)	0,80
Aleitamento não-exclusivo	15 (75%)	15 (71%)		

5.2.2.7.2 aleitamento materno EXCLUSIVO na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê (entre 7 e 15 dias pós-alta) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar dos RNs, uma mãe não compareceu à consulta (grupo controle) no subgrupo 2. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, esta mãe foi considerada como em aleitamento artificial, observou-se que 14 mães (50%) estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 17 (68%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,18$). O risco relativo foi de 0,74 (IC95% 0,47-1,16) – ver Tabela 5.26.

Tabela 5.26 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	14 (50%)	17 (68%)	0,74 (0,47-1,16)	0,18
Aleitamento não-exclusivo	14 (50%)	8 (32%)		

5.2.2.8 Aleitamento materno EXCLUSIVO aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê

Aos 30 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 2 mães não compareceu à consulta (grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 2 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 18 mães (38%) estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 21 (46%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,42$). O risco relativo foi de 0,82 (IC95% 0,51-1,33) – ver Tabela 5.27.

Tabela 5.27 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	18 (38%)	21 (46%)	0,82 (0,51-1,33)	0,42
Aleitamento não-exclusivo	30 (62%)	25 (54%)		

5.2.2.8.1 aleitamento materno EXCLUSIVO aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Aos 30 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 2 mães não compareceu à consulta (grupo controle) no subgrupo 1. Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 2 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 5 mães (25%) continuavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de

estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 5 (23%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,93$). O risco relativo foi de 1,05 (IC95% 0,36-3,09) – ver Tabela 5.28.

Tabela 5.28 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	5 (25%)	5 (23%)	1,05 (0,36-3,09)	0,93
Aleitamento não-exclusivo	15 (75%)	16 (77%)		

5.2.2.8.2 aleitamento materno EXCLUSIVO aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Aos 30 dias após a alta hospitalar dos RNs observou-se que 13 mães (46%) continuavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 16 (64%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,20$). O risco relativo foi de 0,73 (IC95% 0,44-1,19) – ver Tabela 5.29.

Tabela 5.29 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aleitamento materno exclusivo	13 (46%)	16 (64%)	0,73 (0,44-1,19)	0,20
Aleitamento não-exclusivo	15 (54%)	9 (36%)		

5.2.2.9 Aleitamento materno EXCLUSIVO aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê

Aos 60 dias após a alta hospitalar dos RNs observou-se que 20 mães (42%) estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 16 (35%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,49$). O

risco relativo foi de 1,20 (IC95% 0,71-2,01) e o número necessário para tratar foi 14,3 (Tabela 5.30).

Tabela 5.30 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleit. materno exclusivo	20 (42%)	16 (35%)	1,20 (0,71-2,01)	0,49	14,3
Aleitamento não-exclusivo	28 (58%)	30 (65%)			

5.2.2.9.1 aleitamento materno EXCLUSIVO aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Aos 60 dias após a alta hospitalar dos RNs observou-se que 4 mães (20%) continuavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 4 (19%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,94$). O risco relativo foi de 1,05 (IC95% 0,30-3,64) e o número necessário para tratar foi 100 (Tabela 5.31).

Tabela 5.31 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleit. materno exclusivo	4 (20%)	4 (19%)	1,05 (0,30-3,64)	0,94	100
Aleitamento não-exclusivo	16 (80%)	17 (81%)			

5.2.2.9.2 aleitamento materno EXCLUSIVO aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Aos 60 dias após a alta hospitalar dos RNs observou-se que 16 mães (57%) continuavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 12 (48%). Esta diferença não foi significativa

($p = 0,51$). O risco relativo foi de 1,19 (IC95% 0,71-2,00) e o número necessário para tratar foi 11,1 (Tabela 5.32).

Tabela 5.32 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleit. materno exclusivo	16 (57%)	12 (48%)	1,19 (0,71-2,00)	0,51	11,1
Aleitamento não-exclusivo	12 (43%)	13 (52%)			

5.2.2.10 Aleitamento materno EXCLUSIVO aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê

Aos 90 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 7 mães não compareceu à consulta (4 no grupo de estudo e 3 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 7 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 13 mães (27%) estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 9 (20%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,39$). O risco relativo foi de 1,38 (IC95% 0,66-2,92) e o número necessário para tratar foi 14,3 (Tabela 5.33).

Tabela 5.33 – Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleit. materno exclusivo	20 (42%)	16 (35%)	1,38 (0,66-2,92)	0,39	14,3
Aleitamento não-exclusivo	28 (58%)	30 (65%)			

5.2.2.10.1 aleitamento materno EXCLUSIVO aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Aos 90 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 5 mães não compareceu à consulta (2 no grupo de estudo e 3 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de

tratar, isto é, estas 5 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 2 mães (10%) continuavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 2 (10%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,63$ com correção de Yates). O risco relativo foi de 1,05 (IC95% 0,16-6,76) – ver Tabela 5.34.

Tabela 5.34 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor (Yates)
Aleitamento materno exclusivo	2 (10%)	2 (10%)	1,05 (0,16-6,76)	0,63
Aleitamento não-exclusivo	18 (90%)	19 (80%)		

5.2.2.10.2 aleitamento materno EXCLUSIVO aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Aos 90 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 2 mães não compareceu à consulta (grupo de estudo). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 2 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 11 mães (39%) continuavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 7 (28%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,39$). O risco relativo foi de 1,40 (IC95% 0,64-3,06) e o número necessário para tratar foi 9,1 (Tabela 5.35).

Tabela 5.35 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleit. materno exclusivo	11 (39%)	7 (28%)	1,40 (0,64-3,06)	0,39	9,1
Aleitamento não-exclusivo	17 (61%)	18 (72%)			

5.2.2.11 Aleitamento materno EXCLUSIVO aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê

Aos 120 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 8 mães não compareceu à consulta (5 no grupo de estudo e 3 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 8 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 8 mães (17%) estavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 6 (13%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,62$). O risco relativo foi de 1,28 (IC95% 0,48-3,40) e o número necessário para tratar foi 25 (Tabela 5.36).

Tabela 5.36 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aleit. materno exclusivo	8 (17%)	6 (13%)	1,28 (0,48-3,40)	0,62	25
Aleitamento não-exclusivo	40 (83%)	40 (87%)			

5.2.2.11.1 aleitamento materno EXCLUSIVO aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)

Aos 120 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 4 mães não compareceu à consulta (2 no grupo de estudo e 2 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 4 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 1 mãe (5%) continuava oferecendo aleitamento materno exclusivo a seu filho no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 2 (10%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,96$ pelo teste exato de Fisher). O risco relativo foi de 0,52 (IC95% 0,05-5,35) – ver Tabela 5.37.

Tabela 5.37 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor (Fisher)
Aleitamento materno exclusivo	1 (5%)	2 (10%)	0,52 (0,05-5,35)	0,96
Aleitamento não-exclusivo	19 (95%)	19 (90%)		

5.2.2.11.2 aleitamento materno EXCLUSIVO aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)

Aos 120 dias após a alta hospitalar dos RNs, um total de 4 mães não compareceu à consulta (3 no grupo de estudo e 1 no grupo controle). Utilizando-se a análise por intenção de tratar, isto é, estas 4 mães foram consideradas como em aleitamento artificial, observou-se que 7 mães (25%) continuavam oferecendo aleitamento materno exclusivo a seus filhos no grupo de estudo, enquanto no grupo controle este número foi de 4 (16%). Esta diferença não foi significativa ($p = 0,22$ com correção de Yates). O risco relativo foi de 1,56 (IC95% 0,52-4,71) e o número necessário para tratar foi 11,1 (Tabela 5.38).

Tabela 5.38 Desfecho secundário (aleitamento materno exclusivo aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê) no subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor (Yates)	NNT
Aleit. materno exclusivo	7 (25%)	4 (16%)	1,56 (0,52-4,71)	0,22	11,1
Aleitamento não-exclusivo	18 (75%)	21 (84%)			

5.2.3 Desfechos (resultados consolidados)

Nas Tabelas 5.39, 5.40 e 5.41 podem-se observar os desfechos primários e secundários de uma maneira consolidada.

Tabela 5.39 Desfechos primários (resultados consolidados).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
60 dias após a alta hospitalar do bebê					
Aleitamento materno	36 (75%)	27 (59%)	1,28 (0,95-1,71)	0,09	6,25
Aleitamento artificial	12 (25%)	19 (41%)			
Subgrupo 1 (peso de nascimento até 1250g)					
Aleitamento materno	13 (65%)	9 (43%)	1,52 (0,84-2,73)	0,15	4,55
Aleitamento artificial	7 (35%)	12 (57%)			
Subgrupo 2 (peso de nascimento entre 1250 e 1750g)					
Aleitamento materno	23 (82%)	18 (72%)	1,14 (0,85-1,54)	0,38	10
Aleitamento artificial	5 (18%)	7 (28%)			

Tabela 5.40 Desfechos secundários: aleitamento materno de qualquer tipo versus aleitamento artificial (resultados consolidados).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Na ocasião da alta hospitalar do bebê					
Aleitamento materno	42 (88%)	33 (72%)	1,22 (0,99-1,51)	0,057	6,25
Aleitamento artificial	6 (12%)	13 (28%)			
Na ocasião da alta hospitalar do bebê, subgrupo 1					
Aleitamento materno	15 (75%)	11 (52%)	1,43 (0,89-2,31)	0,13	4,35
Aleitamento artificial	5 (25%)	10 (48%)			
Na ocasião da alta hospitalar do bebê, subgrupo 2					
Aleitamento materno	27 (96%)	22 (88%)	1,10 (0,93-1,29)	0,25	12,5
Aleitamento artificial	1 (4%)	3 (12%)			
Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê					
Aleitamento materno	42 (88%)	32 (70%)	1,26 (1,01-1,57)	0,03	5,55
Aleitamento artificial	6 (12%)	14 (30%)			

Tabela 5.40 Desfechos secundários: aleitamento materno de qualquer tipo versus aleitamento artificial (resultados consolidados) - continuação.

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1					
Aleitamento materno	16 (80%)	10 (48%)	1,68 (1,02-2,67)	0,06	3,1
Aleitamento artificial	4 (20%)	11 (52%)			
Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2					
Aleitamento materno	26 (93%)	22 (88%)	1,06 (0,68-1,26)	0,66	20
Aleitamento artificial	2 (7%)	3 (12%)			
Aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê					
Aleitamento materno	38 (79%)	30 (65%)	1,21 (0,73-5,66)	0,13	7,1
Aleitamento artificial	10 (21%)	16 (35%)			
Aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1					
Aleitamento materno	13 (65%)	10 (48%)	1,36 (0,79-2,37)	0,26	5,9
Aleitamento artificial	7 (35%)	11 (52%)			
Aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2					
Aleitamento materno	25 (89%)	20 (80%)	1,12 (0,88-1,41)	0,35	11,1
Aleitamento artificial	3 (11%)	5 (20%)			
Aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê					
Aleitamento materno	27 (56%)	24 (52%)	1,07 (0,74-1,56)	0,69	25
Aleitamento artificial	21 (44%)	22 (48%)			
Aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1					
Aleitamento materno	8 (40%)	7 (33%)	1,20 (0,53-2,69)	0,66	14,3
Aleitamento artificial	12 (60%)	14 (67%)			
Aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2					
Aleitamento materno	19 (68%)	17 (68%)	1,00 (0,69-1,45)	0,66	-
Aleitamento artificial	9 (32%)	8 (32%)			

Tabela 5.40 Desfechos secundários: aleitamento materno de qualquer tipo versus aleitamento artificial (resultados consolidados) - continuação.

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor	NNT
Aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê					
Aleitamento materno	25 (52%)	20 (43%)	1,20 (0,78-1,84)	0,40	11,1
Aleitamento artificial	23 (48%)	26 (57%)			
Aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1					
Aleitamento materno	9 (45%)	7 (33%)	1,35 (0,62-2,93)	0,44	8,3
Aleitamento artificial	11 (55%)	14 (67%)			
Aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2					
Aleitamento materno	16 (57%)	13 (52%)	1,10 (0,67-1,80)	0,71	20
Aleitamento artificial	12 (43%)	12 (48%)			

Tabela 5.41 Desfechos secundários: aleitamento materno exclusivo versus aleitamento materno não-exclusivo (resultados consolidados).

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Na ocasião da alta hospitalar do bebê				
Aleitamento materno exclusivo	18 (38%)	23 (50%)	0,75 (0,47-1,19)	0,22
Aleitamento não-exclusivo	30 (62%)	23 (50%)		
Na ocasião da alta hospitalar do bebê, subgrupo 1				
Aleitamento materno exclusivo	5 (25%)	7 (33%)	0,75 (0,28-1,98)	0,56
Aleitamento não-exclusivo	15 (75%)	14 (67%)		
Na ocasião da alta hospitalar do bebê, subgrupo 2				
Aleitamento materno exclusivo	13 (46%)	16 (64%)	0,73 (0,44-1,19)	0,20
Aleitamento não-exclusivo	15 (54%)	9 (36%)		
Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê				
Aleitamento materno exclusivo	19 (40%)	23 (50%)	0,79 (0,50-1,25)	0,31
Aleitamento não-exclusivo	29 (60%)	23 (50%)		

Tabela 5.41 Desfechos secundários: aleitamento materno exclusivo versus aleitamento materno não-exclusivo (resultados consolidados) – continuação.

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1				
Aleitamento materno exclusivo	5 (25%)	6 (29%)	0,88 (0,32-2,42)	0,80
Aleitamento não-exclusivo	15 (75%)	15 (71%)		
Na ocasião da primeira consulta após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2				
Aleitamento materno exclusivo	13 (46%)	16 (64%)	0,73 (0,44-1,19)	0,20
Aleitamento não-exclusivo	15 (54%)	9 (36%)		
Aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê				
Aleitamento materno exclusivo	18 (38%)	21 (46%)	0,82 (0,51-1,33)	0,42
Aleitamento não-exclusivo	30 (62%)	25 (54%)		
Aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1				
Aleitamento materno exclusivo	5 (25%)	5 (23%)	1,05 (0,36-3,09)	0,93
Aleitamento não-exclusivo	15 (75%)	16 (77%)		
Aos 30 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2				
Aleitamento materno exclusivo	13 (46%)	16 (64%)	0,73 (0,44-1,19)	0,20
Aleitamento não-exclusivo	15 (54%)	9 (36%)		
Aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê				
Aleitamento materno exclusivo	20 (42%)	16 (35%)	1,20 (0,71-2,01)	0,48
Aleitamento não-exclusivo	28 (58%)	30 (65%)		
Aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1				
Aleitamento materno exclusivo	4 (20%)	4 (19%)	1,05 (0,30-3,64)	0,94
Aleitamento não-exclusivo	16 (80%)	17 (81%)		
Aos 60 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2				
Aleitamento materno exclusivo	16 (57%)	12 (48%)	1,19 (0,71-2,00)	0,51
Aleitamento não-exclusivo	12 (43%)	13 (52%)		

Tabela 5.41 Desfechos secundários: aleitamento materno exclusivo versus aleitamento materno não-exclusivo (resultados consolidados) – continuação.

Variável	Musicoterapia	Controle	Risco relativo (IC95%)	p valor
Aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê				
Aleitamento materno exclusivo	20 (42%)	16 (35%)	1,38 (0,66-2,92)	0,39
Aleitamento não-exclusivo	28 (58%)	30 (65%)		
Aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1				
Aleitamento materno exclusivo	2 (10%)	2 (10%)	1,05 (0,16-6,76)	0,63
Aleitamento não-exclusivo	18 (90%)	19 (80%)		
Aos 90 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2				
Aleitamento materno exclusivo	11 (39%)	7 (28%)	1,40 (0,64-3,06)	0,39
Aleitamento não-exclusivo	17 (61%)	18 (72%)		
Aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê				
Aleitamento materno exclusivo	8 (17%)	6 (13%)	1,28 (0,48-3,40)	0,62
Aleitamento não-exclusivo	40 (83%)	40 (87%)		
Aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 1				
Aleitamento materno exclusivo	1 (5%)	2 (10%)	0,52 (0,05-5,35)	0,96
Aleitamento não-exclusivo	19 (95%)	19 (90%)		
Aos 120 dias após a alta hospitalar do bebê, subgrupo 2				
Aleitamento materno exclusivo	7 (25%)	4 (16%)	1,56 (0,52-4,71)	0,22
Aleitamento não-exclusivo	18 (75%)	21 (84%)		

6 DISCUSSÃO

6.1 MUSICOTERAPIA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os efeitos benéficos da música têm sido descritos ao longo dos séculos e em várias culturas. Mais recentemente, a utilização da música como uma ferramenta complementar na promoção da saúde tem sido amplamente registrada na literatura médica e diversos estudos têm demonstrado um impacto positivo da musicoterapia em uma variedade de condições clínicas e psicológicas. Podendo ser definida como o uso terapêutico da música ou de atividades musicais no tratamento de doenças somáticas e mentais, a musicoterapia tem acumulado evidências científicas de sua efetividade no manejo da dor, da ansiedade e do estresse emocional, entre outras condições.

No âmbito da saúde infantil, diversos estudos podem ser citados. Parslow *et alii* (2008), do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Melbourne, Austrália, em estudo recente, realizaram uma revisão sistemática da literatura para avaliar a efetividade de tratamentos complementares e de auto-ajuda na redução da ansiedade em crianças e adolescentes. Dentre 111 modalidades terapêuticas detectadas, apenas 11 possuíam estudos com desenho apropriado para avaliação de efetividade, destacando-se a musicoterapia como uma das intervenções com evidência científica relevante já disponível. São inúmeros os estudos abertos, relatos de caso e estudos qualitativos demonstrando os benefícios da musicoterapia em diversas condições. Computando-se apenas os estudos clínicos randomizados e controlados, considerados como a melhor evidência em termos científicos, Klassen *et alii* (2008), da Universidade de Alberta, Canadá, em recente revisão sistemática encontraram apenas 19 estudos (entre 393 elegíveis) que preencheram os critérios de inclusão: estudo randomizado e controlado, crianças ou adolescentes entre 1 mês e 18 anos de idade e musicoterapia como a intervenção estudada. Como desfecho, redução da dor e/ou da

ansiedade. Estes estudos incluíram no total 1.513 sujeitos e os resultados demonstraram que a musicoterapia foi capaz de reduzir significativamente a dor e a ansiedade em crianças e adolescentes hospitalizados ou submetidos a procedimentos médico-dentários. Entre estes estudos, Caprilli *et alii* (2007), da Universidade de Florença, Itália, demonstraram que a musicoterapia reduziu significativamente o nível de ansiedade e de dor durante procedimentos de venopunção periférica; Liu *et alii* (2007), da Universidade Case Western Reserve, de Cleveland, EUA, em estudo inédito, comparando o uso de musicoterapia passiva (canções de acalanto) com nenhuma música durante procedimentos ortopédicos (colocação e retirada de gesso, retirada de fio, entre outros), descreveram diferença significativa em parâmetro objetivo (medida da frequência cardíaca) entre os grupos durante os procedimentos; Berbel *et alii* (2007), do Departamento de Anestesiologia do Hospital Mutua de Terrassa, em Barcelona, Espanha, compararam a musicoterapia passiva (ouvir música) com o uso de diazepam na véspera e no dia da cirurgia visando reduzir a ansiedade pré-operatória, medida através do Inventário Estado-Traço e objetivamente através do nível sérico de cortisol, frequência cardíaca e pressão arterial, não encontrando diferenças significativas entre os grupos, indicando que a musicoterapia foi igualmente eficaz ao benzodiazepínico na redução da ansiedade pré-operatória.

Portanto, o presente estudo insere-se como mais um ensaio clínico randomizado neste universo ainda reduzido de estudos deste tipo, considerados de alta relevância científica, pelo desenho adotado, tradicionalmente reconhecido como a melhor evidência científica para avaliação de intervenções terapêuticas. Ressalte-se ainda a inexistência de estudos randomizados e controlados no campo por nós estudado, qual seja, o da influência da musicoterapia na manutenção do aleitamento materno.

Outros estudos, não controlados ou não randomizados também descrevem o impacto positivo da musicoterapia: Hendon & Bohon (2008), da Universidade da Califórnia em

Sacramento, EUA, demonstraram que a musicoterapia foi mais efetiva que a ludoterapia em aumentar o nível de bem-estar de crianças hospitalizadas; Barrera *et alii* (2002), da Universidade de Toronto, Canadá, descreveram resultados positivos da musicoterapia em pacientes pediátricos internados com câncer; na mesma linha, Ferrer (2007), da Universidade da Flórida, descreve melhoria na qualidade de vida de pacientes submetidos a quimioterapia; Wong *et alii*, de Hong Kong, China, demonstraram redução do nível de ansiedade em pacientes submetidos à ventilação pulmonar mecânica, quando receberam musicoterapia passiva (audição de músicas em fones de ouvido). Em nosso meio, Hatem *et alii* (2006), da Universidade Federal de Pernambuco, demonstraram efeito benéfico da musicoterapia em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca, através da observação de parâmetros tanto objetivos, como frequência cardíaca e respiratória, quanto subjetivos (escala de dor).

6.1.1 Musicoterapia na gravidez e puerpério

Existem diversos estudos avaliando o impacto da musicoterapia na gestação, desde o pré-natal até o nascimento e puerpério imediato, mas poucos são randomizados e controlados. Chang *et alii* (2008), da Universidade de Kaohsiung, Formosa, estudaram 236 gestantes, 116 alocadas aleatoriamente no grupo de musicoterapia (2 sessões por semana) contra 120 no grupo controle, e concluíram que as gestantes submetidas à intervenção musicoterápica tiveram menor nível de estresse e ansiedade, avaliados por escalas apropriadas; Chang & Chen (2005), de Formosa, demonstraram que a musicoterapia, comparativamente a um grupo controle, foi capaz de reduzir o nível de ansiedade, mas não modificar significativamente parâmetros fisiológicos de gestantes durante a submissão à operação cesariana; Lai *et alii* (2006), também de Formosa, estudaram o binômio bebê-mãe em puérperas internadas na enfermaria Mãe-Canguru e seus recém-nascidos (prematuros com menos de 1500g), alocando aleatoriamente 15 para o grupo controle e 15 para o grupo de musicoterapia, que consistiu de

audições de canções de ninar por 60 minutos por dia, durante três dias consecutivos, não encontrando diferenças nos parâmetros fisiológicos objetivos estudados nos recém-nascidos (frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio), porém detectando redução do nível de ansiedade (avaliada por escalas apropriadas) nas mães do grupo de estudo; Al-Qahtani (2005), estudou a reação de 20 fetos de gestantes à termo a estimulação sonora com música ou voz humana, encontrando valores ideais de estimulação fetal situados em 105 db para a música e 94 db para a voz humana, a seguir expondo por 15 segundos 10 fetos a gravações de música, voz humana e *sham* (som em outros nível de decibéis), concluindo que os fetos responderam com aceleração da frequência cardíaca e movimentos ao estímulo musical e da voz humana em níveis significativamente maiores do que ao estímulo *sham*, não observando, entretanto, diferenças entre o estímulo sonoro musical e a voz humana; Phumdoung e Good (2003), da Universidade Songhkla, Tailândia, randomizaram 110 gestantes (55 em cada braço do estudo) para musicoterapia ou controle durante o trabalho de parto, utilizando música orquestrada durante pelo menos três horas que antecederam o parto e monitorando o nível de estresse e dor através de escalas apropriadas, observando um efeito moderado da musicoterapia na redução do estresse, principalmente na primeira hora do estudo; Clark *et alii* (1981) também concluíram que sessões de musicoterapia passiva (audição de músicas selecionadas) durante o terceiro trimestre da gravidez influíram favoravelmente na sensação de conforto durante o trabalho de parto e nascimento.

Não encontramos nenhum estudo semelhante ao nosso, que avaliasse o impacto na musicoterapia em puérperas de bebês prematuros em relação ao período de aleitamento materno. Também merecesse destaque o fato de que o nosso estudo utilizou não apenas a musicoterapia passiva (ouvir música), mas, sobretudo ativa, permitindo às mães participarem ativamente no “fazer” música, o que, além do ineditismo, parece possuir um efeito terapêutico mais pronunciado.

6.1.2 Musicoterapia em neonatologia

Na literatura médica também já existem diversos estudos avaliando a musicoterapia na área neonatal. Encontramos os trabalhos da norte-americana Jane Standley (2003) e da alemã Monika Nöcker-Ribaupierre (1999, 2004), ambas desenvolvendo pesquisas com musicoterapia em recém-nascidos prematuros internados em UTI Neonatal. Ambas desenvolvem seus trabalhos na própria unidade de tratamento intensivo, oferecendo aos bebês diretamente, estímulos auditivos através de material musical editado, isto é, músicas previamente escolhidas e a voz da mãe, seja contando histórias ou cantando um acalanto da sua escolha. Foram observados e também medidos, níveis de saturação de oxigênio, frequência cardíaca, ganho ponderal, período de internação, além de acompanhamento no Ambulatório de Seguimento (*Follow-Up*), com resultados que apontam para um impacto positivo da musicoterapia aplicada.

Diversos outros estudos podem ser citados: Desquiotz-Sunnen (2008), da Universidade de Luxemburgo, descreve o uso da musicoterapia na redução do estresse de pais e bebês prematuros na UTI-Neonatal, utilizando música cantada (ao vivo), acompanhada por harpa, na abordagem de pré-termos de 23 a 36 semanas de idade gestacional, observando indução de um estado de relaxamento, caracterizado pela redução da frequência cardíaca e aumento da saturação de oxigênio; Arnon *et alii* (2006), da Universidade de Tel Aviv, Israel, distribuíram randomicamente recém-nascidos prematuros para um grupo controle (sem musicoterapia), um grupo com musicoterapia através da audição de músicas gravadas e um grupo recebendo musicoterapia ao vivo, estudando tanto sinais objetivos (frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio), como subjetivos (escala comportamental), concluindo que a musicoterapia ao vivo foi significativamente superior na melhoria de todos os parâmetros estudados e a musicoterapia através da audição de material musical gravado

não foi diferente do grupo controle; Chou *et alii* (2003), da Universidade de Taiwan, Formosa, demonstraram que sessões de musicoterapia (audição de músicas gravadas) foram capazes de reduzir a queda da saturação de oxigênio e acelerar a sua recuperação durante e após a aspiração do tubo endotraqueal de recém-nascidos submetidos à ventilação mecânica; Standley & Moore (1995) demonstraram que a audição de música gravada foi mais efetiva do que a audição da voz da mãe na melhoria de parâmetros fisiológicos de recém-nascidos internados em UTI-Neonatal; Caine (1991) demonstrou que recém-nascidos submetidos a sessões diárias de 60 minutos de musicoterapia passiva (audição de música gravada) perdiam menos peso nos primeiros dias de vida, ganhavam peso mais rapidamente e tinham menor tempo de internação na UTI e no hospital.

6.1.3 Musicoterapia e Aleitamento materno

A partir da década de 1980, a amamentação vem ganhando, a cada ano, mais relevância no contexto das políticas públicas nas áreas da saúde da mulher e da criança, observando-se uma considerável melhora nos índices de aleitamento materno registrados no Brasil entre as décadas de 80 e 90, mas como ressalta Almeida (1999): “Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não tem sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame”. Almeida confere a este paradoxo um caráter multicausal, referindo fatores como as mudanças na estrutura familiar na sociedade urbana, a falta de amparo social à amamentação, além de criticar o modelo adotado pela política estatal: “O paradigma adotado pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) biologizou as questões relativas ao aleitamento e, ao tratar o paradoxo do desmame, foi incapaz de admitir a assimetria entre os humanos e as demais espécies de mamíferos, insistindo que o ato de amamentar fosse considerado como instintivo, natural e biológico” (*ibidem*, p.20). O autor

ressalta os entraves gerados por este paradigma que exclui e distância os fatos sociais e fenômenos biológicos e conclui: “Mais do que um fato social ou fenômeno biológico, a amamentação é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura” (*ibidem*, p.23). Almeida aponta para a necessidade de ampliarmos a compreensão dos significados que permeiam o leite humano para além dos parâmetros nutricionais, químicos, físicos, imunológicos, microbiológicos e fisiológicos, em direção ao social, a fim de possibilitar a percepção do leite na perspectiva da ecologia do desenvolvimento humano.

E é neste lugar que situamos a musicoterapia como ferramenta terapêutica capaz de promover positivamente o aleitamento materno e apoiar, através da linguagem musical, a expressão de emoções e ansiedades que atravessam as mulheres no momento do puerpério. É nesta perspectiva ecológica que inserimos a prática da musicoterapia junto às mães, pais, familiares e rede social dos bebês internados na Unidade de Neonatologia da Maternidade-Escola da UFRJ.

Nosso estudo elegeu as mulheres cujos bebês tenham nascido prematuramente. Sabemos que o progresso tecnológico nas últimas décadas, no âmbito dos tratamentos intensivos, reduziu notavelmente a taxa de mortalidade neonatal, contudo novos problemas apareceram, de grande complexidade, que requerem novos posicionamentos conceituais e práticos por parte da equipe multidisciplinar. Para os recém-nascidos, “filhos das máquinas”, diminuir o sofrimento e o isolamento destas criaturas se impõe como um objetivo para a equipe. Para os pais e a família ampliada, oferecer o suporte necessário para lidarem com esta situação que traz em si uma gama de sentimentos ambivalentes, contraditórios, medos, culpa, rejeição, cujos efeitos podem ser nocivos para a construção dos laços afetivos e a instalação da função materna, além de uma evolução que pode trazer seqüelas e cuidados especiais para o resto da vida. Para a equipe médica e de enfermagem, em especial, a avançada tecnologia,

ao mesmo tempo em que permite tratamentos de comprovada eficácia acarreta uma série de questões, como: Qual o sentido dos esforços realizados? Qual a postura ética a tomar? Como tolerar o convívio com pais muito ansiosos junto às “máquinas salvadoras”? Como conciliar problemas pessoais com aqueles inerentes a um serviço de reanimação? São muitos os desafios a serem superados. Neste sentido, a musicoterapia aplicada aos pais/familiares destes recém-nascidos em situação de risco, físico e psíquico, alia-se, de forma diferenciada e específica, aos esforços da equipe, oferecendo uma linguagem sensível e ligada à cultura - a música - capaz de oferecer o “colo” e os “alimentos afetivos” para que estes possam se dar e darem o “colo” que estes bebês necessitam .

Mais uma vez, destacamos que não encontramos na literatura nenhum estudo semelhante ao nosso, que estudasse manutenção do aleitamento materno, como efeito benéfico da musicoterapia.

6.2 DESENHO DO ESTUDO E DIFICULDADES ENCONTRADAS

A musicoterapia tem sido muito utilizada nos últimos anos e as experiências acumuladas descritas na literatura especializada, mas ainda há poucos estudos randomizados e controlados, considerados o padrão ouro em termos de evidência científica. Por esse motivo, decidimos realizar o presente estudo nestes moldes, apesar das dificuldades previstas, face ao ineditismo e a pouca familiarização com o método entre os musicoterapeutas, de modo a contribuir com a melhor evidência possível para esta área do conhecimento científico.

Até o presente momento, ao que nos consta, este é o primeiro estudo randomizado e controlado visando estudar o impacto da musicoterapia na manutenção do aleitamento materno, o que de certa forma, dificultou um pouco a discussão comparativa com a literatura, o que pode ser feito apenas de forma indireta e em pontos específicos.

6.2.1 Os objetivos

Em relação aos objetivos propostos, decidimos avaliar primariamente a manutenção do aleitamento materno, em qualquer uma de suas formas, deixando como objetivo secundário o aleitamento materno exclusivo. Isto porque a quantidade de fatores que pressionam contra a amamentação exclusiva na população de prematuros é muito grande. Dependendo do peso de nascimento, recém-nascidos de muito baixo peso passam grande parte do tempo na UTI-Neonatal, recebendo leite por cateter oro-gástrico, iniciando a sucção muitas vezes somente a partir de 1500 ou 1800g; dependendo da gravidade da doença de base, muitas vezes estas condições retardam sobremaneira a possibilidade de sucção ao seio. Enfim, todos esses fatores contribuem para que recém-nascidos prematuros tenham grande dificuldade em retomar a amamentação materna, principalmente a exclusiva. Por estes motivos, decidimos considerar como objetivo primário a manutenção de alguma forma de amamentação, mesmo que não exclusiva, pois a nosso ver, isso já representaria uma grande vitória. E acreditamos que a musicoterapia possa influir positivamente neste desfecho.

A escolha do marco de 60 dias como principal data de avaliação do impacto foi justamente para permitir um maior tempo de adaptação das mães a nova realidade de convivência com seu filho após a alta hospitalar, embora estimássemos que quanto maior a distância da intervenção possivelmente menor seria o efeito. De todo modo, resolvemos estudar secundariamente a situação dessas mães e seus bebês até 120 dias após a alta hospitalar.

6.2.2 Elegibilidade, critérios de inclusão e exclusão

Escolhemos estudar mães de recém-nascidos prematuros porque a maioria permanecia internada durante o período de internação de seus filhos, algumas prolongadamente, permitindo a aplicação da intervenção musicoterápica de maneira regular. Por isso,

escolhemos recém-nascidos com peso de nascimento igual ou inferior a 1750g. Acreditamos que um estudo ideal seria o de proporcionar sessões de musicoterapia durante e após a internação hospitalar, abrangendo todo o período de licença maternidade a que as mães têm direito. Nesse modelo, poderíamos incluir todas as mães, tanto de prematuros quanto de recém-nascidos a termo, o que permitiria maior exposição dos sujeitos ao método musicoterapêutico. Sem dúvida, isso pode vir a ser um objetivo futuro em nossa linha de pesquisa, no entanto, para o projeto atual prevíamos a dificuldade das mães retornarem ao hospital para as sessões após a alta hospitalar, em face de problemas de natureza social, ligados a dificuldades de transporte e recursos para custeá-los. Por esses motivos resolvemos estudar mães de prematuros internados, apesar das dificuldades previstas.

Os nossos resultados demonstraram que o peso médio, tanto no grupo controle quanto no grupo de estudo, foi muito semelhante, respectivamente $1258 \pm 295\text{g}$ e $1284 \pm 321\text{g}$, assim como o tempo médio de internação: 52 ± 38 dias (mediana 44) e 52 ± 28 dias (mediana 48), o que permitiu realizar no grupo de estudo uma média de sessões de $9 \pm 5,8$ (mediana 7), com variação de 3 a 25 sessões. A nossa intenção era a de conseguir sempre o maior número possível de sessões, para aumentar a exposição à intervenção, mas infelizmente nem sempre isso foi possível, ou porque os recém-nascidos de maior peso recebiam alta hospitalar mais precocemente ou porque as mães precisavam deixar o hospital, embora seus recém-nascidos permanecessem internados. De qualquer forma, obtivemos uma média de 9 (mediana de 7) sessões por sujeito, o que consideramos um sucesso comparativamente a maioria dos estudos publicados, alguns citados nas seções anteriores. Como as sessões não eram obrigatórias (e nem poderiam ser, em face de característica do método terapêutico), a aderência das mães às sessões oferecidas não foi total. Havia dias em que, por diversos motivos, não houve participação, mas mesmo assim, a aderência média de 65% (variação de 17 a 100%) também foi considerada excelente. Vale comparar que Krout (2001), na Florida, EUA, estudando os

efeitos de uma única sessão de musicoterapia no estado de relaxamento, conforto físico e controle da dor em pacientes terminais, concluiu que o método foi eficaz em alcançar os objetivos propostos. Mesmo assim, estabelecemos um número de três sessões como o mínimo a ser considerado para permanência em nosso estudo.

Dos 190 recém-nascidos elegíveis (e, portanto, suas mães), 89 mães não puderam ser incluídas, porque 28 recém-nascidos preencheram pelo menos um dos critérios de exclusão (RNs de mães HIV positivo; impedimentos à sucção, como encefalopatia com hipotonia grave, anomalias oro-faciais ou problemas cardíacos; mães com deficiências auditivas graves), 18 recém-nascidos faleceram antes de serem considerados estáveis clinicamente, 11 mães se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e, infelizmente 34 mães não puderam ser contactadas, a maioria por ter recebido alta hospitalar. Desta forma, foram incluídas no estudo 101 mães, sendo 51 alocadas aleatoriamente no grupo da musicoterapia e 50 no grupo controle. Destas, houve sete perdas (7%), três no grupo de estudo por não completarem o número mínimo estabelecido de três sessões de musicoterapia e quatro no grupo controle, três porque seus recém-nascidos morreram durante o período de estudo e uma porque se recusou a continuar no estudo. Desta forma, permaneceram no estudo e foram incluídas na análise 94 mães, 48 no grupo da musicoterapia e 46 no grupo controle, o que ficou dentro do percentual de 10% de perdas estimadas na fase de projeto.

6.2.3 Tamanho da amostra

Esta foi uma de nossas grandes dificuldades: estimar adequadamente o tamanho da amostra. Face ao ineditismo do estudo, não tínhamos muitos parâmetros para estimar o número adequado de sujeitos que dariam o poder necessário ao estudo. Tomamos por base informações do serviço de seguimento (*Follow-Up*) da Maternidade Escola da UFRJ, que davam conta de que cerca de 95% das mães de prematuros mantinham alguma forma de

amamentação com 60 dias pós-alta e cerca de 35% mantinham aleitamento materno exclusivo neste marco de tempo. De posse dessa informação e com base em alguns relatos da literatura, estimamos uma diferença absoluta entre os grupos de 25%, o que foi confirmado na fase de pré-testagem do modelo (estudo piloto), quando em 18 mães estudadas encontramos incidência de 90% de amamentação no grupo de estudo contra 70% no grupo controle. Na realidade, no entanto, por fatores que não conseguimos identificar, constatamos que a incidência de mães em aleitamento materno em nossa amostra foi bem menor aos 60 dias pós-alta hospitalar do bebê (75%), assim como a diferença em relação ao grupo controle, que ficou em torno de 15%. Sem dúvida, este fato reduziu o poder do nosso estudo, que, para ser mantido, exigiria o envolvimento de pelo menos 150 sujeitos, o que, infelizmente, demandaria um prazo mais prolongado, incompatível com as nossas possibilidades atuais.

6.2.4 Alocação aleatória e características dos sujeitos

A alocação aleatória (randomização) foi cega para os investigadores, sendo conhecida apenas por um dos orientadores, o que garantiu a distribuição das mães de maneira isenta para cada um dos grupos, evitando um viés de seleção por parte dos musicoterapeutas. Assim que as mães concordavam em participar e assinavam o devido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a equipe ligava para um dos orientadores que, consultando uma tabela randômica previamente construída, designava para que grupo a mãe deveria ser encaminhada. A randomização foi em blocos de 8 sujeitos (4 para cada braço do estudo) visando o acompanhamento interino do estudo. Foram realizadas duas análises interinas com a participação de um dos orientadores, não se percebendo nenhuma desvantagem desproporcional ou prejudicial para nenhum dos grupos, o que deu ensejo a continuidade da pesquisa até o seu término.

O método de randomização alcançou, a nosso ver, resultados excelentes, haja vista que a comparação das diversas variáveis que caracterizaram os dois grupos (Tabelas 5.1 e 5.2 e Quadros 5.1 e 5.2) demonstrou que os mesmos foram inteiramente semelhantes nas características estudadas, diferindo apenas quanto à aplicação da intervenção musicoterápica, exatamente o que se pretendia estudar. Portanto, não podemos atribuir as diferenças encontradas a qualquer distinção sócio-demográfica e cultural. Consideramos, no entanto, ser importante ressaltar estas características de nossa amostra, porque entendemos que isso possa ter alguma influência na generalização de nossos dados.

A nossa amostra se constituiu de mães predominantemente jovens (cerca de 50% entre 21 a 30 anos); a maioria casadas no regime de união estável; naturais da capital (Rio de Janeiro), embora cerca de 30% fossem de outros estados; tinham diversas ocupações, embora um terço não trabalhasse; 50% cursaram o ensino fundamental ou médio de modo incompleto, embora cerca de um terço tivessem apenas o ensino fundamental; a religião declarada era predominantemente a católica (cerca de 50%), embora o percentual de músicas evangélicas solicitadas fosse sempre muito elevado; eram predominantemente primigestas (60%); a maioria absoluta (73%) morava com o marido; 60% não planejaram a gravidez; metade não usava métodos anticoncepcionais; 60% fizeram pré-natal fora da Maternidade Escola da UFRJ e 45% possuíam renda mensal de até R\$ 600,00, conforme já apresentado na seção de resultados (Tabela 5.1). Essa uniformidade entre os grupos nos deu muita segurança de que estávamos no caminho certo para avaliar de maneira científica o impacto da intervenção musicoterápica.

Outro ponto importante a ser destacado em nossa metodologia foi o cuidado em se evitar um viés de aferição dos resultados quando da verificação da situação da mãe em relação às diversas possibilidades de aleitamento nos marcos de tempo selecionados para o *Follow-Up*. Nestas ocasiões, o questionamento sobre o estado de aleitamento (materno em suas

diversas formas ou artificial) era pesquisado por um profissional não ligado ao grupo de estudo e que não estava consciente dos objetivos estudados.

6.2.5 A intervenção musicoterápica

Consideramos que o modelo por nós utilizado para as sessões de musicoterapia foi extremamente singular em relação aos estudos descritos na literatura. As sessões com uma hora de duração, divididas em quatro tempos, permitindo inicialmente uma expressão verbal espontânea, em que cada mãe podia extravasar um pouco das enormes angústias vividas com o seu frágil recém-nascido internado na UTI-Neonatal, sem dúvida preparavam o terreno para que as emoções aflorassem a seguir, durante a fase de expressão musical, o que, a nosso ver, propiciava um ambiente terapêutico único para a redução do estresse e da ansiedade naquelas mães, com o esperado impacto positivo na decisão e no ato de amamentar. Tão ou mais importante do que ouvir música, o ato de “fazer” música é amplamente reconhecido como um dos principais mecanismos de efetividade da musicoterapia e era na segunda fase da sessão que essas mães podiam experimentar um pouco (algumas pela primeira vez) da manipulação dos instrumentos musicais e da capacidade de participar do “fazer” música e dos seus efeitos benéficos tão especiais. No terceiro movimento, a utilização de canções de ninar e acalantos, estimulava a ligação mãe-bebê e a consolidação desses vínculos afetivos, possibilitando maior chance de sucesso na amamentação. A fase final, de integração, permitia a troca de experiências entre as mães participantes e a equipe.

Esse modelo não encontra paralelo na literatura especializada no que diz respeito a puérperas (jovens mães), onde são escassos os estudos e predominam os relatos de musicoterapia passiva (apenas audição de música) ou ao vivo, mas também sempre com um caráter de passividade (audição de música) e pouca interação com os instrumentos.

6.3 DESFECHO PRIMÁRIO

Aos 60 dias após a alta hospitalar dos recém-nascidos (D 60), 75% das mães que participaram do grupo da musicoterapia continuavam amamentando de alguma forma (exclusiva, predominante ou continuada), enquanto no grupo controle a incidência observada foi de 59%. Esta diferença, embora expressiva, não alcançou significado estatístico, porém o $p = 0,09$ nos aponta uma forte tendência favorável ao grupo de estudo. O estudo do risco relativo nos indica que a probabilidade das mães que freqüentaram as sessões de musicoterapia continuarem amamentando é 28% maior que no grupo controle (intervalo de confiança 95% = 0,95 a 1,71). A nossa interpretação é de que provavelmente estamos diante de um erro beta, em face da redução involuntária do poder de nosso estudo. Fosse a nossa amostra um pouco maior, provavelmente atingiríamos a significância estatística, o que nos permite afirmar que: sim, a musicoterapia teve um impacto positivo em prolongar a amamentação materna.

Por outro lado, o NNT encontrado, de 6,25 indica que precisamos aplicar o método em cada 6 a 7 mães para que uma se beneficie, prosseguindo com a amamentação, pelo menos até o D60. Entendemos que este número é reduzido o bastante para apontar uma boa relação custo-benefício do método, fundamentalmente porque as sessões de musicoterapia são necessariamente grupais e se imaginarmos abordar um grupo de 14 mães de prematuros no puerpério, pelo menos duas manterão a amamentação materna no D60. Como demonstraremos a seguir, este efeito persistirá, embora em menor escala, até os 120 pós-alta. Acreditamos que esta possa ser uma informação valiosa para os administradores hospitalares e planejadores de políticas de saúde considerarem a musicoterapia nas maternidades como um método relativamente simples, barato e efetivo como mais uma ferramenta no esforço de manutenção da amamentação materna, com todos os benefícios de saúde implicados.

A análise dos subgrupos demonstrou essencialmente os mesmos efeitos, que foram, no entanto, maiores no subgrupo de mães de recém-nascidos com peso de nascimento até 1250g. Neste subgrupo, a incidência de mães amamentando no D60 foi de 65%, contra 43% no grupo controle (RR 1,52 IC95% 0,84-2,73), com NNT de apenas 4,55. Embora a diferença para o controle não tenha alcançado significância estatística ($p = 0,15$) e o intervalo de confiança tenha sido muito alargado, quando comparamos com o subgrupo com peso de nascimento entre 1250 e 1750g verificamos que o impacto foi maior no grupo de menor peso, pois a diferença entre a incidência de mães amamentando entre os grupos foi bem menos expressiva (82% na musicoterapia x 72% no controle). A nosso ver, uma das causas mais prováveis é o maior tempo de internação e, conseqüentemente, o maior número de sessões entre as mães de bebês de menor peso de nascimento. O NNT nestes subgrupos foi de 4,55 e 10, permitindo as mesmas considerações quanto a eficiência da musicoterapia já comentadas anteriormente.

6.4 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

6.4.1 Aleitamento materno de qualquer tipo x Aleitamento artificial

A análise de nossos resultados referentes aos objetivos secundários confirma o impacto positivo da musicoterapia na manutenção do aleitamento materno, pois vemos claramente que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos marcos de tempo mais próximos à intervenção: $p = 0,057$ no dia da alta e $p = 0,03$ na ocasião da primeira consulta. Este efeito vai diminuindo nos marcos seguintes: D30, $p = 0,13$; D90, $p = 0,69$ e D120, $p = 0,40$. Ressalte-se ainda que utilizamos a análise por intenção de tratar, ou seja, para aquelas mães que eventualmente faltaram a consulta de seguimento (*Follow-Up*), consideramos todas como tendo abandonado o aleitamento materno e passado para o artificial, o que pode não ter ocorrido na realidade.

Em face destes dados, podemos deduzir que o método foi, não apenas eficiente em relação aos nossos objetivos, mas também que pode ser altamente eficiente se pudéssemos oferecer sessões a todas as mães após a alta hospitalar, pelo menos durante os primeiros quatro a seis meses de convívio domiciliar das mães com os seus bebês. O NNT entre 5 e 25 (considerando-se todos os marcos de tempo) e as características de tratamento de grupo da musicoterapia confirmam a exequibilidade econômica do método.

A análise dos subgrupos não demonstrou grande variação em relação aos achados anteriores, talvez porque o número de sujeitos envolvidos nos subgrupos tenha sido muito pequeno ou porque não há mesmo grandes diferenças entre as mães de recém-nascidos de diferentes faixas de peso, uma vez que a musicoterapia é aplicada nas mães e não nos bebês.

6.4.2 Aleitamento materno exclusivo x outras formas de aleitamento e aleitamento artificial

Quando comparamos aleitamento materno exclusivo com outras formas de aleitamento materno e abandono da amamentação, não conseguimos demonstrar nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e controle, embora seja clara a mesma tendência observada anteriormente: o efeito da musicoterapia foi tanto maior quanto mais próximo se encontrava o desfecho da intervenção. Analisando os grupos principais, observamos os seguintes valores para p: alta = 0,22; primeira consulta = 0,31; D30 = 0,42; D60 = 0,48; D90 = 0,39 e D120 = 0,62.

Acreditamos que as dificuldades para a manutenção de aleitamento materno exclusivo sejam muito grandes para esta população de mães e seus recém-nascidos prematuros. A nossa média de internação foi de 52 dias (mediana 48 dias no grupo de estudo), período durante o qual estas mães ficaram muito tempo sem poder amamentar, de modo que a tendência quase que universal é o abandono da amamentação, já se constituindo em grande privilégio se

alcançar percentuais elevados de aleitamento materno de qualquer forma. Entretanto, ainda assim, a musicoterapia foi capaz de mostrar um efeito tanto maior quanto mais próximo da intervenção, também nos permitindo deduzir que se fosse possível a continuidade do tratamento musicoterapêutico talvez pudéssemos influenciar positivamente no retorno a uma amamentação exclusiva.

Nesse sentido, é absolutamente importante destacar que, quando olhamos para os Quadros 5.3 e 5.4 observamos que um total de seis mães no grupo de estudo (15, 20, 23, 26, 76 e 99) estava em aleitamento materno continuado no momento da alta e com o decorrer do tempo passaram para aleitamento materno exclusivo, ao passo que no grupo controle este efeito foi observado em apenas três mães (36, 41 e 78), portanto 50% menos do que no grupo da musicoterapia.

A análise dos subgrupos não mostrou diferenças em relação ao grupo como um todo, seguindo as mesmas tendências já discutidas.

7 CONCLUSÕES

Os dados aqui apresentados sugerem que a musicoterapia tem um impacto positivo, embora não significativo, na manutenção de alguma forma de aleitamento materno, não necessariamente o exclusivo.

Este impacto foi tanto maior quanto mais próximo da intervenção musicoterapêutica, diminuindo após a alta hospitalar dos bebês e a interrupção das sessões.

A significância estatística não foi atingida provavelmente pelo número pequeno de sujeitos envolvidos, sugerindo a continuidade da pesquisa visando aumentar o tamanho amostral e a probabilidade de significância.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A; ÁLVAREZ DE TOLEDO, R. La Musica y los instrumentos musicales. Revista de la Asociación Psicanalítica Argentina, 1955; 12(2pt.1):183-200.
- ALMEIDA, J. A. G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- AL-QAHTANI, N. H. Foetal response to music and voice. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005; 45(5):414-7.
- ANZIEU, D. O Eu-Pele. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- 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(2):131-6.
- BARCELLOS, L. R. M. Cadernos de musicoterapia 3. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.
- BARRERA, M. E.; RYKOV, M. H.; DOYLE, S. L. The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study. Psychooncology. 2002; 11(5):379-88.
- BENENZON, R. O. Manual de musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.
- BERBEL, P.; MOIX, J; QUINTANA, S. Music versus diazepam to reduce preoperative anxiety: a randomized controlled clinical trial. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2007; 54(6):355-8.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Declaração de Innocenti.: sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. 1992.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Normas e Manuais Técnicos: Assistência Pré-Natal e Assistência ao Planejamento Familiar. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Manual do Coordenador de Grupo de Planejamento Familiar. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BRUSCIA, K. E., ed. Case studies in music therapy. Phoenixville: Barcelona Publishers, 1991.
- BUNT, L. Music therapy: an art beyond words. London: Routledge, 1994.

- CAINE, J. 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. *J Music Ther.* 1991; 28(4):180-92.
- CAPRILLI, S.; ANASTASI, F.; GROTTTO, R. P.; ABETI, M. S.; MESSERI, A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr.* 2007; 28(5):399-403.
- CHANG, M. Y.; CHEN, C. H.; HUANG, K. F. Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *J Clin Nurs* 2008;17(19):2580-7.
- CHANG, S. C.; CHEN, C. H. Effects of music therapy on women's physiologic measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery. *Res Nurs Health* 2005; 28(6):453-61.
- CHNAIDERMAN, M. Repetir e criar: o silêncio barulhento, o ruído disruptor. *Ensaio de Psicanálise e Semiótica.* São Paulo: Escuta, 1989.
- CHOU, L. L.; WANG, R. H.; CHEN, S. J.; PAI, L. Effects of music therapy on oxygen saturation in premature infants receiving endotracheal suctioning. *J Nurs Res.*2003; 11(3):209-16.
- CLARK, M. E.; MCCORKLE, R. R.; WILLIAMS, S. B. Music therapy-assisted labor and delivery. *J Music Ther.* 1981; 18(2):88-100.
- CYRULNIK, B. *Los alimentos afectivos.* Buenos Aires: Nueva Visión, 1994.
- DESQUIOTZ-SUNNEN, N. Singing for preterm born infants music therapy in neonatology. *Bull Soc Sci Med Grand Duché Luxemb.* 2008; Spec No 1:131-43.
- FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA. Definição de musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia.* Rio de Janeiro, 1996; (2): 4.
- FERREIRA, S. Interação mãe-bebê. In: WANDERLEY, DB, Org.Trad. *Palavras em torno do berço.* Salvador: Ágalma, 1997. p.77-88.
- FERRER, A. J. The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. *J Music Ther.* 2007; 44(3): 242-55.
- FISHER, R. A.; YATES, F. *Statistical tables for biological, agricultural and medical research.* 6ed. Edinburgh: Oliver and Boyd, 1963. Table 33.
- GIUGLIANI, E. R. J. A amamentação exclusiva e a sua promoção. In: CARVALHO, MR de.; TAMEZ, RN. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional.* 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan . Rio de Janeiro. 2005. p.15-22.
- GUEDENEY, A.; LEBOVICI, S. *Intervenções psicoterápicas pais/bebê.* Tradução: Patrícia Chittoni Ramos, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- HATEM, T.P.; LIRA, P.I.; MATTOS, S.S. The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. *J Pediatr (Rio J).* 2006; 82(3):186-92.

HENDON, C.; BOHON, L.M. Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. *Child Care Health Dev.* 2008; 34(2):141-4.

KING, F. S. Como ajudar as mães a amamentar. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1991.

KLASSEN, J.A.; LIANG, Y.; TJOSVOLD, L.; KLASSEN, T.P.; HARTLING, L. Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: a systematic review of randomized controlled trials. *Ambul Pediatr.* 2008; 8(2):117-28.

KLAUS, M.; KLAUS, P. O Surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KROUT, R. E. The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *Am J Hosp Palliat Care*, 2001; 18(6):383-90.

LAI, H.L.; CHEN, C. J.; PENG, T. C.; CHANG, F. M.; HSIEH, M. L.; HUANG, H.Y et al Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal satate anxiety and preterm infants' responses. *Int J Nurs Stud.* 2006; 43(2):139-46.

LAZNICK-PENOT, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da Síndrome Autística? In: WANDERLEY, DB, Org. Trad. Palavras em torno do berço. Salvador: Ágalma, 1997. p.35-51.

LIU, R.W.; MEHTA, P.; FORTUNA, S.; ARMSTRONG, D.G.; COOPERMAN, D.R.; THOMPSON, G.H. et al. A randomized prospective study of music therapy for reducing anxiety during cast room procedures. *J Pediatr Orthop.* 2007; 27(7): 831-3.

NOCKER-RIBAUPIERRE, M. Music therapy for premature and newborn infants, USA: Barcelona Publishers, 2004.

NÖCKER-RIBAUPIERRE, M. Premature birth and music therapy. In: WIGRAN, T, Org. Clinical aplications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology. London: Jessika Kingsley Publishers. 1999. p. 47-65.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (CED/SEM/91). Indicadores para avaliar as práticas de lactância materna. Genebra: OMS. 1992.

PARSLOW, R.; MORGAN, A. J.; ALLEN, N. B.; JORM, A.F.; O'DONNELL, C.P.; PURCELL, R. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety in children and adolescents. *Med J Aust.* 2008; 188(6):355-9.

PHUMDOUNG, S.; GOOD, M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs.* 2003; 4(2):54-61.

SANGHVI, TG. Melhora da eficácia em função dos custos da promoção do aleitamento em maternidades. Resumo de estudo USAID/LAC/HNS na América Latina (1992-1995); 1996.

SCHAFER, M. O ouvido pensante. São Paulo: UNESP, 1991.

SILVA, A. A. M. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. Dissertação(Mestrado). Ribeirão Preto(SP). USP. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Departamento de Medicina Social) Ribeirão Preto; 1990. 302p.

SPIELBERGER, C. D. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto(Califórnia): Consulting Psychologist Press, 1983.

STANDLEY, J.M.; MOORE, R.S. Therapeutic effects of music and mother's voice on premature infants. *Pediatr Nurs.* 1995; 21(6):509-12, 574.

STANDLEY, J. M. Music therapy with premature infants: research and developmental interventions. Florida: American Music Therapy Association, 2003.

VIZZIELLO, G. F.; ZORZI, C.; BOTTOS, M., Comp. Los hijos de las máquinas: la vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales. Buenos Aires: Nueva Visión, 1993.

WONG, H.L.; LOPEZ-NAHAS, V.; MOLASSIOTIS, A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart Lung.* 2001; 30(5):376-87.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE
PARTICIPAÇÃO EM PROTOCOLO DE PESQUISA CLÍNICA**

Pesquisador responsável: Martha Negreiros de Sampaio Vianna.

Projeto de pesquisa: Musicoterapia e Aleitamento Materno.

Nome do paciente: _____.

Nº do prontuário: _____. **FRC:** _____. **Grupo:** _____.

Eu, abaixo assinada, declaro ter lido e/ou ouvido a leitura do presente *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e informo estar ciente do que se segue:

1. Que durante a internação hospitalar de meu filho na Unidade de Neonatologia e após a sua alta hospitalar até o quarto mês no Ambulatório de Seguimento (*Follow-up*), participarei de um estudo clínico que tem como objetivo avaliar a influência da musicoterapia sobre o aleitamento materno.
2. Que este estudo consiste em propiciar a um grupo de mães, durante o período de internação de seus filhos, sessões de musicoterapia para as mães, com frequência de três vezes por semana (mínimo de três sessões).
3. Que estas sessões de musicoterapia atualmente não fazem parte do atendimento de rotina às mães em período de amamentação e sua realização está ligada à obtenção de dados indispensáveis para a realização deste trabalho.
4. Que estas sessões de musicoterapia consistem em ouvir determinadas músicas, assim como utilizar instrumentos musicais e livremente expressar suas preferências musicais.
5. Que nem todas as mães integrantes deste estudo participarão das sessões de musicoterapia e que eu portanto poderei fazer parte do grupo de mães que não participará destas sessões, mas mesmo assim continuarei no trabalho até o seu término, 120 dias (4 meses) após a alta hospitalar de meu filho.
6. Que durante o período de internação hospitalar será registrado diariamente o ganho ponderal de meu filho, obtido através de consulta ao seu prontuário e após sua alta durante as visitas periódicas ao Ambulatório de Seguimento (*Follow-up*) - visita inicial, com 1 mês, 2 meses, 3 meses e 4 meses após a alta.
7. Que durante o período de realização deste trabalho responderei a um questionário que visa avaliar o nível de ansiedade.

8. Que estes procedimentos não interferem, prolongam ou impedem o tratamento de rotina a que eu e o menor sob minha responsabilidade será submetido.
9. Que não existem riscos associados a este estudo nem para mim, nem para o meu filho, uma vez que a única intervenção será a realização ou não de sessões de música com um grupo de mães.
10. Que os resultados do trabalho de pesquisa realizado com os dados assim coletados poderão ser objeto de publicação científica e que, neste caso, a minha identidade e a de meu filho não serão reveladas em nenhuma hipótese.
11. Que, se assim o desejar, terei livre acesso aos resultados do trabalho realizado com o material assim coletado.
12. Que, a qualquer momento, se for do meu interesse, poderei desistir de participar do trabalho em questão, sem que isto tenha qualquer efeito sobre a qualidade da assistência médica que será prestada a mim ou ao meu filho.
13. Que discuti as informações acima com o pesquisador _____, e que o mesmo respondeu a todas as minhas perguntas de forma satisfatória, esclarecendo todas as minhas dúvidas.

Estando ciente de que a minha participação é inteiramente voluntária, declaro estar de acordo com a coleta de dados e material nos termos acima descritos.

DATA: _____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____.

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____.

TESTEMUNHA (nome, assinatura e carteira de identidade):

Martha Negreiros de Sampaio Vianna.

Rua das Laranjeiras, 180.

Tel.: (21) 2285-7935 ramal 209.

APÊNDICE B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da mãe: _____.

Número do FRC: _____. Prontuário: _____. Grupo: _____.

Idade: _____. Estado civil: _____. Naturalidade: _____.

Ocupação: _____. Escolaridade: _____.

Endereço: _____.

Telefone de contato: _____. Religião: _____.

Mora com: _____.

Nome do pai: _____.

Idade: _____. Estado civil: _____. Naturalidade: _____.

Ocupação: _____. Escolaridade: _____.

Endereço: _____.

Telefone de contato: _____. Religião: _____.

Mora com: _____.

Nome do bebê: _____.

Tipo de parto: _____. Data de nascimento: _____.

Sexo: _____. Peso nascimento: _____. Idade Gestacional: _____.

Gesta _____ Para _____

Se tem filhos, quais são suas idade? _____

São do mesmo pai? _____

A gravidez foi planejada? _____

Fazia uso de algum método contraceptivo? Qual? _____

Onde fez o pré-natal? _____

Há quanto tempo se relaciona com o pai do bebê: _____

É seu primeiro casamento? _____

Você normalmente utiliza algum tipo de medicação? _____

Renda familiar: (A) Até 1 salário mínimo

(B) De 1 salário mínimo a R\$ 600,00

(C) De R\$ 601,00 a R\$ 1.000,00

(D) De R\$ 1.001,00 a R\$ 1.500,00

(E) Acima de 1.500,00

Observações:

Preenchida por: _____

Data: _____

APÊNDICE C – ENTREVISTA MUSICOTERÁPICA

Nome: _____.

Nº do prontuário: _____. **FRC:** _____. **Grupo:** _____.

1. Que importância tem a música para você?

2. Você toca algum instrumento musical?

3. Você participa de algum grupo musical (banda ou coro)?

4. Tem alguma aprendizagem formal de música?

5. Quais instrumentos musicais que você mais gosta?

6. Quais instrumentos musicais que você não gosta?

7. Você gosta de cantar?

8. Quais os seus cantores, cantoras e grupos preferidos?

9. Quais canções infantis que você mais gosta ou lembra?

10. Quando estava grávida você cantava para o seu bebê? Que tipo de canção?

11. Quando estava grávida você ouvia músicas? Quais?

12. Com que frequência você escuta música?

13. Enquanto escuta música, você faz alguma outra coisa?

14. Em que volume você prefere ouvir música?

15. Você costuma ficar atento às músicas da televisão, do cinema ou de outros ambientes?

16. Existem barulhos que lhe incomodam em seu dia-a-dia?

17. Você prefere que a música seja apenas cantada, apenas tocada ou cantada e tocada?

18. Quais os tipos de músicas que você mais gosta de ouvir (populares, eruditas ou religiosas)?

19. Você acha que a música lhe ajuda em seu dia-a-dia? Como?

20. Qual a sua expectativa em relação a musicoterapia?

Observações: _____

Preenchido por: _____

ANEXO

ANEXO 1 – TABELA DE RANDOMIZAÇÃO

22 17 68 05 84	68 95 23 92 35	87 02 22 57 51	61 09 43 95 06	58 24 82 03 47	10 27 53 96 23
19 36 27 59 46	13 79 93 37 55	39 77 32 77 09	85 52 05 30 62	47 83 51 62 74	28 41 50 61 88
16 77 23 02 77	09 61 87 25 21	28 06 24 25 93	16 71 13 59 78	23 05 47 47 25	34 21 42 57 02
78 43 76 71 61	20 44 90 32 64	97 67 63 99 61	46 38 03 93 22	69 81 21 99 21	61 81 77 23 23
03 28 28 26 08	73 37 32 04 05	69 30 16 09 05	88 69 58 28 99	35 07 44 75 47	61 15 18 13 54
93 22 53 64 39	07 10 63 76 35	87 03 04 79 88	08 13 13 85 51	55 34 57 72 09	91 70 21 64 64
78 76 58 54 74	92 38 70 96 92	52 06 79 79 45	82 63 18 27 44	69 66 92 19 09	00 97 79 08 06
23 68 35 26 00	99 53 93 61 28	52 70 05 48 34	56 65 05 61 86	90 92 10 70 80	36 46 18 34 94
15 39 25 70 99	93 86 52 77 65	15 33 59 05 28	22 87 26 07 47	86 96 98 29 06	88 98 99 60 50
58 71 96 30 24	18 46 23 34 27	85 13 99 24 44	49 18 09 79 49	74 16 32 23 02	04 37 59 87 21
57 35 27 33 72	24 53 63 94 09	41 10 76 47 91	44 04 95 49 66	39 60 04 59 81	63 62 06 34 41
48 50 86 54 48	22 06 34 72 52	82 21 15 65 20	33 29 94 71 11	15 91 29 12 03	78 47 23 53 90
61 96 48 95 03	07 16 39 33 66	98 56 10 56 79	77 21 30 27 12	90 49 22 23 02	87 68 62 15 43
36 93 89 41 26	29 70 83 63 51	99 74 20 52 36	87 09 41 15 09	98 60 16 03 03	47 60 92 10 77
18 87 00 42 31	57 90 12 02 07	23 47 37 17 31	54 08 01 88 63	39 41 88 92 10	50 88 87 59 41
88 56 53 27 59	33 35 72 67 47	77 34 55 45 70	08 18 27 38 90	16 95 86 70 75	02 57 45 86 67
09 72 95 84 29	49 41 31 06 70	42 38 06 45 18	64 84 73 31 65	52 53 37 97 15	31 54 14 13 17
12 96 88 17 31	65 19 69 02 83	60 75 86 90 68	24 64 19 35 51	56 61 87 39 12	28 50 16 43 36
85 94 57 24 16	92 09 84 38 76	22 00 27 69 85	29 81 94 78 70	21 94 47 90 12	63 29 62 66 50
38 64 43 59 98	98 77 87 68 07	91 51 67 62 44	40 98 05 93 78	23 32 65 41 18	45 65 58 26 51
53 44 09 42 72	00 41 86 79 79	68 47 22 00 20	35 55 31 51 51	00 83 03 22 55	39 65 36 63 70
40 76 66 26 84	57 99 99 90 37	36 63 32 08 58	37 40 13 68 97	87 64 81 27 83	73 74 98 16 04
02 17 79 18 05	12 59 52 57 02	22 07 90 47 03	28 14 11 30 79	20 69 22 40 98	72 20 56 20 11
95 17 82 06 53	31 51 10 96 46	92 06 88 07 77	56 11 50 81 69	40 23 72 51 39	75 17 26 99 76
35 76 22 42 92	96 11 83 44 80	34 68 35 48 77	33 42 40 90 60	73 96 53 97 86	37 48 60 82 29
26 29 13 56 41	85 47 04 66 08	34 72 57 59 13	82 43 80 46 15	38 26 61 70 04	68 08 02 80 72
77 80 20 75 82	72 82 32 99 90	63 95 73 76 63	89 73 44 99 05	48 67 26 43 18	14 23 98 61 67
46 40 66 44 52	91 36 74 43 53	30 82 13 54 00	78 45 63 98 35	55 03 36 67 68	49 08 96 21 44
37 56 08 18 09	77 53 84 46 47	31 91 18 95 58	24 16 74 11 53	44 10 13 85 57	78 37 06 08 43
61 65 61 68 66	37 27 47 39 19	84 83 70 07 48	53 21 40 06 71	95 06 79 88 54	37 21 34 17 68

Source: Abridged from Table XXXIII, Fisher, R. A., and Yates, F., *Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical Research*, ed. 6, Edinburgh and London, Oliver and Boyd Ltd., 1963, by permission of the authors and publisher.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)