

Bem-estar espiritual e música em pacientes com úlceras crônicas: integração ou oposição?

Thiago Aparecido Vilas Boas*, Vanessa Cristina Souza Cortez*, Veronica Ferreira de Aguiar Kawai*, Waldere Fabri Pereira Ribeiro, D.Sc.** , Elaine Aparecida Rocha**

*Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – Itajubá/MG,

**Enfermeira, Docente da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Resumo

Estudo de abordagem exploratória, quantitativa, do tipo descritivo longitudinal e experimental, com objetivos de identificar as características sociais, familiares, econômicas e de saúde dos pacientes com úlceras crônicas cadastrados e que frequentam o CAEnf II – Unidade de Lesão de Pele Enf. Isa Rodrigues de Souza e investigar a influência da música no bem-estar espiritual de pacientes com úlceras crônicas. A amostra foi de 24 pacientes, divididos aleatoriamente em 3 grupos de 8 participantes. A variável de intervenção planejada foi ouvir música e a variável dependente foi o bem-estar espiritual. Os resultados referentes à caracterização dos participantes: 54,17% eram mulheres, 20,83% tinham de 60-69 anos, 62,50% eram católicos, 50% com ensino fundamental incompleto e 79,17% eram portadores de doença crônica. Os resultados referentes à Escala de Bem-Estar Espiritual: o Grupo Controle, (não ouviu música antes da realização do curativo) manteve um alto Bem-Estar Religioso tendo aumento em sua média (de 58,24 para 58,97) e o Bem-Estar Existencial, com a variação da média (de 47,44 para 48,20) depois da realização do curativo manteve um Moderado Bem-Estar Existencial. No escore da Escala de Bem-Estar Espiritual do Grupo Experimental (ouviu música antes da realização do curativo) observou-se que manteve um alto Bem-Estar Religioso apesar da diminuição de sua média (de 58,21 para 57,95) e o Bem-Estar Existencial teve sua média aumentada (de 50,19 para 51,30) mantendo um alto Bem-Estar Existencial. Concluímos que com a elevação da média do Bem-Estar Espiritual, o ouvir música não interferiu no Bem-Estar Religioso e sim no Bem-Estar Existencial.

Palavras-chave: espiritualidade, música, pacientes, úlceras.

Abstract

Music and spiritual well-being in patients with chronic ulcers: integration or opposition?

The aim of this Exploratory, quantitative, descriptive longitudinal and experimental study was to identify the social, family, economic and health status of patients with chronic ulcers attending the CAEnf II - Skin Lesion Unit Nurse Isa Rodrigues de Souza and to investigate the influence of music on the spiritual well-being of patients with chronic ulcers. The sample consisted of 24 patients, randomly divided into 3 groups of 8 participants. The variable planned

Artigo recebido em 18 de março de 2012; aceito em 20 de março de 2013.

Endereço para correspondência: Vanessa Cristina Souza Cortez, Rua Professora Geralda Seixas Siqueira, 111, 37503-358 Itajubá MG, E-mail: vanessascortez@yahoo.com.br

intervention was to listen music and the dependent variable was the spiritual well-being. The participants were 54.17% women, 20.83% were 60-69 years old, 62.50% were catholic, 50% with incomplete primary education and 79.17% were suffering chronic disease. Results concerning the scale of spiritual well-being: the control group (did not hear the music before making the bandage) maintained a high religious welfare (from 58.24 to 58.97) and a moderate existential well-being (47.44 to 48.20). Scale score in the spiritual well-being of the experimental group (heard the song before making the bandage) observed that a high remained religious welfare despite the decrease in mean values (from 58.21 to 57.95) and Well Existential-being had increased their average (from 50.19 to 51.30) while maintaining a high Existential Well-Being. Was concluded that the increasing of the spiritual well-being average, the music did not affect the religious well-being, but in the existential well-being.

Key-words: spirituality, music, patients, ulcers.

Resumen

La música y el bienestar espiritual en pacientes con úlceras crónicas: la integración o la oposición?

Estudio exploratorio, cuantitativo, descriptivo, longitudinal y experimental, con el fin de identificar los factores sociales, familiares, situación económica y la salud de pacientes con úlceras crónicas registrados y que frecuentan el CAEnf II – Unidad de Lesiones en la Piel Enf. Isa Rodrigues de Souza e investigar la influencia de la música en el bienestar espiritual de pacientes con úlceras crónicas. La muestra incluyó 24 pacientes que fueron divididos aleatoriamente en 3 grupos de 8 participantes. La variable de intervención planeada ha sido escuchar música y la variable dependiente ha sido el Bienestar Espiritual. Los resultados referentes a la caracterización de los participantes, 54,17% eran mujeres, 20,83% tenían entre 60-69 años, 62,50% eran católicos, 50% con educación primaria incompleta y 79,17% sufrían enfermedades crónicas. Los resultados relativos a la escala de Bienestar Espiritual: el grupo de control (no escuchó música antes de hacer la cura) mantuvo un alto Bienestar Religioso con un incremento promedio (del 58,24 para 58,97) y el Bienestar Existencial con variación (del 47,44 para 48,20) después de la realización del vendaje mantuvo un Moderado Bienestar Existencial. En el score de la escala Bienestar Espiritual del Grupo Experimental (escuchó música antes de hacer la cura) se observó que mantuvo un alto Bienestar Religioso a pesar de la disminución en la media (de 58,21 para 57,95) y Bienestar Existencial tuvo su promedio aumentado (de 50,19 para 51,30), manteniendo un alto Bienestar Existencial. Se concluyó que con el aumento de la media del Bienestar Espiritual, escuchar música no afectó el Bienestar Religioso, sino el Bienestar Existencial

Palabras-clave: espiritualidad, música, pacientes, úlceras.

Introdução

Os distúrbios cutâneos são visíveis e em consequência disso queixas dermatológicas costumam ser o motivo pelo qual um indivíduo procura ajuda no que se refere a cuidados com a saúde [1].

Úlcera é uma solução de continuidade em uma superfície cutânea ou de uma mucosa, com processo inflamatório e ulcerativo. Ocorre perda de pele que se estende além da epiderme, ocorrendo sangramento, porém com possibilidade de cicatrização [2].

As úlceras crônicas tem na sua cicatrização um processo longo. Alguns fatores de retardamento da cicatrização podem ser uma infecção ou uma irritação local ou mesmo às condições preexistentes como imunodeficiência, hipertensão, má circulação, diabetes melitus, estado nutricional precário ou infecção [2].

As úlceras de perna constituem uma das patologias mais frequentes em ambulatórios, consultórios e em hospitais e são de origens diversas, sendo que, na maioria das vezes, está associada a um problema circulatório [3]. O tratamento tem sido cada vez mais específico e diversificado, tornando-se uma especialidade no campo da atenção à saúde, sendo motivo de diversas pesquisas nessa área [4].

Promover a qualidade de vida do paciente, além da cicatrização e do fechamento das lesões, envolve um processo de tomada de decisão quanto aos procedimentos, recursos e tecnologias que serão utilizados com o objetivo de buscar a preservação das potencialidades e bem estar das pessoas que os utilizam [5].

O enfermeiro tem o importante papel no tratamento dessas úlceras, visto que estão em contato direto com esses pacientes. Uma parte importante

desse papel é a comunicação e a cooperação do próprio paciente [4].

Sabemos que nos dias de hoje, o tratamento de feridas envolve técnicas e procedimentos de alta complexidade. O enfermeiro só poderá tomar decisões imediatas se estiver preparado científica e tecnicamente para este fim. Este fato leva este profissional a buscar o seu aperfeiçoamento através de cursos de especialização na área de dermatologia e estomoterapia [6]. O enfermeiro pode examinar a ferida, indicar e realizar o curativo com o agente químico indicado para ela, orientar a prevenção de complicações, efetuar documentação fotográfica e recomendar exames complementares que possam auxiliar no diagnóstico e na evolução da cicatrização [7]. Ademais poderá também criar alternativas que possam ajudar os portadores de lesões de pele a realizarem o tratamento proposto com maior conforto físico, emocional ou mesmo mental. Acreditamos que a música seja uma dessas alternativas.

A Terapia Complementar em Saúde (TCS) indica uma variedade de práticas alternativas que visam à cura ou a melhora da sintomatologia do paciente. Seu papel não é apenas a melhora dos problemas físicos ou o equilíbrio mente/corpo, mas também o desenvolvimento da autoconsciência, aumentando a percepção que o indivíduo tem sobre si próprio [8].

A música facilita e promove a comunicação, aprendizado, expressão e mobilização, além de desenvolver outros objetivos que visam atender as necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas, ajudando o indivíduo a melhorar sua qualidade de vida [9].

Observamos que a espiritualidade é uma dimensão humana que se apresenta frequentemente negligenciada na assistência e é de fundamental importância para a saúde. Sua abordagem é complexa e necessitamos compreendê-la melhor, assim como desenvolver habilidade para reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes e implantar formas de cuidado efetivas.

A espiritualidade tem sido pouco focalizada quando se trata de saúde e doença nas ciências da saúde. A literatura também aponta a necessidade de se educar melhor os enfermeiros para o cuidado espiritual e abordar conceitos sobre aspectos espirituais da assistência, a fim de identificar as necessidades espirituais dos pacientes [10]. Sendo assim, os objetivos deste trabalho são: identificar as características sociais, familiares, econômicas e de saúde dos pacientes com úlceras crônicas cadastra-

dos que frequentam CAEnf II – Unidade de Lesão de Pele Enf. Isa Rodrigues de Souza e investigar a influência da música no Bem-Estar Espiritual de pacientes com úlceras crônicas.

Material e métodos

Estudo de abordagem exploratória quantitativa, do tipo descritivo longitudinal e experimental, foi realizada no Centro de Atendimento de Enfermagem II - Unidade de Lesão de Pele Enf. Isa Rodrigues de Souza, uma das extensões da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá, sul de Minas Gerais.

Os sujeitos da pesquisa foram 24 pacientes de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, portadores de úlceras crônicas de qualquer etiologia, cadastrados na referida instituição.

A coleta de dados foi realizada em janeiro e fevereiro de 2011, após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EEWB.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário de caracterização Pessoal, Familiar, Social, Econômica e de Saúde e a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE), que foram preenchidos pelos pesquisadores, na presença dos participantes.

A EBE é um instrumento subdividido em duas subescalas (de 10 itens cada), uma de Bem-estar Religioso (BER) e outra de bem-estar existencial (BEE). Os itens referentes ao BER contêm uma referência a Deus, e os de BEE não contêm tal referência. Metade das questões da escala é escrita na direção positiva e metade na negativa. A escala possui 20 questões que devem ser respondidas através de uma escala *Likert* de seis opções: Concordo Totalmente (CT), Concordo mais que discordo (Cd), Concordo Parcialmente (CP), Discordo Parcialmente (DP), Discordo mais que concordo (Dc), e Discordo Totalmente (DT). As questões com conotação positiva (3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19 e 20) têm sua pontuação somada da seguinte maneira, CT = 6, Cd = 5, CP = 4, DP = 3, Dc = 2 e DT = 1. As demais questões são negativas e devem ser somadas de forma invertida (CT = 1, Cd = 2, CP = 3 e assim por diante). Como pontos de corte para o escore geral de Bem-Estar Espiritual são sugeridos os intervalos de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120, para baixo, moderado e alto Bem-Estar Espiritual, respectivamente. Já nas duas subescalas os intervalos são de 10 a 20, 21 a 49 e 50 a 60 pontos [11].

A amostra foi dividida, aleatoriamente por ordem de chegada, em 03 grupos de 08 participantes cada, sendo um grupo experimental e dois grupos controle.

Cada grupo ficou sob a responsabilidade de um dos pesquisadores, que em um dia da semana, durante 08 semanas seguidas coletou os dados. O quadro I demonstra a sequência das atividades desenvolvidas para a coleta de dados com cada grupo.

Quadro I - Procedimentos de coleta de dados para o grupo de controle e grupo experimental.

Grupo	Dia da semana	Ordem das atividades planejadas	Pesquisador
I Experimental	2ª feira	1º - Escala de Bem Estar Espiritual 2º - Música 3º - Curativo 4º - Escala de Bem estar espiritual	A
II Experimental	3ª feira	1º - Escala de bem estar espiritual 2º - Música 3º - Curativo 4º - Escala de Bem estar espiritual	B
III Controle	4ª feira	1º - Escala de bem estar espiritual 2º - Curativo 3º - Escala de bem estar espiritual	C

Os dados coletados foram transferidos para planilhas eletrônicas e transformados em banco de dados utilizando o programa Microsoft Excel 2010®.

Os resultados após serem analisados, foram apresentados por meio de tabelas e tabulados por meio do seguinte procedimento estatístico: para as variáveis categóricas ou qualitativas foram utilizadas as medidas de proporção e para as variáveis contínuas foram utilizadas as medidas de tendência central, isto é média, desvio-padrão, valor mínimo e máximo.

Os princípios éticos para este estudo foram resguardados conforme Resolução 196/96. O anonimato e a privacidade foram assegurados aos participantes do estudo, assim como lhes foi oferecido condições para que se sentissem tranquilos e seguros durante a coleta de dados.

Resultados e discussão

As 24 pessoas que participaram da pesquisa tinham entre 23 e 78 anos (média de 56,20 anos) com predomínio na faixa etária de 60-69 anos sendo 13 mulheres (54,17%) e 11 homens (45,83%). Em relação ao estado civil 11 casados (45,83%), 10 eram solteiros (41,67%), 2 viúvos (8,33%), 1 divorciado (4,17%). Relacionado a ter ou não filhos 17 tinham filhos (70,83%) e 7 não (29,17%).

A faixa etária mais acometida foi de 60 a 69 anos, indo ao encontro com estudos que mostram o acometimento pelas úlceras crônicas na faixa etária acima de 60 anos [12].

Com relação ao sexo, a população estudada foi composta em sua maioria por mulheres, tendo em vista que mulheres possuem três vezes mais chance de desenvolverem úlceras crônicas do que os homens, uma vez que estas, pelos serviços domésticos, permanecem mais em pé e tem pouco tempo para o repouso [6].

Quanto à escolaridade, 12 tinham o ensino fundamental incompleto (50%), 5 fundamental completo (20,83%), 4 ensino médio completo (16,67%), 2 sem escolaridade (8,33%) e 1 com ensino superior completo (4,17%).

Sobre a situação atual de trabalho, 6 recebem auxílio doença (25%), 8 são aposentados dos quais 4 continuam trabalhando (16,67%) e os outros 4 não trabalhavam mais (16,67%), 3 eram autônomos (12,5%), 3 não recebiam remuneração (12,5%), dois estavam empregados (8,33%), 1 era pensionista (4,17%) e 1 estava desempregado (4,17%). No que se refere ao rendimento mensal, 6 recebiam 1 salário mínimo (25%), 6 recebiam 2 salários (25%), 5 recebiam 1,5 salários (20,83%), 2 recebiam 3 salários (8,33%), 2 recebiam 4 salários (8,33%), 1 recebia 2,5 salários (4,17%), 1 recebia 7 salários (4,17%), 1 recebia 10 salários (4,17%).

Observa-se que o público estudado apresentava baixa escolaridade e nível econômico precário, o que influencia no tratamento de lesões crônicas [13]. A baixa escolaridade é explicada pela restrição da educação para poucos brasileiros pertencentes a uma pequena elite. A escolaridade é considerada como um amparo ao bem-estar psicológico, pois quanto mais se estuda maior a competência da pessoa para obter a satisfação pessoal e o cuidado com sua saúde [14].

Foi identificado também que a grande maioria faz uso de medicamentos durante o tratamento.

A procura da atenção básica de saúde e o uso de medicamentos para o controle das doenças crônicas são a garantia do bem-estar diante das condições de saúde [14].

Dos entrevistados, 19 eram portadores de alguma doença crônica (79,17%) e 5 não (20,83%). Quanto ao tempo de doença crônica, 6 tinham entre 5-10 anos (25%), 4 entre 0-5 anos e 10-15 anos (16,67%), 3 entre 15-20 anos e há mais de 20 anos (12,50%), 1 não soube ou não respondeu (4,17%) e 3 a questão não se aplica (12,50%). Sobre tomar medicações, 20 tomavam alguma medicação (83,33%) e 4 não (16,67%).

A partir das análises dos resultados identificamos que a maioria dos pesquisados eram portadores de doença crônica entre cinco e dez anos. Estudos comprovam que 70% das mortes no país são oriundas de doenças crônicas, o que constitui um problema de saúde de grande magnitude [15].

Sendo um estudo sobre espiritualidade, perguntou-se a religião dos participantes da pesquisa: 15 eram católicos (62,5%), 8 evangélicos (33,33%), e 1 não possuía religião (4,17%).

Foi questionado sobre qual a percepção de sua saúde, e encontramos os seguintes resultados:

- Estado de saúde atual: 41,67% relataram como regular; 37,50% boa; 8,33% muito boa; ótima, ruim e péssima 4,17% cada;
- Estado de saúde comparado ao último ano: 37,50% acharam que estavam a mesma coisa, 29,17% achavam que estavam melhor, 29,17% achavam pior e 4,17% achavam que estavam muito melhor;
- Estado de saúde comparado com outras pessoas: 50% acreditavam que era melhor, 29,17% acreditava ser pior, 12,50% achavam que era muito melhor e 8,33% não sabiam ou não responderam;

As médias das subescalas do BEE obtidas com a aplicação da Escala de Bem-Estar Espiritual no grupo controle serão apresentadas na Tabela I.

Tabela I - Subescalas do Bem-Estar Espiritual dos pacientes do Grupo Controle Itajubá, MG, 2011. (n = 8)

Escalas	Antes		Depois	
	m	dp	m	dp
Bem-Estar Religioso	58,24	2,39	58,97	1,94
Bem-Estar Existencial	47,44	5,08	48,2	5,59
Bem-Estar Espiritual	105,68	4,39	107,17	4,24
Total				

Fonte: Instrumento da Pesquisa.

A média obtida no Bem-Estar Religioso do grupo controle antes do procedimento foi de 58,24 sendo que depois do procedimento elevou-se para 58,97. A do Bem-Estar Existencial foi de 47,44 para o antes do procedimento e de 48,20 para depois do mesmo. Levando-se em consideração o Escore anteriormente mencionado do Instrumento de Bem-Estar Espiritual, o Bem-Estar Religioso encontra-se na faixa de Alto e o Bem-Estar Existencial na faixa de Moderado.

As médias das subescalas do Bem-Estar Espiritual obtidas com a aplicação da Escala de Bem-Estar Espiritual no grupo experimental são apresentadas na Tabela II.

Tabela II - Subescalas do Bem-Estar Espiritual dos pacientes do Grupo Experimental, Itajubá, MG, 2011 (n = 16).

Escalas	Antes		Depois	
	m	dp	m	dp
Bem-Estar Religioso	58,21	4,42	57,95	4,43
Bem-Estar Existencial	50,19	6,94	51,30	7,09
Bem-Estar Espiritual	108,40	9,85	109,25	9,91
Total				

Fonte: Instrumento da Pesquisa

Fazendo a mesma análise para o grupo experimental, observamos que antes do procedimento o Bem-Estar Religioso era de 58,21, recuando para 57,95 depois do procedimento. Quanto ao Bem-Estar Existencial que antes do procedimento era de 50,19 passou a 51,30. Em relação ao Escore o Bem-Estar Religioso é considerado Alto e o Bem-Estar Existencial também.

Referente ao estado de saúde atual foi visto que a maioria dos pesquisados classificaram como regular e que continuam da mesma maneira, comparado ao último ano. Porém quando comparados ao estado de saúde de outras pessoas disseram estar melhor. Dessa forma existe a necessidade de se promover saúde, qualidade de vida e resiliência; para que os fatores de risco diminuam e os fatores de proteção sejam otimizados, só assim estas pessoas irão aprender a lidar melhor com as transformações que ocorrem em sua vida [14].

No que se refere ao escore da Escala de Bem-Estar Espiritual do grupo controle, que não ouviu música antes do procedimento, observamos que manteve um alto Bem-Estar Religioso, visto que houve um aumento em sua média (de 58,24 para 58,97).

Podemos afirmar que a religião tem muito a oferecer no que tange às necessidades pessoais do ser humano. Na religião a pessoa busca consolo, mas além de encontrá-lo, reúne-se com uma fonte de experiências que é única capaz de elevar o seu estado de espírito, ânimo e humor. Nesta elevação, a pessoa tem um reencontro com a sua essência e se aparta da realização de valores incompatíveis (Ex. desejos materiais, sexuais e egóticos). Essa pessoa transcende em busca de sua autorrealização. Enfim, a religião propõe o aprimoramento do ser humano com vistas à superação de barreiras e obstáculos tidos como intransponíveis, motivadas pelo desejo de que o divino interfira em sua vida cotidiana, de forma mágica [11].

Em relação ao Bem-Estar Existencial mesmo com a variação da média (de 47,44 para 48,20) depois do procedimento manteve um Moderado Bem-Estar Existencial.

Neste sentido os pacientes pesquisados percebem que o Bem-Estar Existencial como uma interação ao propósito da vida independente de uma referência religiosa, uma sensação de encontro de algo significativo na vida. Podemos então dizer que, na perspectiva de uma visão sistêmica de saúde, os fatores relacionados ao modo de vida destas pessoas estarão atuando de forma direta nas reais possibilidades de uma vida saudável [11].

A perspectiva espiritual inclui conteúdos existenciais, que, por sua vez, têm profundas implicações no bem-estar físico e psicológico. À medida que a pessoa se abre para a espiritualidade, há uma integração com as outras dimensões da vida, uma vez que atua como elemento integrador, por isso sua importância em relação à saúde [16].

Neste grupo houve um aumento do Bem-Estar Espiritual Total (de 105,68 para 107,17) sendo classificado como Positivo.

Analisando este aumento, entendemos que o Bem-Estar Espiritual representou um fator de proteção, estando relacionada a atitudes positivas de combate à enfermidade, diminuição da ansiedade e das demandas impostas pela doença. Acreditamos que o fortalecimento deste Bem-Estar auxilia significativamente na redução da angústia relacionada a sua doença, bem como na promoção de sua saúde mental.

No que se refere ao escore da Escala de Bem-Estar Espiritual do grupo experimental que ouviu música de sua preferência antes do procedimento, observamos que manteve um Alto Bem-Estar Reli-

gioso apesar da diminuição de sua média (de 58,21 para 57,95).

As crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religiosidade pode proporcionar à pessoa uma melhor aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança, perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. Acreditam ainda que por outro lado, dependendo do tipo e uso das crenças religiosas, podem gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica. Enfim, ainda afirmam que religiões podem tanto orientar a pessoa de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca de cuidados médicos, como podem ajudá-la a integrar-se a uma comunidade e motivá-la para o tratamento [17].

O Bem-Estar Existencial teve sua média aumentada (de 50,19 para 51,30) mantendo um Alto Bem-Estar Existencial.

Uma missão a cumprir na vida, um sentido a realizar, influencia sobremaneira a saúde geral desta pessoa. Esta missão pode ser entendida como um objetivo de vida adequado, alguém que se ame, um trabalho a desenvolver, em suma, uma atividade externa ao indivíduo que esteja de acordo com a sua aptidão, que ele seja capaz de enfrentar e cumprir, mas que lhe ofereça desafios permanentes. Este dado sugere que a espiritualidade enquanto Bem-Estar Existencial segue tendo um lugar ativo na vida dessas pessoas [18]

A alteração das médias acima referidas levou a um aumento Bem-Estar Espiritual Total (de 108,40 para 109,25) sendo este considerado Positivo.

Analisando este aumento, entendemos que se a Espiritualidade é vivenciada e desenvolvida através de uma religião, resulta em Bem-Estar Existencial e assim podem associar a uma melhoria da sua saúde. Uma perspectiva espiritual obrigatoriamente inclui conteúdos existenciais que tem implicações no bem-estar físico e psicológico [19].

Podemos considerar a música como uma arte, e sendo assim a arte pode elevar o homem de um estado de fragmentação a um estado de ser íntegro, total. A arte capacita o homem para compreender a realidade e o ajuda não só a suportá-la como a transformá-la. Assim, reside nela uma possibilidade latente em favor da saúde [16].

Analisando as características sociais, familiares, econômicas e de saúde dos pacientes com úlceras crônicas cadastrados no CAEnf-II, conclui-se que 54,17% são do gênero feminino, 20,83% na faixa

etária de 60-69 anos, 62,50% da religião católica, 50% com ensino fundamental incompleto, 25% recebe auxílio doença, 79,17% são portadores de doença crônica.

Foi possível concluir com a análise dos resultados obtidos a partir da aplicação da Escala de Bem-Estar Espiritual nos pacientes com úlceras crônicas cadastrados no CAEnf – II, que a partir da diminuição da média do Bem-Estar Religioso e o aumento da média do Bem-Estar Existencial, houve uma elevação da média do Bem-Estar Espiritual e que a música não interferiu no Bem-Estar Religioso e sim no Existencial.

Torna-se oportuno, neste momento, salientar, que a abordagem da espiritualidade é muito ampla, envolvendo componente vertical (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e horizontal (existencial – um propósito e satisfação de vida que reflete crenças, valores, estilos de vida, e interações com o outro e com a natureza).

Conclusão

Podemos com os estudos realizados prepararmos-nos para lidar com a espiritualidade e, não só no âmbito pessoal, mas também em situações que emergem necessidades espirituais, como, por exemplo, a assistência aos pacientes.

A realização do presente trabalho possibilitou uma maior compreensão sobre o tema, bem como contribuiu com banco de dados sobre o relacionamento entre o bem-estar espiritual x música x pacientes com úlceras crônicas.

Referências

1. Silva RCL, Meireles IB. Fundamentos biológicos para o atendimento ao portador de lesões de pele. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: Fundamentos e Atualizações em Enfermagem, 2ª ed. São Paulo: Yendis; 2007.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica – Brunner & Suddarth. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

3. Jorge SA, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.
4. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
5. Giraldes MJ. Aspectos Psicológicos. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Yendis; 2007.
6. Hess CT. Tratamento de feridas e úlceras. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso; 2002.
7. Candido LC. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: Senac; 2001.
8. Turrini RNT. Terapias complementares no cuidado de enfermagem. Nursing 2008;120.
9. Gianotti LA, Pizzoli LML. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. Nursing 2004;71(7):35-41.
10. Benko MA, Silva MJP. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. Rev Latinoam Enferm 1996;4(1):71-85.
11. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Rev Saúde Pública 2003;37(4): 440-45.
12. Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de ulcera venosa crônica. An Bras Dermatol 2006;81(2):131-5.
13. Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte I. An Bras Dermatol 2003;78(4):393-410.
14. Ferreira CL, Mata ANS, Gomes TG, Góis LCM, Maia EMC. Autoavaliação, doenças crônicas e medicamentos: a saúde sob a perspectiva do idoso. III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia 2009. [citado 2012 Mar 15]. Disponível em: http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-177.pdf.
15. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde: Brasília; 2011.
16. Leão ER. Reflexões sobre música, saúde e espiritualidade. In: Pessini L, Barchifontaine CP, eds. Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Paulinas; 2008.
17. Moreira-Almeida A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo) 2007;34(1)
18. Frankl VE. Psicoterapia para todos. Petrópolis: Vozes; 1990.
19. Marques LF, Sarriera JC, Dell'aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). Aval Psicol 2009;8(2):179-86.