

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS – *CAMPUS* BAURU

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Paula de Marchi Scarpin Hagemann

**O EFEITO DA MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA E NOS
SINTOMAS DEPRESSIVOS DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE**

BAURU-SP

2015

Paula de Marchi Scarpin Hagemann

**O EFEITO DA MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA E NOS
SINTOMAS DEPRESSIVOS DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE**

Dissertação apresentada como requisito à do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Desenvolvimento – Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof^a Dr^a Carmen Maria Bueno Neme

BAURU-SP

2015

Hagemann, Paula de Marchi Scarpin.

O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas depressivos do paciente em hemodiálise / Paula de Marchi Scarpin Hagemann, 2015

115 f.

Orientador: Carmen Maria Bueno Neme

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2015

1. Musicoterapia. 2. Hemodiálise. 3. Qualidade de vida. 4. Depressão. 5. Pressão arterial. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE PAULA DE MARCHI SCARPIN HAGEMANN, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 27 dias do mês de fevereiro do ano de 2015, às 14:00 horas, no(a) Sala 1 da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. THYAGO PROENÇA DE MORAES do(a) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde / Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de PAULA DE MARCHI SCARPIN HAGEMANN, intitulada "O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas depressivos do paciente em hemodiálise". Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: Aprovada. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

Prof. Dr. THYAGO PROENÇA DE MORAES

Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE

Dedicatória

Ao meu marido, Rodrigo,
E aos meus pais, Edna e Romeu,
Pela força e confiança.

Agradecimentos

*Agradeço a **Deus** pelos dons que me concedeu. Fui agraciada pelo dom da música enquanto criança. Desde esta época, sentia o quão especial era esta forma de arte. Para mim, foi uma enorme satisfação fazer uso deste dom nesta pesquisa, pois a música teve o poder de tornar tudo mais leve e até mesmo lúdico.*

*À **Professora Doutora Carmen Maria Bueno Neme**, por ter a mente aberta e ter aceitado embarcar comigo nesta pesquisa. Agradeço pelas orientações, troca de ideias, e esclarecimentos.*

*Ao **Professor Doutor Luis Cuadrado Martin**, pela grande ajuda e apoio na execução da pesquisa. Seu auxílio foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho. Sem saber, antes mesmo de eu pensar em fazer um mestrado, já me incentivava a desenvolver um trabalho de musicoterapia com os pacientes.*

*Aos médicos do Centro de Terapia Renal Substitutiva/Diálise do Hospital Estadual de Bauru, **Rodrigo Hagemann, Daniel Marchi, e Tricya Nunes Vieira Bueloni**. Muito obrigada pelo apoio e por facilitarem a realização dos grupos terapêuticos.*

*A responsável técnica **Aniela Nascimento**, por permitir que esta pesquisa fosse desenvolvida no Centro de Terapia Renal Substitutiva/Diálise.*

*Aos **enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem** do Centro de Terapia Renal Substitutiva/Diálise, em especial, **Elda Garbo Pinto e Eduardo Castro**. Sem a ajuda, apoio e compreensão de vocês, eu não teria como realizar este trabalho. O auxílio de vocês foi fundamental para mim. Não posso deixar de citar que foi muito bom conviver com vocês dois durante os meses de intervenção. Senti que batalharam tanto quanto eu para que este trabalho acontecesse.*

*Aos **pacientes que participaram deste estudo**. Sem eles, nada disso seria possível. Agradeço por terem se voluntariado e por terem colaborado comigo. Sempre me recordarei de cada um com muito carinho.*

*À secretária **Sílvia Maria** do Centro de Terapia Renal Substitutiva/Diálise, pelo auxílio com os prontuários dos pacientes.*

*À **Capes**, por me proporcionar a execução deste trabalho.*

*Não posso deixar de mencionar inúmeras pessoas que contribuíram para realizar este trabalho. Minha trajetória profissional na Nefrologia iniciou-se em 2010, na **Faculdade de Medicina de Botucatu**, onde inicialmente realizei estágio e, posteriormente, aprimoramento profissional em Psicologia em Diálise. Minhas preceptoras **Professora Doutora Cristiane Lara Mendes-Chiloff** e **Vânia Lucia Novello** foram grandes modelos profissionais para mim.*

*A **Professora Doutora Ana Thereza de Abreu Ramos Cerqueira** também teve papel fundamental na minha formação profissional. Mesmo sem saber, foi uma das grandes incentivadoras no desenvolvimento deste trabalho.*

*Agradeço aos docentes e médicos assistentes da Unidade de Diálise de Botucatu, pelos ensinamentos e aprendizado: **Jacqueline Costa Teixeira Caramori, Pasqual Barretti, Luis Cuadrado Martin, Daniela Ponce, Vanessa Santos Silva (Vanessinha), Vanessa Banin e Rogério C. Oliveira. Vanessinha e Jacque**: obrigada pela convivência e pela musicalidade presente em vocês!*

*Agradeço ao **Professor Doutor Thyago Proença de Moraes**, pelo olhar técnico e contribuições durante minha defesa de dissertação.*

*Não posso deixar de mencionar minhas colegas de aprimoramento - **Letícia Pacheco Oliveira, Patrícia Santi Xavier, Nathalia Ribeiro da Costa, Cassiana Góes, Flávia Toledo Bondioli, Aline Carducci** – e nem os funcionários, residentes e pós-graduandos da Unidade de Diálise: **Estela Pereira, Edwa Bucuvic, Francieli Vanini, Edna Zumba (Edninha), Diná Márcia, Ana Cláudia Albino da Costa, Bárbara Vogt, Christiane Kojima e Beatriz Carmelo.***

Amei conviver com vocês! Trabalhávamos muito, mas nos divertíamos bastante!

*Agradeço, especialmente, a amiga **Bertha Furlan Polegato**, pela ajuda e incentivo quando optei por fazer a prova para o mestrado. Seu apoio foi fundamental na época.*

*Agradeço também aos **funcionários da secretaria do programa de pós-graduação da Faculdade de Ciências - UNESP**, em especial, a **Gethiely Gasparini**, que sempre se mostrou pronta para esclarecer todas as dúvidas. Com relação aos docentes, agradeço o incentivo e ensinamentos de **Olga Piazzentin Rolim Rodrigues, Kester Carrara, Sandra Leal Calais, Tania Gracy Martins do Valle e Alessandra Bolsoni-Silva.***

*Os **colegas do mestrado** também têm um lugar especial em minha vida. Foram as primeiras pessoas que tive contato assim que me mudei para Bauru. Senti-me acolhida e bem recebida por todos, num dos momentos que eu mais precisava disso. Obrigada **Camila Pereira, Geisa Rodrigues, Cristiane Mellado, Luciana Rique e Luiz Antonio Lourencetti.***

*Um “obrigada” especial à musicoterapeuta **Professora Doutora Lia Rejane Mendes Barcellos**, grande incentivadora. Conheci-a pessoalmente em setembro de 2011 e, desde então, passou a me auxiliar sempre que precisei, trocando diversos e-mails comigo e fornecendo o pouco material existente sobre o assunto. Também agradeço o incentivo das colegas de turma, as musicoterapeutas **Ilza Cristiane Camara e Camila Acosta Gonçalves.***

*Agradeço também a **Ana Cláudia Okada**, grande amiga. Durante toda esta caminhada esteve disposta a ouvir e oferecer um ombro amigo, mesmo estando distante.*

*Agradeço aos meus pais, **Romeu Scarpin e Edna Maria de Marchi Scarpin**, por tudo que sempre me proporcionaram e possibilitaram. Sempre recebi amor e apoio incondicional dos dois. Obrigada por existirem, obrigada por serem meus pais. Amo vocês!*

*Agradeço minha irmã, **Patrícia de Marchi Scarpin (Paty)**, por sempre me ouvir quando precisei de um carinho de irmã.*

*Por fim, agradeço a **Rodrigo Hagemann**, amigo, médico nefrologista e, principalmente, meu marido. Enfim, te agradeço pelos inúmeros papéis que você desempenhou nesta caminhada: agradeço por sua paciência e compreensão; agradeço por seu companheirismo e preocupação comigo; agradeço pelo auxílio que prestou durante a coleta de dados; agradeço pelo apoio incondicional. Obrigada por tudo! Te amo!*

Obrigada!

Viver é afinar o instrumento

De dentro pra fora

De fora pra dentro

A toda hora, todo momento

De dentro pra fora

De fora pra dentro.

(Walter Franco)

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	15
LISTA DE FIGURAS.....	16
LISTA DE TABELAS.....	17
LISTA DE ANEXOS.....	18
LISTA DE APÊNDICE.....	19
RESUMO.....	20
ABSTRACT.....	22
APRESENTAÇÃO.....	24
1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 Doença Renal Crônica.....	28
1.2 Impacto da hemodiálise na vida do paciente.....	30
1.3 A musicoterapia.....	36
1.4 Musicoterapia na hemodiálise.....	39
2 HIPÓTESES.....	45
3 OBJETIVOS.....	47
<i>Geral.....</i>	<i>47</i>
<i>Específicos.....</i>	<i>47</i>
4 MÉTODO.....	49
4.1 Delineamento.....	49
4.2 Local.....	49
4.3 Participantes.....	49
<i>Critérios de inclusão.</i>	<i>49</i>
<i>Critérios de exclusão.....</i>	<i>49</i>
4.4 Procedimentos éticos.....	50
4.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	51
<i>Contexto da pesquisa.....</i>	<i>51</i>
<i>Formação dos grupos de musicoterapia.....</i>	<i>52</i>
<i>Dados de pressão arterial.....</i>	<i>56</i>

<i>Dados laboratoriais.....</i>	<i>57</i>
4.6 Instrumentos.....	57
<i>Formulário de dados sociodemográficos e clínicos-médicos.....</i>	<i>57</i>
<i>Instrumento de qualidade de vida.....</i>	<i>58</i>
<i>Instrumento de sintomas de depressão.....</i>	<i>58</i>
4.7 Procedimentos para a análise de dados.....	59
5 RESULTADOS.....	62
6 DISCUSSÃO.....	77
7 CONCLUSÕES.....	88
REFERÊNCIAS.....	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
CTRS	Centro de Terapia Renal Substitutiva
DRC	Doença Renal Crônica
DCV	Doença Cardiovascular
DAC	Doença Arterial Coronariana
GNC	Glomerulonefrite crônica
HAS	Hipertensão Arterial
HD	Hemodiálise
KDQOL-SF	Kidney Disease and Quality of Life Short-Form
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PCR	Proteína C Reativa
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SF-36	Short-Form Health Survey
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos pacientes nos seis diferentes turnos de hemodiálise.....	51
Figura 2	Formação dos grupos de musicoterapia.....	53
Figura 3	Delineamento para coleta de dados.....	56
Figura 4	Diagrama de inclusão dos pacientes no estudo.....	62
Figura 5	Diferenças na intensidade de sintomas depressivos antes e após a musicoterapia.....	67
Figura 6	Dimensões genéricas de QV, comparação das médias e medianas obtidas nos momentos 1 e 2.....	69
Figura 7	Dimensões específicas de QV, comparação das médias e medianas obtidas nos momentos 1 e 2.....	69
Figura 8	Comparação das médias de PAS (pressão arterial sistólica) e PAD (pressão arterial diastólica) pré e pós-diálise nos Momentos 1 e 2 do estudo.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Pesquisa em bases de dados sobre os estudos interventivos de musicoterapia com pacientes em hemodiálise.....	42
Tabela 2	Dados sociodemográficos dos pacientes.....	64
Tabela 3	Características clínicas da amostra.....	65
Tabela 4	BDI-II de acordo com intensidade dos sintomas de depressão, categorizados em caso e não caso.....	66
Tabela 5	Comparação dos sintomas de depressão pelo BDI-II entre os Momentos 1 e 2, enquanto variável contínua.....	66
Tabela 6	Comparação entre os escores nas dimensões de qualidade de vida (KDQOL-SF) dos pacientes no pré e pós intervenção musicoterapêutica.....	68
Tabela 7	Correlações entre BDI-II e dimensões de QV genéricas (SF-36) e específicas.....	71
Tabela 8	Correlações das dimensões genéricas de QV (SF-36) e variáveis sociodemográficas.....	72
Tabela 9	Correlação das dimensões específicas e QV e variáveis sociodemográficas.....	73

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	97
Anexo B	Parecer consubstanciado do CEP.....	98
Anexo C	Parecer consubstanciado do CEP (Emenda).....	100
Anexo D	Ficha geral de avaliação.....	102
Anexo E	Kidney Disease of quality of life short form (KDQOL-SF).....	103

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice A	Ficha clínica musicoterapêutica.....	115
-------------------	--------------------------------------	-----

HAGEMANN, P. M. S. **O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas depressivos do paciente em hemodiálise.** 2015. 114f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2015.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes em hemodiálise, antes e após processo de musicoterapia. Os objetivos específicos foram: Identificar possíveis relações de influência entre os dados sociodemográficos, clínicos, laboratoriais, qualidade de vida e sintomas de depressão avaliados; e avaliar a pressão arterial sistólica e diastólica dos pacientes participantes, antes e após o processo de musicoterapia. **Método:** Trata-se de um estudo prospectivo, de intervenção musicoterapêutica, com avaliação antes e após intervenção. Participaram do estudo 23 pacientes que realizavam hemodiálise no Centro de Terapia Renal Substitutiva/Diálise do Hospital Estadual de Bauru. Os pacientes foram avaliados em duas fases distintas – pré e pós processo musicoterapêutico. Na primeira fase todos os participantes responderam ao Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) para avaliar sintomas de depressão, e ao *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF) para avaliar qualidade de vida. Após as avaliações, os participantes passaram por entrevista individual durante sessão de hemodiálise, na qual foram levantados dados sociodemográficos. Também foram coletados dos prontuários, dados de exames laboratoriais e dados referentes à pressão arterial de 10 sessões de hemodiálise (aferições do início e do final de cada sessão) que antecederam a realização da intervenção. Após as avaliações iniciais, tiveram início as sessões de musicoterapia, que se deram através de atendimentos com quatro participantes por grupo, sendo oito sessões com cada, duas vezes por semana, com duração média de setenta e cinco minutos. Ao final da intervenção, os pacientes foram reavaliados e foram coletados novamente dados laboratoriais e aferições de pressão arterial de 10 sessões que sucederam a intervenção. **Resultados:** Eram do sexo feminino 56,5%, com idade média de 54,9 anos, média de 7,1 anos de estudo e tempo médio de tratamento de 31,4 meses. Segundo o BDI-II, 60,8% dos participantes apresentavam sintomas de depressão no início do estudo. Após intervenção de musicoterapia, este número reduziu para 21,7% ($p < 0,001$). A avaliação de Qualidade de Vida indicou que os domínios genéricos mais afetados foram Capacidade Funcional (média de 60 pontos), Aspectos Físicos (média de 50 pontos) e Estado Geral de Saúde (média de 54,3 pontos). Com relação às dimensões específicas, a menor pontuação foi a da dimensão Sobrecarga da Doença Renal (média de 46,4 pontos). Após intervenção de musicoterapia, foi encontrada significância estatística para Capacidade Funcional ($p=0,011$), Dor ($p=0,036$), Estado Geral de Saúde ($p=0,01$), Vitalidade ($p=0,004$) e Saúde Mental ($p=0,012$). Já nas dimensões específicas, foi encontrada significância estatística para Lista de Sintomas e Problemas ($p=0,01$) e Saúde Global ($p=0,01$). No estudo de correlações, as pontuações obtidas por meio do BDI-II correlacionaram-se negativamente com as seguintes dimensões de qualidade de vida: Dor ($p=0,019$), Estado Geral de Saúde ($p=0,001$), Vitalidade ($p=0,012$), Aspectos Sociais ($p=0,002$) e Saúde Mental ($p=0,002$), Lista de Sintomas e Problemas ($p=0,004$), Efeitos da Doença Renal ($p=0,002$), Sobrecarga da Doença Renal ($p=0,029$), Função Cognitiva ($p=0,045$), Interação Social ($p=0,023$), Sono ($p=0,010$), Apoio Social ($p=0,013$), Satisfação do Paciente ($p=0,003$). No que se refere à pressão arterial, foi observada diminuição significativa da pressão arterial diastólica tanto no momento pré-diálise ($p<0,001$) quanto no pós-diálise ($p=0,009$). **Conclusões:** Verificou-se melhora estatisticamente significativa dos sintomas de depressão, além da melhora de diversos domínios de qualidade de vida e da pressão arterial diastólica. Sendo assim, a musicoterapia

constitui-se em uma ótima opção no tratamento da depressão e melhora da QV. Além disso, vale destacar o seu papel na melhora de aspectos fisiológicos dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Musicoterapia, Hemodiálise, Qualidade de Vida, Depressão, Pressão Arterial.

HAGEMANN, P. M. S. **The effect of the music therapy on quality of life and depressive symptoms in patients in hemodialysis.** 2015, 114f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2015.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the quality of life and depressive symptoms in hemodialysis patients before and after the process of music therapy. The specific objectives were: identify possible relationship among the sociodemographic, clinical, laboratory, quality of life symptoms of depression assessed and evaluate the systolic and diastolic blood pressure of participating patients, before and after the music therapy process. **Method:** This is a prospective study of music therapeutic intervention, with evaluation before and after intervention. The study included 23 patients who underwent hemodialysis in Centro de Terapia Renal Substitutiva/Diálise do Hospital Estadual de Bauru. The patients were evaluated in two distinct phases - pre and post music therapeutic process. In the first phase all participants completed the Beck Depression Inventory (BDI-II) to evaluate symptoms of depression, and the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) to assess quality of life. After the evaluations, participants went through individual interviews during hemodialysis session, in which sociodemographic data were collected. There were collected also, from medical records, laboratory data and data on the blood pressure of 10 hemodialysis sessions (measurements at the beginning and end of each session) prior to performing the process. After the initial assessments, music therapy sessions began, with four participants per group, eight sessions each, twice a week, for approximately seventy-five minutes. At the end of the intervention, the patients were reassessed and laboratory data and assessment of blood pressure of 10 sessions that followed the intervention were collected again. **Results:** There were 56.5% female, mean age of 54.9 years, mean 7.1 years of schooling and mean treatment period of 31.4 months. According to the BDI-II, 60.8% of participants had symptoms of depression at baseline. After intervention of music therapy, this number decreased to 21.7% ($p < 0.001$). The Quality of Life assessment indicated that the most affected areas were generic Functional Capacity (average of 60 points), Physical Aspects (average of 50 points) and General Health (average of 54.3 points). For specific dimensions, the lowest score was the size Overload Renal Disease (average of 46.4 points). After intervention of music therapy, role-physical ($p = 0.011$), pain ($p = 0.036$), general health ($p = 0.01$), energy/fatigue ($p = 0.004$) and emotional well-being ($p = 0.012$) were statistically significant. Already in specific dimensions, there was statistical significance for list of symptom problem list ($p = 0.01$) and global health ($p = 0.01$). In the study of correlations, the scores obtained by the BDI-II correlated negatively with the following dimensions of quality of life: pain ($p = 0.019$), general health ($p = 0.001$), energy/fatigue ($p = 0.012$), social function ($p = 0.002$) and emotional well-being ($p = 0.002$), symptom problem list ($p = 0.004$), effects of kidney disease ($p = 0.002$), burden of kidney disease ($p = 0.029$), Cognitive Function ($p = 0.045$), quality of social interaction ($p = 0.023$), sleep ($p = 0.010$), social support ($p = 0.013$), patient satisfaction ($p = 0.003$). With regard to blood pressure, significant reduction in diastolic blood pressure was observed in both, pre-dialysis time ($p < 0.001$) and post-dialysis ($p = 0.009$). **Conclusions:** There was a statistically significant improvement in symptoms of depression, besides the improvement of several domains of quality of life and diastolic blood pressure. Therefore, music therapy is a great option to treat depression and improve quality of life. In addition, it improves physiological aspects of patients.

KEYWORDS: Music Therapy, Hemodialysis, Quality of Life, Depression, Blood Pressure.

APRESENTAÇÃO

A ideia deste projeto de pesquisa surgiu a partir de inúmeros fatores. Sou pianista e sempre fui apaixonada por música. Por conta da sensação de relaxamento e bem estar que a música sempre me causou, optei por fazer um curso de Musicoterapia, ingressando na graduação em fevereiro de 2002. Neste curso, tive muitas disciplinas relacionadas à Psicologia, e uma nova paixão despertou o que me levou a fazer outra faculdade. Formei-me em musicoterapia em dezembro de 2005 e, em dezembro de 2009 concluí o curso de Psicologia. Durante a vida acadêmica sempre sonhei em realizar um trabalho no qual pudesse utilizar minhas duas profissões, afinal, ambas são parte importante na minha vida.

Em março de 2010 mudei-me para Botucatu e iniciei um estágio como psicóloga na Unidade de Diálise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Lá, descobri uma nova paixão: o trabalho com pacientes portadores de doença renal crônica terminal. A experiência do estágio levou-me a ingressar no Programa de Aprimoramento Profissional de Psicologia em Diálise. Minha experiência no aprimoramento foi muito rica, pois foi lá que me descobri e amadureci profissionalmente.

Na prática profissional, sempre ouvia muitas queixas por parte dos pacientes relacionadas ao tempo ocioso durante as sessões de hemodiálise. Além disso, a baixa qualidade de vida e a presença considerável de sintomas de depressão eram frequentes. Somado a isto, era cada vez maior o número de artigos científicos mencionando a necessidade de realizar intervenções a fim de minimizar esta condição. O trabalho e convivência com os pacientes, assim como a participação em pesquisas científicas e reuniões multiprofissionais levaram-me a fazer inúmeros questionamentos. Dentre estes questionamentos, resgatei uma parte importante da minha vida, a música e a musicoterapia. Afinal, o que um musicoterapeuta poderia fazer em uma hemodiálise?

Iniciei uma busca por artigos de musicoterapia na hemodiálise e entrei em contato com diversos profissionais. A musicoterapia é uma ciência nova e sua prática em salas de hemodiálise vem acontecendo de maneira tímida e, até o momento, com poucas publicações científicas. Em geral, o que se encontra, são relatos de alguns atendimentos.

Desde o início eu sabia que percorrer este caminho não seria fácil, afinal, realizar um atendimento em grupo em uma sala de hemodiálise não se constitui em algo simples, além de não ser o *setting* terapêutico ideal. Apesar de ter consciência destas dificuldades, comecei a me animar e me realizar com isto, pois finalmente vi uma chance de colocar em prática o que sempre sonhei: ser musicoterapeuta e psicóloga.

Iniciei esta pesquisa com grandes expectativas, tanto pessoais quanto profissionais. Durante a execução deste trabalho me senti muito feliz e realizada. Por mais que ainda não tivesse os resultados, sabia que já tinha atingido o maior de todos os objetivos: proporcionar algo diferente para pessoas que tanto precisavam disso. Jamais esquecerei a gratidão e carinho que recebi de cada um dos pacientes que atendi.

Introdução

*Tudo é uma questão de manter
a mente quieta,
a espinha ereta
e o coração tranquilo*

Walter Franco

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho está organizado em quatro tópicos temáticos. No primeiro é apresentada uma definição de doença renal crônica, assim como seus sintomas e possibilidades de tratamento. O segundo tópico refere-se ao impacto da doença e seu tratamento na vida dos pacientes, destacando-se os sintomas de depressão e o prejuízo na qualidade de vida, sendo ressaltada a necessidade de realizar intervenções para minimizar estes sintomas. No terceiro tópico a Musicoterapia é contextualizada e apresentada como ciência e tratamento. Por fim, no quarto e último tópico, são apresentadas as possibilidades de atuação do musicoterapeuta no ambiente hospitalar, assim como as possíveis contribuições deste profissional junto a pacientes em hemodiálise.

O que justifica a realização é a necessidade de realizar intervenções para minimizar sintomas de depressão e melhorar a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. Neste cenário, a musicoterapia surge como uma possibilidade de tratamento que pode vir a minimizar sintomas relacionados à sobrecarga da doença renal, além de favorecer melhor adesão ao tratamento.

1.1 Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se por uma síndrome decorrente da perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN (2012), a DRC pode ser considerada uma doença “silenciosa”, pois até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem assintomáticos. Em sua fase mais avançada, os rins não conseguem mais manter o equilíbrio do meio interno do paciente, resultando em alterações metabólicas importantes. Dados da literatura indicam que portadores de diabetes Mellitus, hipertensão arterial ou história familiar de DRC, têm maior propensão de desenvolverem DRC (ROMÃO JUNIOR, 2004).

Os pacientes com DRC podem ser classificados de acordo com o grau de sua função renal, e esta classificação varia desde a fase de funcionamento normal do rim até a fase terminal, podendo ser dividida em seis estágios funcionais (ROMÃO JUNIOR, 2004):

- Estágio 0 – *Fase de função renal normal sem lesão renal*: inclui pessoas dos grupos de risco para DRC, mas ainda sem presença de lesão renal;
- Estágio 1 – *Fase de lesão com função renal normal*: início da lesão renal, mas filtração glomerular preservada (depuração plasmática renal de creatinina >90 ml/min);
- Estágio 2 – *Fase de insuficiência renal funcional ou leve*: início da perda da função renal, ainda não há sinais e sintomas clínicos importantes e os rins conseguem manter razoável controle do meio interno (depuração plasmática renal de creatinina entre 60 e 89 ml/min);
- Estágio 3 – *Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada*: sinais e sintomas discretos, mas paciente clinicamente bem (depuração plasmática renal de creatinina entre 30 e 59 ml/min);
- Estágio 4 – *Fase de insuficiência renal clínica ou grave*: paciente já apresenta sinais e sintomas de uremia (depuração plasmática renal de creatinina entre 15-29ml/min);

- Estágio 5 – *Fase terminal da insuficiência renal crônica*: perda da homeostase interna.

Paciente intensamente sintomático.

No estágio 5, também conhecido como fase terminal ou dialítica, o paciente apresenta sintomas como pressão alta, fraqueza, perda de apetite, náuseas, vômitos, edema, palidez, falta de ar, anemia e alterações nos exames de sangue. Em decorrência disso, faz-se necessário suprir as funções dos rins de alguma forma, sendo indicada a Terapia Renal Substitutiva. Dentre as opções terapêuticas do paciente, podem-se citar os métodos de depuração artificial do sangue (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal (ROMÃO JUNIOR, 2004).

A hemodiálise (HD) consiste na retirada das substâncias tóxicas, água e sais minerais presentes no organismo, por meio da passagem do sangue por um filtro (capilar). Para a realização deste tratamento, é necessário o auxílio de uma máquina e uma via de acesso para a circulação sanguínea extracorpórea. Para tanto, faz-se necessária a utilização de um acesso vascular no paciente, que pode ser temporário (implante de um cateter instalado em veias centrais) ou permanente (confeção cirúrgica de uma fístula arteriovenosa ou enxerto-arteriovenoso, preferencialmente em membro superior). Em geral, a HD é realizada em hospitais ou clínicas especializadas, com uma frequência de três vezes por semana, com sessões de três a quatro horas, em média. (SILVA, SILVA, 2003; SBN, 2012; QUEIROZ, 2010). Tanto o cateter quanto a fístula ou o enxerto, exigem do paciente cuidados especiais para seu bom funcionamento (QUEIROZ, 2010), visto que o acesso é essencial para a realização das sessões de HD.

1.2 Impacto da hemodiálise na vida do paciente

O diagnóstico de uma doença crônica, em particular a DRC, é frequentemente acompanhado de desorganização psicológica do paciente, que pode apresentar reações emocionais variadas, de acordo com sua história de vida e características de personalidade (TRENTINI, SILVA, LEIMANN, 1990). De acordo com Neme (2012), a exposição a uma doença crônica grave, tanto em crianças como em adultos, leva a sequelas que dificultam o manejo de condições agudas e de outros eventos de vida, comprometendo a qualidade de vida (QV) dos doentes e remetendo-os, assim como suas famílias, à possibilidade de morte.

Há poucas décadas, receber o diagnóstico de doença renal crônica terminal era uma sentença de morte. As terapias renais substitutiva mudaram este cenário, modificando o prognóstico desta doença. Para que esta transformação ocorresse, foi necessário intenso trabalho, visando prolongar a vida dos portadores de DRC, por meio do desenvolvimento de novas possibilidades terapêuticas (ALMEIDA, MELEIRO, 2000). Atualmente, apesar dos índices de mortalidade ainda serem significativos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013), conseguiu-se uma razoável sobrevida para os pacientes, mas junto dela tem-se um maior número de co-morbidades (ALMEIDA, MELEIRO, 2000; ALMEIDA, 2003).

Apesar de nas últimas décadas avanços tecnológicos e terapêuticos proporcionarem aumento quantitativo na sobrevida dos pacientes renais crônicos (ALMEIDA, MELEIRO, 2000), muitas vezes esse avanço não é acompanhado de uma recuperação significativa do estado físico, emocional e social (RAMOS-CERQUEIRA, CREPALDI, 2000). A HD impõe ao paciente inúmeras perdas e limitações em seu cotidiano, a saber: dependência da equipe de saúde; dependência da máquina de hemodiálise, afinal ela desempenhará o papel que os rins do paciente já não conseguem mais realizar; limitações físicas que favorecem o sedentarismo

e a deficiência funcional; dificuldades profissionais com queda da renda mensal; e diversas alterações biopsicossociais. Todos estes fatores influenciam diretamente na QV daqueles que se submetem à HD (QUEIROZ, 2010; ALMEIDA, MELEIRO, 2000).

Vale destacar que a DRC e a HD não se constituem como impedimento direto e absoluto para atividades ocupacionais, entretanto, traz limitações importantes. Carreira e Marcon (2003) realizaram um estudo exploratório com pacientes em HD com o objetivo de conhecer as concepções, atitudes e comportamentos relacionados ao trabalho. Um dos fatores identificados pelos autores que contribuem para que os pacientes se afastem do trabalho refere-se às consequências advindas do próprio tratamento. Os autores (CARREIRA; MARCON, 2003) destacam que após a realização da HD, os pacientes precisam de duas horas, em média, para se recobrem dos sintomas imediatos ao tratamento. Portanto, por se tratar de uma doença grave, na qual os pacientes apresentam diversos sintomas físicos, tanto procedentes da doença e comorbidades, quanto oriundos do próprio tratamento, torna-se difícil para o paciente manter-se em um emprego.

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde definiu que QV corresponde à percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural, e no sistema de valores do local onde vive, bem como em relação a objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al*, 2000). Para Almeida (2003, p. 210), QV “é um constructo multidimensional, abrangendo o funcionamento físico, psicológico e social”. Para Rudnicki (2007, p. 344), a QV para o paciente renal crônico dialítico pode ser entendida “como a percepção individual de bem estar, variando da satisfação à insatisfação em relação aos domínios da vida que lhe são importantes”. Considerando-se as extensas modificações em sua rotina e as diversas perdas e limites aos quais o paciente deve se adaptar, compreende-se que a DRC tem um impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (MARTINS, CESARINO, 2005).

As fontes de estresse cotidianas representadas pela doença e seu tratamento e o processo de enfrentamento desencadeado para que o paciente e a família se adaptem à nova realidade podem gerar estados de depressão e, a presença de depressão interfere diretamente na QV dos pacientes com DRC submetidos à HD (BARBOSA *et al*, 2007; FRUCTUOSO *et al*, 2011). Na literatura, há referência de que os sintomas depressivos ocorrem mais frequentemente no primeiro ano de tratamento, devido à dificuldade de ajustamento à diálise (ALMEIDA, MELEIRO, 2000).

Estudo realizado por Teles *et al* (2014) com 96 pacientes hemodialíticos apontou que 42,7% tinham sintomas depressivos significativos, segundo Inventário de Depressão de Beck (BDI). Nifa e Rudnick (2010) também detectaram pelo BDI prevalência de 33,3% de sintomas depressivos significativos em 30 pacientes em hemodiálise.

Os sintomas depressivos, além de interferirem na QV, associam-se a outros comprometimentos, tais como os cognitivos. Pacientes em diálise que apresentam altos e médios índices de depressão, de acordo com classificação obtida com a aplicação do BDI, possuem déficits cognitivos significativos na linguagem e inteligência, comparativamente aos menos deprimidos (PEREIRA *et al*, 2005). Além disso, a depressão também modifica a percepção e a avaliação que o indivíduo faz de sua vida e de sua doença, o que influencia diretamente na avaliação de sua QV. Ansiedade e depressão relacionam-se à percepção negativa que o paciente tem de sua saúde, mais do que à gravidade da própria doença. Essa percepção negativa sobre o tratamento e o prognóstico pode favorecer a escolha do paciente a descontinuar o tratamento, não aderindo ao mesmo (ALMEIDA, MELEIRO, 2000).

Os riscos de mortalidade em pacientes renais crônicos em tratamento dialítico são significativos, tendo em vista a frequência de comorbidades que apresentam. De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise de 2013, a taxa anual de mortalidade bruta foi de 17,9% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013). Estudo realizado por Li, Na, Mao

et al (2011) mostraram que pacientes em HD que apresentaram sintomas de depressão pela Escala de Depressão De Hamilton (HAMD), têm maiores índices de Proteína C Reativa ¹ (PCR), que é um dos marcadores para medir inflamação. Para Hedayatil, Yalamanchili e Finkelstein (2012), a depressão é um problema comum, sub diagnosticado e subtratado e constitui-se num fator de risco independente para o aumento da morbidade e mortalidade em pacientes com DRC.

O aumento da mortalidade e morbidade do paciente renal crônico em tratamento dialítico também está associado à QVRS, conforme indicado por diferentes estudos e apontado em estudo de revisão realizado por Soni, Weisbord e Unruh (2010). Segundo os autores, vários fatores contribuem para o declínio da QV do paciente renal, dentre esses a própria diminuição da função renal.

A dimensão que apresenta piores escores com relação à QV dos pacientes em HD é a relacionada aos aspectos físicos, o que se acentua nos pacientes com mais idade (SANTOS, 2006). Trabalho realizado por Martins e Cesarino (2005) aponta que os pacientes estudados apresentaram menores escores nos domínios que avaliam aspectos físicos, emocionais e vitalidade. Queiroz (2010) encontrou diferença estatística significativa entre o tipo de acesso vascular (fístula ou cateter) utilizado pelo paciente e sua capacidade funcional, mostrando que pacientes com fístula têm maior comprometimento na capacidade funcional e, conseqüentemente, na QV. Mortari *et al* (2010) também observaram alteração na QV, sendo que foi identificado maior comprometimento nas limitações por aspectos físicos e no estado geral de saúde.

No que se refere às dimensões de QV específicas da doença renal crônica, as que apresentam piores escores são as relacionadas à sobrecarga da doença renal, papel profissional e função sexual. Park *et al* (2010), realizaram estudo multicêntrico com 160 pacientes na

¹ A proteína C reativa (PCR) é uma substância presente no sangue quando há alguma inflamação ou infecção no organismo.

Coreia do Sul para avaliar a associação entre sintomas de depressão e QV. Para avaliação de sintomas de depressão utilizaram o BDI e, para avaliar QV utilizaram o *Kidney Disease Quality of life Short Time* (KDQOL-SF). Os autores constataram que as dimensões de QV específicas da DRC com aspecto mais negativo foram sobrecarga da doença renal e papel profissional. Cavalcante *et al* (2013) encontraram resultado semelhante em estudo brasileiro. Além dos achados relacionados à QV, Park *et al* (2010) também identificaram que os sintomas de depressão e as dimensões de QV apresentaram relação linear inversa.

Martins e Cesarino (2005) destacam a necessidade de avaliar a QV de pacientes dialíticos, a fim de promover transformações condizentes com a realidade de cada um e prevenir o comprometimento de suas atividades diárias.

Revisão de literatura realizada por Hedayati, Yalamanchili e Finkelstein (2012) sugere a necessidade de alternativas terapêuticas para tratar depressão de pacientes em hemodiálise, como treinamento físico e musicoterapia. Melhores níveis de atividade física estão diretamente associados à melhor QV (NAKAMURA *et al*, 2010). Estudo de Mustata *et al* (2011) indicou que após a realização de programas de treinamento físico, pacientes em hemodiálise apresentaram melhora nas dimensões que avaliam QV.

Além dos resultados positivos na QV obtidos com a prática de atividade física, alguns estudos apontam o efeito terapêutico da música no bem estar emocional de pacientes em hemodiálise. Estes estudos, em geral, são realizados por equipes de enfermagem e a proposta de intervenção baseia-se na audição de músicas, sejam elas gravadas ou tocadas ao vivo durante as sessões de HD (SILVA *et al*, 2008; CAMINHA, SILVA, LEÃO, 2009). Silva *et al* (2008) realizaram estudo qualitativo que objetivou a humanização da assistência e melhoria da QV de pacientes submetidos à HD, no qual foram realizadas apresentações musicais durante as sessões de tratamento. Por meio dos relatos dos participantes foi possível identificar cinco categorias dos efeitos da música nos pacientes: diferenciação positiva da

percepção do tempo de hemodiálise, bem-estar, entretenimento e mudança na rotina, recordações positivas e companhia, evidenciando que a presença da música é uma alternativa eficaz nos cuidados de enfermagem.

Pothoulaki *et al* (2008) realizaram estudo visando examinar os efeitos quantitativos da música preferida pelos pacientes em HD sobre a ansiedade e a dor. O estudo foi realizado com um grupo experimental e um grupo controle. Todos os pacientes foram avaliados previamente, respondendo a um inventário de ansiedade traço-estado e a um questionário referente à dor. Como resultado, ouvir música mostrou-se eficaz para diminuir o estado de ansiedade durante as sessões de hemodiálise. A mesma eficácia não pôde ser percebida com relação à dor.

Pauwels *et al* (2014) fizeram uma revisão de literatura com o objetivo de identificar estudos que tratassem dos efeitos neurobiológicos da música. O conhecimento atual sugere que há evidências moderadas de que ouvir a música preferida leva a uma diminuição da sobrecarga da doença e consequente aumento do bem-estar, além de menos tensão em doentes que sofrem de doença cardiovascular, dor crônica, epilepsia, depressão e demência. Estes efeitos neurobiológicos da música sugerem que a estimulação auditiva evoca emoções ligadas à maior excitação e resultam em melhora temporária do desempenho de muitas funções cognitivas. No entanto, os autores destacam a necessidade de se realizar mais estudos controlados sobre o tema, como forma de abrir caminhos para indicação da musicoterapia.

1.3 A Musicoterapia

A audição musical pode proporcionar momentos de descontração, relaxamento e, conseqüentemente, pode ter efeitos terapêuticos. Todas as atividades que envolvem música podem vir a ter efeitos terapêuticos, porém apenas a musicoterapia como ciência e técnica tem objetivos terapêuticos explícitos, sendo esta a única área do conhecimento que utiliza a música com finalidades terapêuticas. De acordo com definição elaborada em 1996 pela Federação Mundial de Musicoterapia (*World Federation of Music Therapy* - WFMT),

"Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela alcance uma melhor organização intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através de prevenção, reabilitação ou tratamento" (p. 4).

A musicoterapia é uma ciência jovem, que surgiu em meados do século XX nos Estados Unidos para o tratamento de neuróticos de guerra. Paralelamente, começou a ser utilizada na Argentina devido a uma epidemia de poliomielite, na qual os sobreviventes apresentaram quadros depressivos profundos. A partir daí, a musicoterapia difundiu-se por todo o mundo e propagou-se por várias áreas de atuação. No Brasil, ela chegou ao final da década de 60 (COSTA, 1989).

Cabe ressaltar que a música não se constitui como uma ferramenta de uso exclusivo do musicoterapeuta. Diversos profissionais da área da saúde – dentre eles pode-se citar profissionais da enfermagem – utilizam a música como recurso terapêutico. Para diferenciar o uso da música pelo musicoterapeuta e por outros profissionais, Dileo (1999) distinguiu *musicoterapia em medicina* de *música em medicina*. A primeira é realizada por musicoterapeutas qualificados, que utilizam métodos e técnicas específicos da musicoterapia. Sempre vai envolver um processo terapêutico e a relação se desenvolverá na música e no processo. Já *música e medicina*, é realizada por profissionais da área da saúde em geral como

terapia complementar em variadas situações (*stress*, ansiedade, dor). Não existe um processo terapêutico e a relação entre o paciente e estes profissionais não se desenvolve por meio da música.

Ao abordar os objetivos terapêuticos e a atuação do profissional de musicoterapia, Barcellos (1999) ressalta que o musicoterapeuta deve estabelecer objetivos terapêuticos claros, a partir do estudo da história do paciente; do contato estabelecido com a equipe de saúde que atende o paciente e dos dados que constam em prontuário; do contato com familiares e do contato com o próprio paciente. O profissional deve conhecer, além da música, a história sonora do paciente, sendo necessário, neste caso, o uso de entrevista e testificação musical para obter informações específicas acerca do paciente.

A prática musicoterapêutica desenvolve-se por meio de técnicas próprias e, por metodologias diferenciadas para cada processo, adaptando-se, especificamente, às necessidades da clientela. Para a coleta de dados sobre o paciente, utiliza-se uma Ficha Musicoterapêutica que variará de acordo com seu diagnóstico e com a indicação ou possibilidade de se realizar atendimento breve ou prolongado (BARCELLOS, 1999).

As técnicas musicoterápicas foram descritas por Kenneth Bruscia (2000), que as denominou como métodos e são utilizadas em diversos países. São elas: Improvisação, Re-criação, Composição e Audição ou Musicoterapia Receptiva. A improvisação consiste no uso pelo paciente, de qualquer meio musical (instrumentos musicais em geral) ou não musical (sons) para produzir a sua música, podendo improvisar sozinho, com o terapeuta ou com um grupo. O musicoterapeuta guia o paciente para que este possa ter uma estrutura, uma base para se auto-expressar, estabelecer um canal de comunicação entre paciente e terapeuta, estimular a criatividade, a liberdade de expressão, a capacidade lúdica e as relações interpessoais. A Re-criação visa promover a expressão espontânea do paciente, não se levando em conta aspectos estéticos, abrindo portas para jogos e atividades musicais, dança,

expressão vocal e instrumental. Os objetivos desta técnica consistem em desenvolver e promover a identificação e empatia do paciente com os outros, melhorar as habilidades interativas e expressar conteúdos internos por meio de músicas e/ou sons. Na técnica da Composição, o musicoterapeuta auxilia o paciente a escrever letras de músicas, canções, peças instrumentais e outros tipos de produção sonora, encarregando-se dos aspectos técnicos e procurando se adequar ao paciente. Os objetivos desta técnica são desenvolver habilidades de planejamento, de organização, de solucionar problemas e de auto-expressão. A Audição ou Musicoterapia Receptiva é uma experiência na qual o paciente ouve a música e responde a ela de forma silenciosa. Esta técnica busca promover a receptividade, o relaxamento e a evocação de respostas corporais, além de estimular, explorar ideias e pensamentos, facilitar a memória, evocar fantasias e experiências afetivas e desenvolver habilidades audio-motoras.

Bruscia (2000) descreve a utilização da música para facilitar procedimentos médicos breves e para assistir o paciente antes, durante e depois desses procedimentos. No contexto hospitalar, a musicoterapia pode ser utilizada para reduzir ansiedade, stress e desconforto; facilitar a anestesia e o retorno ao estado de vigília; intensificar efeitos analgésicos de medicações e auxiliar no monitoramento e controle de respostas fisiológicas.

1.4 Musicoterapia na hemodiálise

A contribuição da musicoterapia em diferentes contextos hospitalares tem sido reconhecida, principalmente pelo fato de minimizar os efeitos da hospitalização, melhorar o controle da hipertensão arterial e influenciar diretamente na QV do paciente (ZANINI *et al*, 2009). No ambiente médico-hospitalar, a musicoterapia visa atender às necessidades das pessoas que se encontram internadas, em situações pré ou pós-cirúrgicas, em coma ou em estado terminal. Neste contexto, o processo musicoterapêutico acompanha as peculiaridades do cotidiano ali vivido. Em internações de curta duração, se realizam poucos atendimentos, perfazendo um processo terapêutico breve e, em internações mais longas, há chances de se realizar vários atendimentos (CUNHA, VOLPI, 2008).

As terapias breves são comumente utilizadas no contexto hospitalar, principalmente pelo pouco tempo disponível para atendimento (ALMEIDA, 2010). Ao abordar a psicoterapia breve no hospital, Neme (2005) refere que esta instituição apresenta demandas ágeis e complexas, exigindo intervenções breves e efetivas dos profissionais, tendo em vista que o paciente pode receber alta, ser transferido para outros hospitais, apresentar mudanças em suas condições clínicas ou vir a óbito. A intervenção terapêutica no hospital deve ser focal, objetivando trabalhar com aspectos relacionados à doença e ao diagnóstico, às dificuldades adaptativas à instituição hospitalar, e ao processo de adoecer (ROMANO, 1999; NEME, 2010).

A musicoterapia tem sido aplicada e estudada em diversas áreas do contexto hospitalar, com diferentes tipos de pacientes e objetivos variados. É observada sua influência no controle da ansiedade de mulheres mastectomizadas (LI *et al*, 2012), além de efeitos positivos em curto e em longo prazo no alívio da dor após a mastectomia radical (LI *et al*, 2011). Korhan *et al* observaram melhora significativa na intensidade da dor em pacientes com dor neuropática após intervenção de musicoterapia; Zanini *et al* (2009), Teng, Wong e Zhang

(2007) constataram sua influência em variações fisiológicas, como no controle de pressão arterial em adultos, e Colwell *et al* (2012) identificaram alterações clinicamente significativas na frequência cardíaca, pressão arterial, ou saturação de oxigênio em crianças hospitalizadas expostas a música.

A eficácia da musicoterapia também foi verificada no tratamento da depressão. Erkkila *et al* (2011) realizaram um estudo randomizado na Finlândia, com o objetivo de avaliar a eficácia da musicoterapia em pacientes com depressão, segundo os critérios diagnósticos da CID-10. Os 79 pacientes foram divididos em dois grupos: tratamento padrão, e tratamento padrão e musicoterapia. A taxa de resposta foi significativamente maior para o grupo que participou da musicoterapia, além do tratamento padrão. O resultado mostrou que a musicoterapia, quando combinada ao tratamento padrão, é um tratamento eficaz para depressão.

Apesar das evidências apresentadas, ainda são poucos os estudos relacionados à prática da musicoterapia com pacientes em hemodiálise (HD). Barcellos (2009) realizou uma pesquisa de revisão bibliográfica sobre o tema, tendo como objetivo encontrar artigos sobre a prática da musicoterapia com crianças e adolescentes em HD. Consultou bases de dados como Medline/PubMed (via U. S National Library of Medicine) LILACS, SciELO, Cochrane, High Wire Press, Google Acadêmico e periódicos específicos de musicoterapia, bem como buscou contribuições de profissionais de vários países (Colômbia, Canadá, Estados Unidos, Dinamarca e Inglaterra) referentes a possíveis trabalhos publicados ou não publicados que complementassem seu levantamento. Encontrou apenas um total de nove artigos, porém, todos se referindo à prática da musicoterapia com adultos. Cabe mencionar, que alguns destes artigos referiam-se à musicoterapia, mas, na verdade, tratavam-se de intervenção com música, ou seja, intervenções não realizadas por um musicoterapeuta.

Dentre os estudos encontrados por Barcellos (2009), destaca-se um estudo realizado na Coréia do Sul (KIM, LEE, SOK, 2006), que mostrou a contribuição da musicoterapia para a redução de sintomas de ansiedade e depressão de pacientes em HD. Resultados semelhantes foram obtidos e descritos por Pulido (2007), na Colômbia.

Considerando a escassez de estudos encontrados por Barcellos em sua revisão, realizou-se, para o presente estudo, uma nova revisão bibliográfica. Foi realizada, em outubro de 2014, a partir da pesquisa de Barcellos (2009), uma revisão literária nas bases de dados abrangidas pelo Portal de Periódicos da CAPES sobre os estudos interventivos de musicoterapia com pacientes em HD. Esta nova busca visou diferenciar os artigos nas seguintes categorias: os que tinham relação direta com a musicoterapia (ou seja, intervenções realizadas por musicoterapeutas); os que citam a musicoterapia; e os que utilizam a música na HD (em geral realizado por outros profissionais de saúde).

Os dados obtidos corroboram a informação de que as pesquisas nesta área ainda são escassas. A partir das palavras-chave “*music therapy*” e “*hemodialysis*”, foram obtidos oito artigos, dos quais três estudos estão diretamente relacionados à musicoterapia, e um cita a musicoterapia como uma alternativa terapêutica. Os demais não apresentam relação com o tema. Quando utilizadas as palavras-chave “musicoterapia” e “hemodiálise”, obtêm-se dois artigos, sendo que apenas um tem relação com o tema.

Também foram consultadas as bases Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde) e PubMed (via U. S National Library of Medicine), utilizando as mesmas palavras-chave. Na Lilacs foram encontrados três artigos, mas nenhum deles refere-se a intervenções de musicoterapia, mas sim à utilização da música em salas de HD. No PubMed, foram encontrados 15 artigos, sendo que apenas seis deles são diretamente relacionados à musicoterapia. Quanto aos demais, três citam a musicoterapia como alternativa terapêutica, três falam da música como estratégia terapêutica e quatro não apresentaram relação com o tema. Excluindo-se as

repetições, conseguiu-se um total de seis artigos que se referem exclusivamente à musicoterapia na HD.

Ao se realizar a consulta nas mesmas bases de dados utilizando as palavras-chave “qualidade de vida”, “musicoterapia”, “hemodiálise” e “*quality of life*”, “*music therapy*” e “*hemodialysis*”, nenhum artigo foi encontrado. Estes resultados podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1: Pesquisa em bases de dados sobre os estudos interventivos de musicoterapia com pacientes em hemodiálise.

BASE DE DADOS	DESCRITORES	Total de artigos que citam o uso da música na hemodiálise	Total de artigos que citam a musicoterapia como alternativa terapêutica	Total de artigos em cada base de dados, relacionados à musicoterapia	Total de artigos relacionados diretamente à musicoterapia
	<i>Music therapy and hemodialysis</i> Musicoterapia e hemodiálise				
Periódicos	8 artigos	0	1	3	6
Capes					
Lilacs	3 artigos	3	0	0	
Pubmed	15 artigos	3	3	6	

Confirma-se, assim a escassez de estudos sobre a utilização da musicoterapia com pacientes renais crônicos hemodialíticos, a despeito do potencial dessa modalidade de atendimento em melhorar a QV dos pacientes submetidos a tratamentos invasivos e de risco como a HD, o que justifica a realização de estudos nessa área.

A literatura aponta que a QV relacionada à saúde é baixa entre os pacientes com IRC dialíticos, sendo que angústia, ansiedade e sintomas depressivos também aparecem como aspectos associados. Todos estes fatores têm um impacto negativo na vida do paciente, pois interferem nas atividades diárias e na adesão ao próprio tratamento.

Apesar da ocorrência de interesse e de pesquisas sobre depressão e QV com pacientes em HD e de estudos que apontam relações entre ambos, ainda são poucos os estudos de

intervenção visando minimizar os sintomas depressivos e melhorar a QV. Com relação à utilização de recursos como a musicoterapia, este número é bastante escasso, encontrando-se apenas alguns trabalhos que relatam a utilização da musica ou de apresentações musicais com pacientes durante as sessões de HD, sem, contudo, apresentar objetivos terapêuticos específicos e definidos.

Hipóteses

*Ah, se eu tenho tanto a perder
Eu perco é o medo do que a sorte lê
Sabe o que quer
Sabe quem tem o que se quer*

Marisa Monte / Rodrigo Amarante

2 HIPÓTESES

A Musicoterapia melhora a qualidade de vida do paciente renal crônico em hemodiálise, diminui os sintomas depressivos e auxilia no controle da pressão arterial.

Objetivos

*Só não se perca ao entrar
No meu infinito particular*

Arnaldo Antunes / Carlinhos Brown / Marisa Monte

3 OBJETIVOS

Geral

- ✓ Avaliar a qualidade de vida (QV) e sintomas depressivos em pacientes em hemodiálise, antes e após processo de Musicoterapia.

Específicos

- ✓ Identificar possíveis relações de influência entre os dados sociodemográficos, clínicos, laboratoriais, QV e sintomas de depressão avaliados.
- ✓ Avaliar a pressão arterial sistólica e diastólica dos pacientes participantes, antes e após o processo de musicoterapia.

Método

*Há canções e há momentos
Eu não sei como explicar
Em que a voz é um instrumento
Que eu não posso controlar*

Milton Nascimento

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Estudo prospectivo de intervenção musicoterapêutica, com avaliação quantitativa e estatística de dados obtidos antes e após a intervenção.

4.2 Local

A presente pesquisa foi realizada entre outubro de 2013 e junho de 2014, no setor de hemodiálise do Centro de Terapia Renal Substitutiva/Diálise (CTRS) do Hospital Estadual de Bauru, administrado pela FAMESP e localizado no interior do estado de São Paulo.

4.3 Participantes

Foram convidados a participar desta pesquisa todos os pacientes que realizavam hemodiálise (HD) no CTRS do Hospital Estadual Bauru e que atendessem aos critérios de inclusão.

Critérios de inclusão

Ter idade igual ou superior a 18 anos; ser portador de DRC e estar em tratamento hemodialítico por um período maior ou igual há três meses, antes da realização da pesquisa. Não foi realizado cálculo amostral por falta de dados na literatura.

Critérios de exclusão

Pacientes que estivessem realizando acompanhamento psicoterapêutico e os que iniciaram e/ou mudaram o uso ou a dose de psicofármacos no último mês; que estivessem participando de outros estudos de intervenção; que possuíssem diagnóstico de demência,

deficiência auditiva ou mental grave que comprometesse a compreensão do que solicitavam os instrumentos utilizados; pacientes com condições clínicas agravantes, com piora significativa do quadro clínico; e pacientes em HD diária, cujos horários comprometiam sua participação nos grupos de musicoterapia.

4.4 Procedimentos éticos

Participaram do estudo somente os pacientes em HD que, após contato inicial, manifestaram o desejo de participar da pesquisa voluntariamente e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Foi assegurada ao paciente que aceitou participar livremente do estudo, a garantia de sigilo com relação aos conteúdos apresentados durante a coleta de dados, além do direito de desistir de participar da pesquisa quando desejasse, sem que isso acarretasse em nenhuma alteração ou prejuízo ao seu tratamento recebido na Instituição, conforme Resolução Normativa 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Cada um dos participantes foi orientado sobre o funcionamento dos grupos musicoterapêuticos e os objetivos dos questionários utilizados para a avaliação. Foi assegurado o respaldo da psicóloga do local, para possíveis atendimentos individuais de pacientes ao final do estudo, se necessário.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Bauru - UNESP (Parecer CEP 430.920) (Anexo B), bem como sua emenda (Parecer 956.333) (Anexo C).

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

Contexto da pesquisa

Uma média de 171 pacientes realizava HD no CTRS à época da pesquisa. A HD funciona de segunda a sábado das 6 h às 22 h, promovendo a realização de três turnos diários de HD, a saber, das 6h às 11h; das 12h às 17h e das 17h às 22 h. Dos 171 pacientes em tratamento na fase inicial da pesquisa, todos realizavam a HD três vezes por semana, exceto duas pacientes que realizavam HD diariamente.

O CTRS possui 30 máquinas para a realização da HD nos pacientes crônicos, distribuídas em cinco salas para a realização do procedimento. Sua estrutura física conta com um amplo salão contendo 18 máquinas; duas salas com quatro máquinas cada uma (sala A e B); e outras duas salas menores, com duas máquinas cada (sala C e D).

Os pacientes são divididos em dois grupos, sendo que parte deles realiza HD às segundas, quartas e sextas-feiras, e parte a realiza às terças, quintas e sábados. Além desta divisão, os pacientes são subdivididos em três turnos (manhã, tarde e noite), totalizando seis grupos de pacientes (Figura 1).

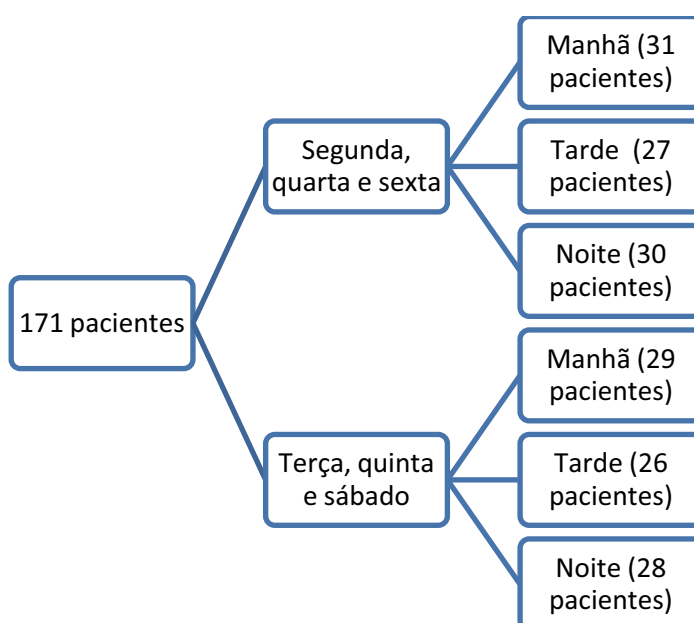


Figura 1: Distribuição dos pacientes nos seis diferentes turnos de hemodiálise.

Formação dos grupos de musicoterapia

Para a formação dos grupos foi necessária a colaboração da equipe médica e da equipe de enfermagem da HD. Inicialmente, a escolha dos participantes se deu por meio de acesso ao prontuário hospitalar e da colaboração e apoio dos médicos e enfermeiros na identificação dos pacientes que atendessem aos critérios estabelecidos no estudo. Esta seleção foi realizada aos poucos, ou seja, um turno de HD por vez, para que assim, todos os pacientes de um mesmo turno, que preenchessem os critérios de inclusão, pudessem ser convidados a participar do estudo. Após esta triagem inicial, foi realizado contato com os pacientes, durante sessão de HD, para convidá-los a participar do estudo, explicitando os objetivos do mesmo.

Por se tratar de um estudo de intervenção com objetivos terapêuticos, a equipe de enfermagem foi orientada sobre como seriam as intervenções e sobre questões éticas, principalmente no que se referia à necessidade de sigilo, tendo em vista que os atendimentos aconteceram durante as sessões de HD, na presença de profissionais da equipe.

Para preservar a privacidade dos pacientes, garantir a qualidade dos atendimentos, e facilitar na coordenação dos grupos, os grupos de musicoterapia foram realizados nas salas A e B, que comportam quatro pacientes cada uma delas. A escolha de qual sala utilizar dependeu da prescrição de diálise de cada paciente e da necessidade ou não do uso de cateter de oxigênio durante as sessões - uma das salas dispõe de dois pontos e a outra sala tem três pontos de oxigênio. Desta forma, os grupos foram organizados de modo que os pacientes não tivessem nenhuma mudança em seu esquema de tratamento. Neste sentido, o apoio da equipe de enfermagem foi fundamental para a organização dos grupos, visto que foi necessária a realização de um “rodízio” dos pacientes nestas salas, a fim de atender todos os pacientes que aceitaram participar do estudo.

Dada a necessidade dos pacientes trocarem de sala para participar dos grupos, um dos turnos - terça, quinta e sábado à noite - não foi abordado, tendo em vista que, neste horário,

pacientes portadores de HIV e Hepatite B ficam isolados dos demais nas salas A e B, o que ocorre para prevenir riscos de contaminação dos demais pacientes. Além disso, os pacientes dos turnos da tarde não foram abordados, já que muitos deles estavam participando de outro estudo e o número de pacientes que poderiam ser incluídos no estudo inviabilizaria a formação de grupos de musicoterapia. Ao todo, foram realizados seis grupos de intervenção musicoterapêutica (Figura 2).

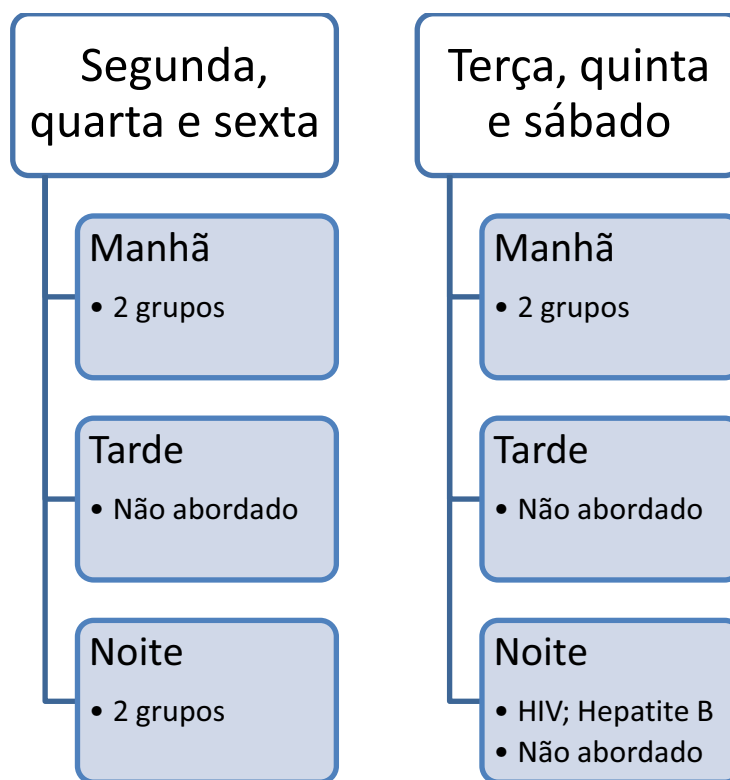


Figura 2: Formação dos grupos de musicoterapia

Após aceitação dos pacientes e a formação dos grupos, os pacientes foram avaliados em duas fases distintas – pré (Momento 1) e pós (Momento 2) processo musicoterapêutico. No Momento 1, todos os participantes responderam aos instrumentos de sintomas depressão e de qualidade de vida (QV) antes de iniciar a intervenção. Após estas avaliações, os participantes passaram por uma entrevista individual durante a sessão de HD, na qual foram levantados dados sociodemográficos e clínicos, além de ser utilizada uma ficha clínica musicoterapêutica, especialmente elaborada para este estudo, cujos dados foram utilizados

apenas para a intervenção musicoterápica (Apêndice A). Esta ficha foi formulada com base nos pressupostos estabelecidos por Barcellos (1999), dada a necessidade de o musicoterapeuta conhecer a história sonora do paciente e traçar objetivos terapêuticos.

Após as avaliações iniciais (Momento 1), foram iniciadas as sessões de musicoterapia. No início de cada processo de intervenção musicoterápica com cada grupo, a pesquisadora coletou, dos prontuários, dados referentes à pressão arterial, mensurada em todas as sessões de hemodiálise no hospital e dados de exames laboratoriais que são mensalmente realizados pelos pacientes em tratamento. Foram realizadas oito sessões de musicoterapia com cada grupo, com dois atendimentos semanais e uma média de 75 minutos de duração. As sessões de musicoterapia foram realizadas pela própria pesquisadora musicoterapeuta, sempre durante a primeira hora da sessão de hemodiálise.

Para a realização das sessões foram utilizadas as técnicas musicoterapêuticas descritas por Bruscia (2000): re-criação musical; improvisação musical; composição musical; audição musical ou experiência receptiva. Estas técnicas foram utilizadas de acordo com as necessidades de cada grupo, com planejamento prévio flexível.

Durante as sessões, a pesquisadora musicoterapeuta utilizou a voz e o violão para conduzir apoio harmônico e rítmico para a produção sonoro-musical dos grupos. Em todos os atendimentos, os pacientes participantes tiveram à sua disposição caixas de som, canções no formato mp3 (manuseadas pela pesquisadora) e instrumentos de percussão, tais como: um agogô², um pandeiro³, uma meia-lua⁴, um maracá⁵, dois afoxés⁶, quatro ovinhos⁷, um

² Agogô: instrumento de metal composto de duas campânulas ligadas entre si por um arco. Sem som é produzido através de uma baqueta.

³ Pandeiro: um círculo (aro) revestido por uma pele (animal ou sintética) com platinelas fixadas no aro.

⁴ Meia-lua: constituído por um semicírculo de plástico, com platinelas anexadas em seu corpo.

⁵ Maracá: instrumento de origem indígena, popularmente conhecido como chocalho.

⁶ Afoxé: pode ser de madeira ou de plástico. Tem um cabo de madeira ou metal e, em uma de suas extremidades tem um corpo em formato redondo ou cilíndrico, constituído de miçangas ou sementes ao redor. O som é produzido quando se giram as miçangas em um sentido e a extremidade do instrumento (cabo) no sentido oposto.

⁷ Ovinho: Pequenos chocalhos em formato de ovo, tendo algumas contas em seu interior (que produzem o som). São de plástico e de fácil manuseio, principalmente por serem leves e caberem na palma da mão.

triângulo⁸. Esses instrumentos eram leves e de fácil manuseio, visto que o fato dos pacientes estarem ligados em uma máquina e os cuidados necessários com o acesso vascular inviabilizaria a utilização de instrumentos maiores. Pacientes que faziam uso de fístula como acesso vascular, por exemplo, tinham seus movimentos ainda mais limitados quando comparados com os pacientes que utilizavam cateter venoso central. Nestes casos, quando o paciente solicitava a utilização de um instrumento, optava-se pelo ovinho, por ser um instrumento pequeno e leve, podendo ser tocado com o braço que não tinha o acesso vascular.

Após o término do processo de musicoterapia, todos os participantes responderam novamente aos instrumentos de sintomas depressão e de QV (Momento 2). Ao término do processo musicoterápico e após dez sessões de HD, foram coletados novamente, dados de prontuário sobre a pressão arterial e os resultados de exames laboratoriais, referentes a este período pós-término da intervenção de musicoterapia. Todo o procedimento utilizado para a coleta de dados e realização dos atendimentos de musicoterapia é apresentado na Figura 3.

⁸ Triângulo: Aro de ferro em formato triangular. Obtém som quando se toca no triângulo com uma baqueta de metal.

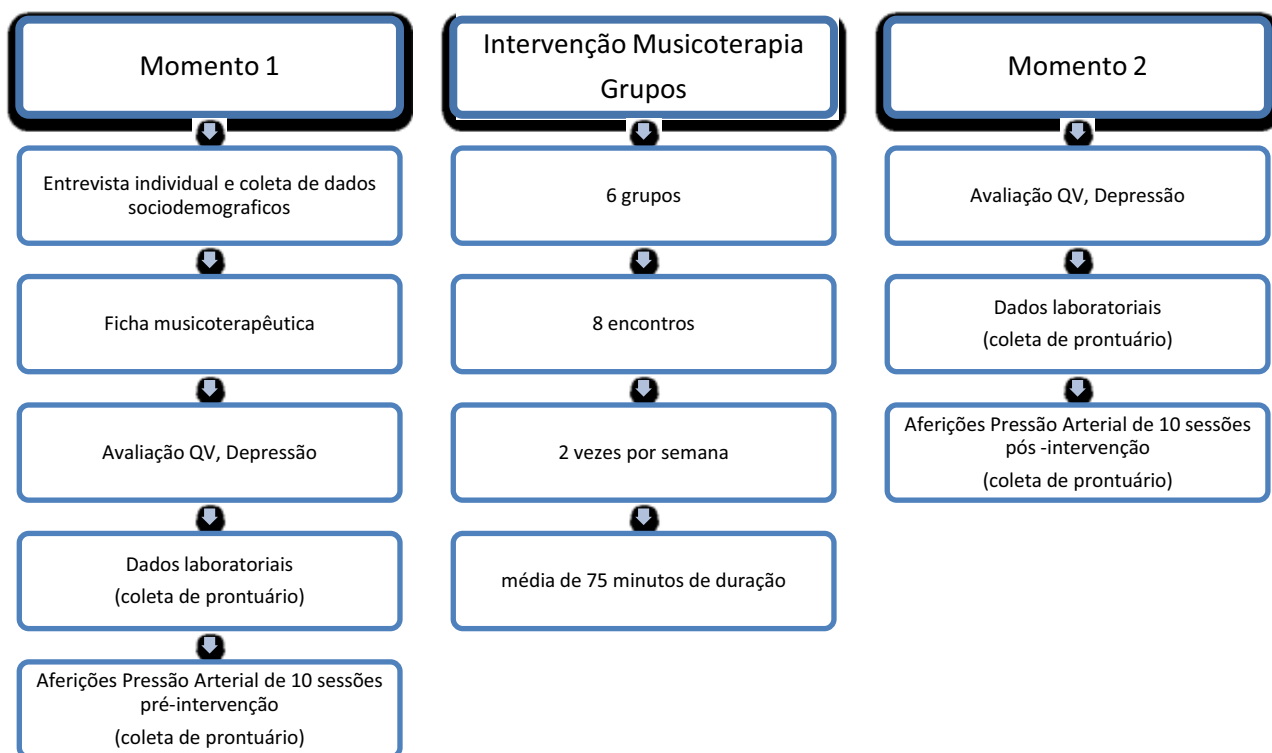


Figura 3: Delineamento para coleta de dados

Por se tratar de uma pesquisa clínica musicoterapêutica, todas as etapas – avaliações, entrevista individual, coleta de dados, intervenção musicoterapêutica - foram realizadas pela própria pesquisadora. As avaliações foram realizadas sempre durante a primeira metade das sessões de hemodiálise. Durante a aplicação dos instrumentos de avaliação, a pesquisadora leu todas as questões e alternativas para os participantes, para que assim fossem evitadas possíveis dúvidas e dificuldades, tendo em vista que muitos participantes possuíam comprometimento visual importante.

Dados de pressão arterial

Foram realizadas medidas de pressão arterial referentes a 10 sessões de HD pré-intervenção musicoterápica e a 10 sessões de HD após esta intervenção, as quais são aferidas

como procedimento de rotina pela enfermagem em todas as sessões de HD. Para cada uma das sessões foram realizadas aferições de entrada e de saída de cada um dos participantes, ou seja, aferições de pressão arterial do início e do final de cada sessão de HD. As medidas de pressão arterial são realizadas com a própria máquina de HD, Fresenius Medical Care 4008 S.

Dados laboratoriais

Foram utilizados para a pesquisa os resultados dos seguintes exames laboratoriais: creatinina, ureia, potássio, glicose, sódio, cálcio, fósforo, hemoglobina, fosfatase alcalina, Proteína C-Reativa (PCR) e albumina sérica⁹. Esses exames fazem parte da rotina laboratorial do paciente renal crônico do serviço e são realizados mensalmente, com exceção do PCR e albumina sérica, realizados trimestralmente.

4.6 Instrumentos

Todos os dados coletados por meio dos três instrumentos utilizados foram organizados num único formulário, a Ficha Geral de Avaliação (Anexo D), de modo a facilitar a análise dos mesmos.

Formulário de dados sociodemográfico e clínicos-médicos

Foi elaborado, especialmente para este estudo, para obter dados que permitissem caracterizar o participante no que se refere aos aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, filhos, raça, religião) e dados clínicos de prontuário (doença de base, tempo de tratamento, comorbidades, acesso vascular).

⁹ A albumina sérica é um importante marcador nutricional.

Instrumento de Qualidade de Vida

O instrumento eleito para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) antes e após a musicoterapia foi o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* (KDQOL-SF), em sua versão traduzida, adaptada e validada para cultura brasileira (DUARTE *et al*, 2003; MOREIRA *et al*, 2009). As dimensões do KDQOL-SF™ são medidas em uma escala normatizada que varia de zero (pior escore – QVRS desfavorável) a cem (melhor escore – QVRS favorável), sendo que os escores mais altos indicam melhor saúde. Esta escala é considerada de fácil compreensão e administração.

O instrumento inclui o *Short-Form Health Survey* (SF-36) como uma medida genérica que avalia oito domínios sobre a saúde física e mental do paciente, sendo eles: capacidade funcional (10 itens), limitações físicas (quatro itens), limitações emocionais (três itens), dor (dois itens), bem estar emocional (cinco itens), função social (dois itens), vitalidade (quatro itens) e saúde geral (cinco itens) (CICONELLI *et al*, 1999). Em adição, para abordar o paciente renal crônico, são incluídas dimensões específicas com relação à DRC, sendo elas: sintomas/lista de problemas (12 itens); efeitos da doença renal (oito itens), sobrecarga da doença renal (quatro itens), trabalho/profissão (dois itens), função cognitiva (três itens), interação social (três itens), função sexual (dois itens), sono (quatro itens), apoio social (dois itens), estímulo da equipe (dois itens), saúde global (um item) e satisfação do paciente (um item). Cada domínio do KDQOL-SF é avaliado separadamente e não há um escore final para que a média dos valores não obscureça a importância de cada domínio individualmente (DUARTE *et al*, 2003). (ANEXO E).

Instrumento de Sintomas de Depressão

Para avaliar sintomas de depressão antes e após a musicoterapia foi escolhido o Inventário de Depressão de Beck. Este instrumento foi originalmente criado por Beck, Ward,

Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961 e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979/1982 (CUNHA, 2011).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) – Segunda edição é um instrumento de autoaplicação constituído por vinte e um itens, sendo que cada um tem quatro afirmações com conteúdo relativo a graus crescentes de gravidade de depressão, com escores que variam de zero a três. A adaptação brasileira da segunda edição foi feita por Gorenstein *et al* (2011). O conteúdo dos itens refere-se a: tristeza; pessimismo; fracasso passado; perda de prazer; sentimentos de culpa; sentimentos de punição; autoestima; autocritica; pensamentos ou desejos suicidas; choro; agitação; perda de interesse; indecisão; desvalorização; falta de energia; alterações no padrão de sono; irritabilidade; alterações de apetite; dificuldade de concentração; cansaço ou fadiga; perda de interesse por sexo.

O objetivo deste inventário é medir a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir de treze anos de idade. Esta nova versão foi desenvolvida como um indicador do grau e presença de sintomas depressivos de acordo com o DSM-IV (GORENSTEIN *et al*,2011).

A classificação da intensidade da depressão, de acordo com os escores do BDI-II é: Mínimo – 0 a 13; Leve – 14 a 19; Moderado – 20 a 28; Grave – 29 a 63 (GORENSTEIN *et al*, 2011). Foi considerado, neste estudo, como *presença de sintomas depressivos*, pontuações $\geq$ 14 pontos.

4.7 Procedimentos para a Análise de Dados

Os dados de cada participante, referentes às variáveis sociodemográficas, clínicas, laboratoriais e de pressão arterial, junto dos dados obtidos nos Inventários de QV e de depressão, foram inicialmente digitados no programa Excel e posteriormente transferidos para o programa SPSS 12.0, o qual foi utilizado para a análise estatística.

Foi empreendida uma análise descritiva, com checagem de consistência dos dados e, quando necessárias, correções de valores não reais de exames laboratoriais. Foram calculadas as estimativas de prevalência de sintomas depressivos e as médias da pontuação obtida no BDI-II, bem como as médias obtidas nos diferentes domínios de qualidade de vida, segundo o KDQOL-SF, com os respectivos desvios-padrão. Os dados foram apresentados como média $\pm$ desvio padrão ou mediana (primeiro; terceiro quartil) quando apropriado.

Para a comparação de dados coletados entre os momentos 1 e 2 (pré e pós intervenção), utilizou-se o teste t-Student para amostra pareada (para dados com distribuição normal) e teste Wilcoxon (para dados que não apresentaram distribuição normal), e para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado. Além destas comparações, foram analisadas as correlações entre as dimensões do KDQOL-SF, pontuação obtida no BDI-II e as variáveis sociodemográficas por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos para todas as análises.

Resultados

*Nós somos medo e desejo,
Somos feitos de silêncio e sons.*

Lulu Santos

5 RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 89 pacientes que realizavam HD na CTRS do Hospital Estadual Bauru entre dezembro de 2013 e maio de 2014. Foram excluídos 30 pacientes, por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em uma amostra de 59 pacientes, dos quais 31 aceitaram participar do estudo. Deste total, 2 desistiram antes do início da intervenção, 3 tiveram piora significativa do quadro clínico, 1 transplantou e 2 pacientes não participaram porque não foi possível formar um grupo, o que resultou em uma amostra de 23 pacientes. (Figura 4).

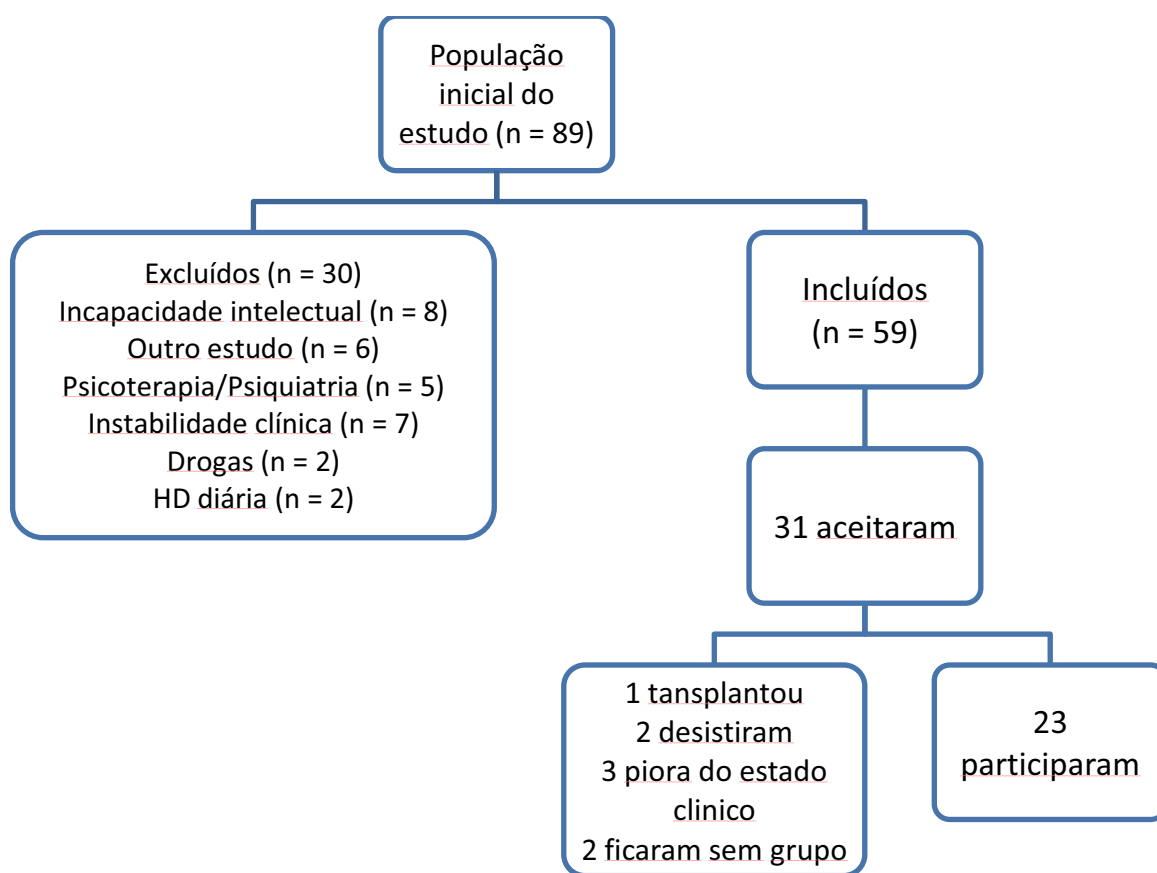


Figura 4: Diagrama de inclusão dos pacientes no estudo

Observando-se os dados referentes aos 23 pacientes estudados, verificou-se que a maioria (56,5%) era do sexo feminino, com idade variando de 29 a 82 anos, com média de $54,9 \pm 14,6$ anos, sendo que 47,8% tinham 60 anos ou mais. Houve predomínio da cor branca

(69,5%), 69,5% eram casados e 39,1% tinham entre 1 a 4 anos de escolaridade, com média de $7,1 \pm 4,1$ anos de estudo. No que se refere à ocupação, 43,4% recebiam auxílio doença.

A amostra estudada apresentou tempo médio de tratamento de $31,5 \pm 18,6$ meses, sendo que 60,8 % realizavam HD entre 7 – 36 meses, 56,5% tinham Diabetes Mellitus como doença de base, 78,2% tinha Hipertensão (HAS) como principal comorbidade e 65,2% tinha fístula. Cabe mencionar que nenhum dos participantes teve mudança de acesso vascular durante a realização do estudo. Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes estudados são apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2: Dados sociodemográficos dos pacientes

VARIÁVEL	%
SEXO (N=23)	
Feminino	56,5
Masculino	43,5
FAIXA ETÁRIA (N=23) ($54,9 \pm 14,6$)	
18-39 anos	26,1
40-59 anos	26,1
60 anos ou mais	47,8
RAÇA	
Branca	69,5
Negra	30,5
ESTADO CIVIL (N=23)	
Casado	69,5
Separado	21,7
Solteiro	4,3
Viúvo	4,3
ESCOLARIDADE (N=23) ($7,1 \pm 4,1$)	
1 - 4 anos	39,1
5 - 8 anos	26,1
Ensino Médio	26,1
Ensino Superior	8,7
OCUPAÇÃO (N=23)	
Aposentado	34,7
Desempregado	4,3
Auxílio Doença	43,4
Do Lar	8,6
Aposentado e Trabalhando	8,6
RENDА FAMILIAR (N= 23)	
< 1 salário mínimo	4,3
Até 1 salário mínimo	13
Até 3 salários mínimos	47,8
Até 5 salários mínimos	13
Acima de 5 salários mínimos	21,7

Tabela 3: Características clínicas da amostra

VARIÁVEL	%
TEMPO DE TRATAMENTO (N=23) (31,5 ± 18,6)	
0 – 6 meses	4,3
7 – 36 meses	60,8
37 – 60 meses	26,1
61 meses ou mais	8,7
DOENÇA DE BASE	
HAS	13
Diabetes Mellitus	56,5
GNC	21,7
Outras	8,6
PRINCIPAIS COMORBIDADES	
Diabetes Mellitus	60,8
DCV	13
HAS	78,2
Tabagismo	8,6
ACESSO VASCULAR	
Fístula	65,2
Cateter	34,7

HAS: Hipertensão Arterial; GNC: Glomerulonefrite crônica; DCV: Doença Cardiovascular.

No que se refere à presença de sintomas de depressão, optou-se por utilizar os pontos de corte estabelecidos por Gorenstein *et al* (2011). No Momento 1 do estudo foi detectada uma prevalência de 60,8% (n=14) de casos com sintomas depressivos leves, moderados e graves. Entre esses casos, 34,7% (n=8) foram classificados como apresentando sintomas leves, 13 % (n=3) sintomas moderados e 13% (n=3) sintomas graves. Após a intervenção de musicoterapia, a prevalência de sintomas depressivos reduziu para 21,7% (n=5), sendo que 17,3% (n=4) foram classificados como sintomas leves e 4,34% (n=1) como sintomas moderados. Ao serem comparados os resultados de prevalência de sintomas depressivos, observa-se que a melhora da intensidade dos sintomas foi estatisticamente significativa (p=0,017), como aparece na Tabela 4.

Tabela 4: BDI-II de acordo com intensidade dos sintomas de depressão, categorizados em caso e não caso.

BDI-II					
Avaliações	Caso		Não caso		<i>p</i>
	N	%	N	%	
Momento 1	14	60,8	9	39,1	0,017
Momento 2	5	21,7	18	78,26	

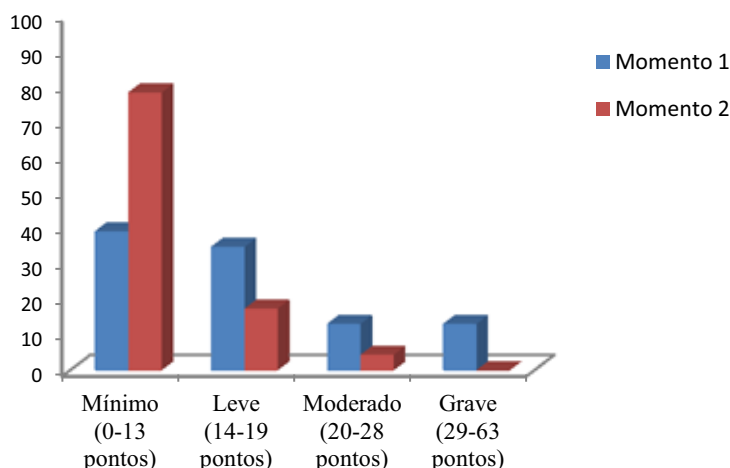
BDI-II: Inventário de Depressão de Beck

No entanto, quando estes resultados são considerados como variáveis contínuas, ou seja, sem a categorização (pontos de corte estabelecidos para a intensidade dos sintomas), o nível de significância estatística é sensivelmente superior ($p < 0,001$), como aparece na Tabela 5.

Tabela 5: Comparação dos sintomas de depressão pelo BDI-II entre os Momentos 1 e 2, enquanto variável contínua

Momento 1	Momento 2	<i>P</i>
15,43 ± 9,2	7,43 ± 6,4	<0,001

A figura 4 mostra as diferenças observadas na intensidade da sintomatologia depressiva quando comparados os Momentos 1 e 2, ou seja, antes e após intervenção de Musicoterapia.



Os resultados estão expressos em porcentagem

Fig. 5- Diferenças na intensidade de sintomas depressivos antes e após Musicoterapia

As dimensões do questionário KDQOL- SF são divididas em genéricas e específicas e os resultados estão expressos na tabela 6. No que se refere às medidas genéricas, no Momento 1 do estudo, observa-se que as dimensões avaliadas mais afetadas foram capacidade funcional (média de 60 pontos), aspectos físicos (média de 50 pontos) e estado geral de saúde (média de 54,3 pontos). Com relação às dimensões específicas, a menor pontuação foi a da dimensão sobrecarga da doença renal (média de 46,4 pontos).

Em relação à comparação dos escores médios das dimensões genéricas do KDQOL-SF atribuídos pelos pacientes nas avaliações antes e após intervenção, foi encontrada significância estatística para: capacidade funcional ($p=0,011$), dor ($p=0,036$), estado geral de saúde ($p=0,01$), vitalidade ($p=0,004$) e saúde mental ($p=0,012$). Já nas dimensões específicas, foi encontrada significância estatística para lista de sintomas e problemas ($p=0,01$) e saúde global ($p=0,01$). Apesar de a dimensão função sexual ter apresentado boas médias de escore (acima de 90) nos Momentos 1 e 2 do estudo, é importante salientar que estes dados referem-se apenas aos pacientes sexualmente ativos.

Tabela 6: Comparação entre os escores nas dimensões de qualidade de vida (KDQOL-SF) dos pacientes no pré e pós intervenção musicoterapêutica

Dimensões (número de itens)	Momento 1	Momento 2	P
Genéricas			
Capacidade Funcional	60,0 ± 24,77	66,0 ± 23,6	0,011
Aspectos Físicos*	50 (25; 100)	75 (25; 100)	0,497
Dor	65,6 ± 25,7	78,2 ± 23,9	0,036
Estado Geral de Saúde	54,3 ± 27,3	68,0 ± 24,9	0,010
Vitalidade	63,0 ± 21,6	73,2 ± 20,1	0,004
Aspectos Sociais*	75 (53; 100)	87 (75; 96)	0,208
Aspectos Emocionais	78,2 ± 31,1	81,1 ± 33,0	0,732
Saúde Mental	64,5 ± 24,5	76,8 ± 20,1	0,012
Específicas			
Lista de sintomas e problemas	80,6 ± 12,6	85,6 ± 11,6	0,010
Efeitos da doença renal	72,4 ± 16,3	77,1 ± 19,4	0,064
Sobrecarga da doença renal	46,4 ± 29,7	54,3 ± 34,3	0,197
Papel profissional*	0 (0; 0)	0 (0; 37,5)	1,0
Função cognitiva	79,4 ± 18,8	85,5 ± 15,6	0,130
Qualidade Interação Social	75,9 ± 23,5	76,2 ± 20,9	0,941
Função sexual**	90,9 ± 11,3	92,7 ± 14,1	0,569
Sono	67,8 ± 19,0	70,3 ± 18,8	0,373
Apoio Social*	100 (67; 100)	100 (87; 100)	0,339
Estímulo da equipe de diálise	86,4 ± 18,0	86,9 ± 22,4	0,915
Saúde Global*	70 (50; 80)	80 (62; 82)	0,010
Satisfação do paciente	66,6 ± 15,8	67,5 ± 14,4	0,815

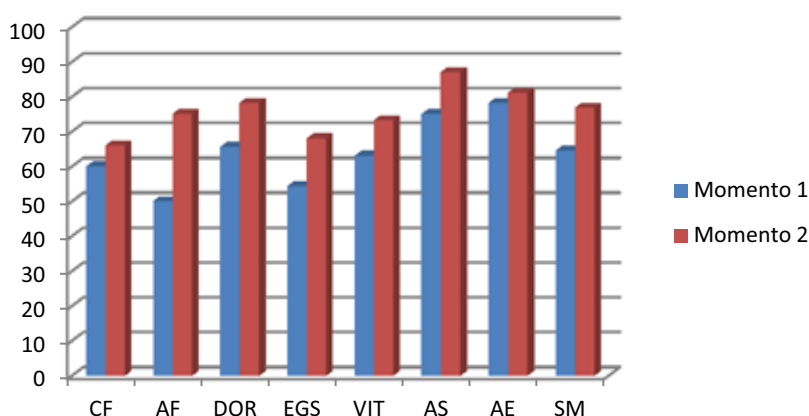
Valores expressos em média ± desvio padrão ou mediana (primeiro; terceiro quartil).

Momento 1: pré intervenção musicoterapêutica; Momento 2: pós intervenção musicoterapêutica

* Teste Wilcoxon

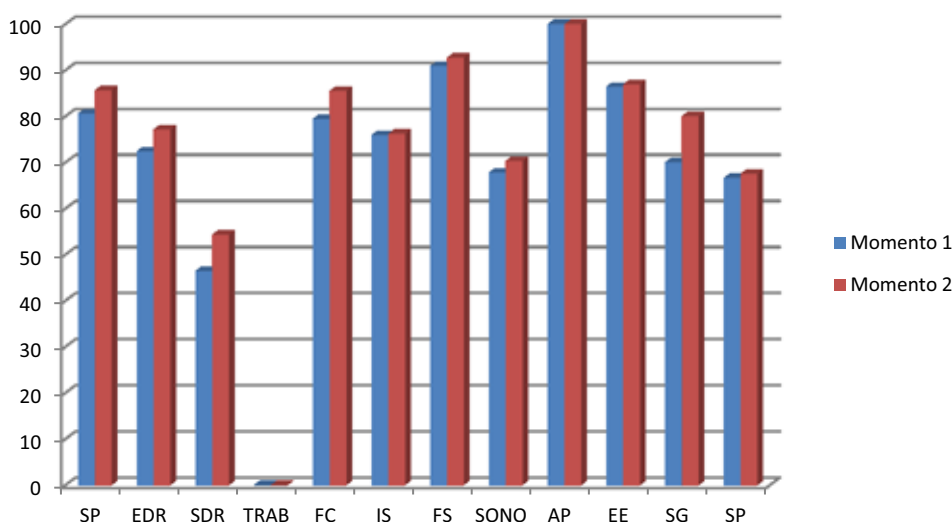
**Função Sexual: 12 pacientes sexualmente ativos no Momento 1, e 13 pacientes sexualmente ativos Momento 2.

Apesar de não ter sido encontrada diferença estatística significativa nas demais dimensões avaliadas, ocorreu elevação de todos os escores de QV após a intervenção de musicoterapia. Estes resultados refletem melhor QVRS após intervenção musicoterapêutica e aparecem nas figuras 5 e 6.



Abreviações das dimensões genéricas de qualidade de vida: CF = capacidade funcional; AF = aspectos físicos; DOR = dor; EGS = estado geral de saúde; VIT = vitalidade; AS = aspectos sociais; AE = aspectos emocionais; SM = saúde mental.

Figura 6: Dimensões genéricas de QV, comparação das médias e medianas obtidas nos Momentos 1 e 2.



Abreviações das dimensões específicas de qualidade de vida: LSP = Lista de sintomas e problemas; EDR = efeitos da doença renal; SDR = sobrecarga da doença renal; PP = papel profissional; FC = função cognitiva; QIS = qualidade de interação social; FSX = função sexual; SON = sono; APS = apoio social; EEQ = estímulo da equipe; SG = saúde global; SP = Satisfação do paciente.

Figura 7: Dimensões específicas de QV, comparação das médias e medianas obtidas nos Momentos 1 e 2

Considerando-se que podem ocorrer diferenças de gênero quanto às variáveis estudadas – QV e sintomas de depressão - estes resultados foram comparados, não se obtendo diferença significativa entre homens e mulheres em nenhuma das variáveis avaliadas.

Quanto às correlações entre os dados obtidos por meio do BDI-II e do KDQOL-SF, as quais são apresentadas na Tabela 7, é importante notar, que nos dados obtidos no Momento 1

do estudo, os escores de sintomas de depressão – BDI-II, enquanto variável contínua – correlacionaram-se negativamente com diversas dimensões de QV, tanto genéricas quanto específicas. Dentre as dimensões genéricas, o BDI-II correlacionou-se negativamente com dor ($p=0,019$), estado geral de saúde ($p=0,001$), vitalidade ($p=0,012$), aspectos sociais ($p=0,002$) e saúde mental ($p=0,002$). Dentre as dimensões específicas, observaram-se correlações negativas com lista de sintomas e problemas ($p=0,004$), efeitos da doença renal ($p=0,002$), sobrecarga da doença renal ($p=0,029$), função cognitiva ($p=0,045$), interação social ($p=0,023$), sono ($p=0,010$), apoio social ($p=0,013$), satisfação do paciente ($p=0,003$). Também foram identificadas correlações positivas entre as dimensões específicas e genéricas do instrumento de QV.

Tabela 7- Correlações entre BDI-II e dimensões de QV genéricas (SF-36) e específicas

	BDI-II	CF	AF	DOR	EGS	VIT	AS	AE	SM
BDI-II	r	-0,324	-0,408	-0,486	-0,664	-0,512	-0,611	0,077	-0,619
	p	0,131	0,053	0,019	0,001	0,012	0,002	0,729	0,002
LSP	r	-0,573	0,432	0,447	0,602	0,688	0,678	-0,059	0,591
	p	0,004	0,040	0,032	0,002	0,000	0,000	0,788	0,003
EDR	r	-0,621	0,368	0,219	0,468	0,640	0,574	0,210	0,581
	p	0,002	0,084	0,316	0,024	0,001	0,004	0,003	0,004
SDR	r	-0,455	0,341	0,464	0,289	0,329	0,616	-0,035	0,375
	p	0,029	0,112	0,026	0,181	0,126	0,002	0,272	0,078
PP	r	-0,306	0,085	-0,048	0,061	0,227	0,181	0,262	0,400
	p	0,155	0,700	0,829	0,783	0,297	0,408	0,617	0,059
FC	r	-0,415	0,232	0,355	0,668	0,449	0,571	0,213	0,544
	p	0,045	0,287	0,096	0,000	0,032	0,004	0,011	0,007
QIS	r	-0,473	0,337	0,469	0,390	0,591	0,713	0,626	0,177
	p	0,023	0,116	0,024	0,066	0,003	0,000	0,001	0,419
FSX	r	-0,524	0,154	0,254	0,245	0,411	0,670	0,678	0,609
	p	0,080	0,632	0,426	0,444	0,184	0,017	0,015	0,036
SON	r	-0,525	0,039	0,299	0,275	0,247	0,439	0,316	-0,153
	p	0,010	0,861	0,166	0,204	0,255	0,036	0,142	0,484
APS	r	-0,509	0,197	0,495	0,342	0,487	0,541	0,692	0,002
	p	0,013	0,367	0,016	0,110	0,018	0,008	0,000	0,992
EEQ	r	-0,208	0,140	-0,074	0,084	0,275	0,147	0,082	-0,146
	p	0,342	0,523	0,737	0,704	0,205	0,504	0,708	0,505
SG	r	-0,392	0,331	0,267	0,204	0,466	0,576	0,529	0,038
	p	0,064	0,123	0,218	0,351	0,025	0,004	0,009	0,863
SP	r	-0,594	0,096	0,065	0,111	0,463	0,341	0,567	0,051
	p	0,003	0,662	0,767	0,614	0,026	0,111	0,005	0,817

BDI-II: Inventário de Depressão de Beck

Abreviações das dimensões genéricas de qualidade de vida: CF = capacidade funcional; AF = aspectos físicos; DOR = dor; EGS = estado geral de saúde; VIT = vitalidade; AS = aspectos sociais; AE = aspectos emocionais; SM = saúde mental.

Abreviações das dimensões específicas de qualidade de vida: LSP = Lista de sintomas e problemas; EDR = efeitos da doença renal; SDR = sobrecarga da doença renal; PP = papel profissional; FC = função cognitiva; QIS = qualidade de interação social; FSX = função sexual; SON = sono; APS = apoio social; EEQ = estímulo da equipe; SG = saúde global; SP = Satisfação do paciente.

Foram igualmente observadas correlações entre as dimensões genéricas de QV com as variáveis idade e tempo de tratamento (Tabela 8). No que se refere à variável Idade, observa-se que esta se correlacionou negativamente com a dimensão capacidade funcional ($p=0,031$). Tempo de tratamento se correlacionou negativamente com as dimensões genéricas de estado geral de saúde ($p=0,005$), vitalidade ($p=0,005$) e saúde mental ($p=0,007$); e anos de escolaridade correlacionou-se positivamente com dor (0,049).

Tabela 8 – Correlações das dimensões genéricas de QV (SF-36) e variáveis sociodemográficas

		CF	AF	DOR	EGS	VIT	AS	AE	SM
Idade	r	-0,450	-0,178	-0,168	-0,073	-0,222	-0,161	0,301	0,040
	p	0,031	0,418	0,445	0,742	0,309	0,463	0,163	0,856
Tempo de Tratamento	r	-0,221	-0,111	-0,154	-0,563	-0,563	-0,291	-0,334	-0,548
	p	0,310	0,970	0,484	0,005	0,005	0,178	0,119	0,007
Anos Escolaridade	r	-0,100	0,008	0,415	0,061	0,308	0,116	-0,095	0,105
	p	0,650	0,970	0,049	0,781	0,153	0,597	0,667	0,633

Abreviações das dimensões genéricas de qualidade de vida: CF = capacidade funcional; AF = aspectos físicos; DOR = dor; EGS = estado geral de saúde; VIT = vitalidade; AS = aspectos sociais; AE = aspectos emocionais; SM = saúde mental.

Com relação às dimensões específicas de QV (Tabela 9), observa-se que a variável idade correlacionou-se negativamente com função sexual ($p=0,008$) e tempo de tratamento se correlacionou negativamente com função cognitiva ($p=0,050$) e interação social ($p=0,018$).

Tabela 9- Correlação das dimensões específicas de QV e variáveis sociodemográficas

		Idade	Tempo de Tratamento	Escolaridade
BDI-II	r	0,060	0,242	-0,172
	p	0,786	0,267	0,432
LSP	r	-0,155	-0,243	0,321
	p	0,481	0,265	0,136
EDR	r	0,104	-0,310	0,161
	p	0,638	0,150	0,463
SDR	r	-0,380	-0,091	0,265
	p	0,074	0,679	0,222
TRAB	r	0,225	-0,316	0,025
	p	0,302	0,142	0,911
FC	r	-0,020	-0,413	0,359
	p	0,929	0,050	0,093
IS	r	0,048	-0,487	-0,032
	p	0,829	0,018	0,886
FSX	r	-0,719	0,060	0,482
	p	0,008	0,853	0,112
SON	r	-0,285	0,082	0,027
	p	0,188	0,711	0,903
APS	r	0,081	-0,255	0,035
	p	0,714	0,241	0,874
EEQ	r	-0,065	-0,134	0,146
	p	0,767	0,541	0,506
SG	r	-0,259	-0,384	-0,015
	p	0,233	0,070	0,944
SP	r	0,000	0,028	0,092
	p	1000	0,899	0,675

Abreviações das dimensões específicas de qualidade de vida: LSP = Lista de sintomas e problemas; EDR = efeitos da doença renal; SDR = sobrecarga da doença renal; PP = papel profissional; FC = função cognitiva; QIS = qualidade de interação social; FSX = função sexual; SON = sono; APS = apoio social; EEQ = estímulo da equipe; SG = saúde global; SP = Satisfação do paciente.

Os dados referentes à pressão arterial (PA) são apresentados como pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) e foram analisados separadamente em pré-diálise e pós-diálise. Sendo assim, obtiveram-se dados referentes à PAS e à PAD no início (pré-diálise) e no término (pós-diálise) de cada sessão de hemodiálise.

Na PAS pré-diálise observa-se que os pacientes obtiveram uma média de $135 \pm 20,1$ no Momento 1 e de $135 \pm 15,5$ no Momento 2. Quando comparados, estes resultados não são estatisticamente significantes ($p=0,956$). Na PAS pós-diálise, as médias obtidas nos Momentos 1 e 2 foram $136 \pm 18,6$ e $134 \pm 16,9$, respectivamente, não sendo observada diferença estatística significativa ($p=0,408$).

Na PAD pré-diálise, as médias apresentadas foram $74 \pm 14,1$ e $68 \pm 13,8$ nos Momentos 1 e 2, respectivamente, onde é possível observar que houve diminuição significativa da PAD ($p < 0,001$). Na PAD pós-diálise também foi observada melhora estaticamente significativa ($p = 0,009$), apresentando nos Momentos 1 e 2 médias de 74 ± 11 e $69 \pm 9,8$.

Os resultados referentes às medidas de PA coletadas antes e após a intervenção de musicoterapia são apresentados na Figura 7.

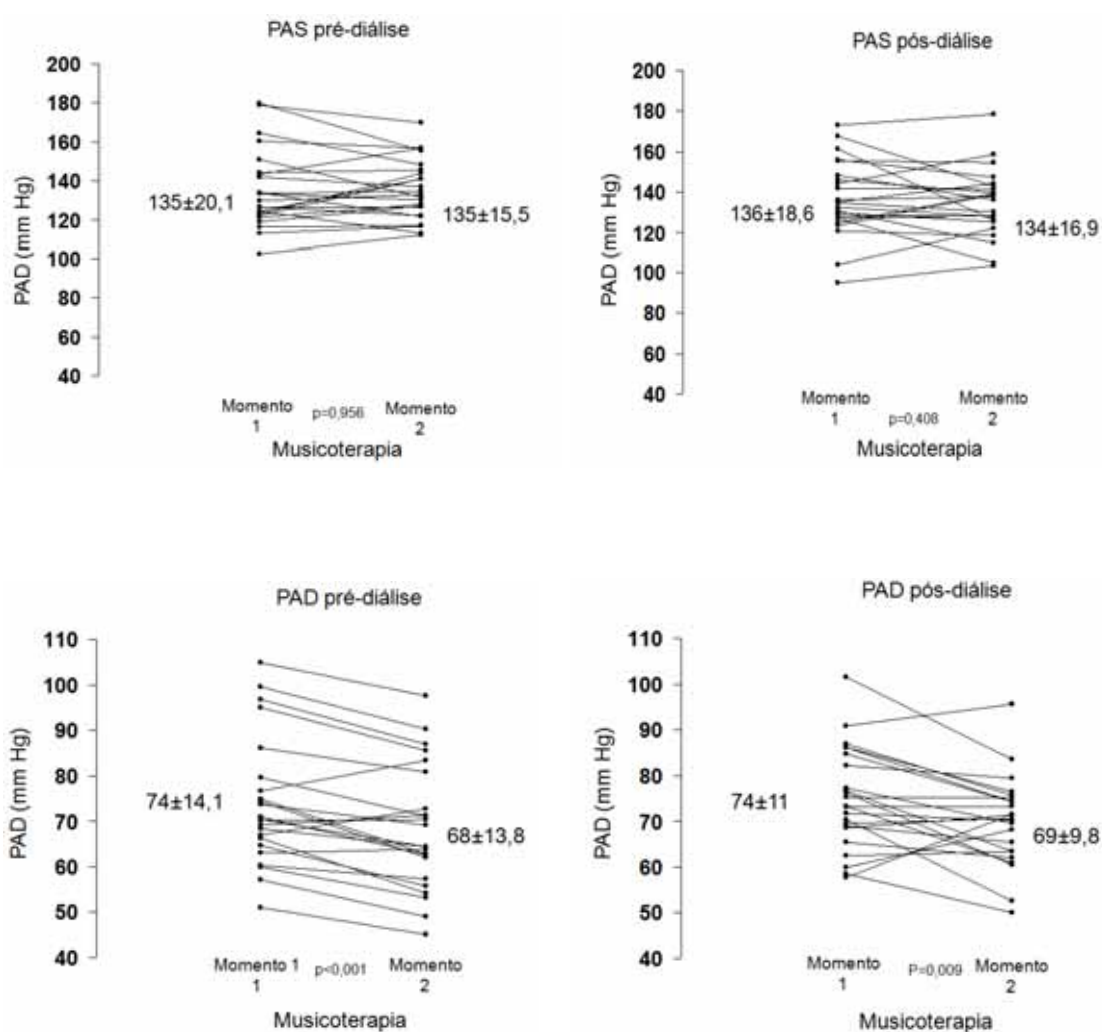


Figura 8: Comparações das médias de PAS (pressão arterial sistólica) e PAD (pressão arterial diastólica) pré e pós diálise nos Momentos 1 e 2 do estudo.

Foram comparadas todas as variáveis laboratoriais - creatinina, ureia, potássio, glicose, sódio, cálcio, fósforo, hemoglobina, fosfatase alcalina, PCR e albumina sérica -, mas

nenhuma delas apresentou diferença estatística significativa após intervenção musicoterapêutica. No que se refere ao PCR e à albumina, é importante salientar que, diferente dos demais exames laboratoriais, estes exames são realizados a cada três meses, o que dificultou a análise desses dados em virtude do intervalo variável entre a coleta do exame e a intervenção.

Discussão

*Por tanto amor
Por tanta emoção
A vida me fez assim
Doce ou atroz
Manso ou feroz
Eu, caçador de mim.*

Milton Nascimento

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam que a musicoterapia teve um efeito benéfico nos sintomas depressivos, qualidade de vida e pressão arterial da população estudada. Revisão de literatura realizada por Hedayati, Yalamanchili e Finkelstein (2012) destaca a necessidade de empreender alternativas terapêuticas, como a musicoterapia, junto aos pacientes em hemodiálise a fim de tratar a depressão. Martins e Cesarino (2005) também sugerem a necessidade de intervir promovendo transformações no cotidiano dos pacientes com o intuito de melhorar a QV. Estes dados reforçam a relevância social e científica do presente estudo.

No que se refere às características clínicas dos participantes, a principal doença de base dos pacientes estudados foi o Diabetes Mellitus (56,5%), seguida por Glomérulo Nefrite Crônica (21,7%), dados que diferem do último Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2013), no qual a Hipertensão Arterial (35%) foi a principal doença de base verificada.

Verificou-se, neste estudo, que a prevalência de sintomas de depressão no Momento 1 foi de 60,8%. Observa-se, portanto, que os índices de depressão obtidos foram superiores aos de estudos similares da literatura, visto que Teles *et al* (2014) encontraram uma prevalência de sintomas depressivos significativos de 42,7%; e Nifa e Rudnick (2010) detectaram prevalência de 33,3%. Ambos os estudos são brasileiros e utilizaram para avaliação dos sintomas de depressão o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Tais resultados tornam-se mais preocupantes ao se considerar os pacientes que não foram incluídos no estudo por já apresentarem transtornos, incluindo depressão, além dos que se recusaram a participar. Para Park *et al* (2010), devido à maior gravidade do quadro clínico, estes pacientes são mais propensos a ter depressão. Isso demonstra que a depressão vem sendo subdiagnosticada e subtratada. É importante avaliar e identificar sintomas de depressão em pacientes com DRC terminal, visto que estas pessoas, segundo estudo realizado por Kurella *et*

al (2005), são significativamente mais propensas a cometer suicídio do que pessoas da população em geral.

Quando comparados os sintomas de depressão da amostra estudada, antes e após a musicoterapia, o presente trabalho permitiu que se confirmasse a hipótese de que os pacientes teriam melhora dos sintomas de depressão, observando-se uma melhora estatisticamente significativa após a realização dos grupos de musicoterapia ($p < 0,001$).

Verrusio *et al* (2014) realizaram estudo interventivo em pacientes idosos com síndrome depressiva associando a prática de atividade física com a audição de músicas preferidas dos participantes. Ao serem comparados com um grupo que estava recebendo farmacoterapia, observou-se que na farmacoterapia os participantes tiveram melhora significativa dos sintomas de depressão no sexto mês. Já o grupo que participou do exercício e da audição musical, teve redução dos sintomas de depressão com três meses e seis meses de tratamento.

Maratos, Crawford e Procter (2011) destacam que, apesar de apenas ouvir música ser significativo e trazer benefícios para muitas pessoas, isso está longe de ser a realidade da musicoterapia, tal como ela é praticada no Reino Unido e em muitas partes da Europa. Para Maratos, Crawford e Procter, os benefícios da musicoterapia no tratamento da depressão não ocorrem ao acaso. O agente da alteração dos sintomas depressivos está no “fazer ativo” que ocorre na relação terapêutica existente entre musicoterapeuta e paciente, ou seja, tocar instrumentos musicais e cantar junto do musicoterapeuta é importante para muitos pacientes.

Estudo realizado por Erkkilä *et al* (2011) mostrou que a musicoterapia, quando combinada ao tratamento padrão, é um tratamento eficaz para depressão. Os autores destacam a importância da relação terapêutica existente entre musicoterapeuta e paciente. Maratos, Crawford e Procter (2011) ainda destacam que, acima de tudo, fazer música é social (e, portanto, interpessoal), prazeroso e significativo. Esta deve ser a razão dos ensaios

randomizados de musicoterapia mostrarem altos níveis de envolvimento com grupos de pacientes que são tradicionalmente difíceis de se envolver.

De acordo com Pauwels *et al* (2014) exames de imagem (tomografia por emissão de pósitrons e ressonância magnética funcional) revelaram que ouvir música prazerosa ativa áreas cerebrais corticais e subcorticais, onde as emoções são processadas. Para Pauwels *et al*, estes efeitos neurobiológicos da música sugerem que a estimulação auditiva evoca emoções, que podem resultar, temporariamente, em melhor desempenho em diversos domínios cognitivos. Salimpoor *et al* (2009) sugerem que o prazer obtido com a experiência musical está associado a marcadores fisiológicos do sistema de recompensa.

O presente estudo ainda mostrou que a musicoterapia teve um efeito benéfico na melhora da pressão arterial diastólica (PAD) dos pacientes participantes, reduzindo a resistência arterial periférica provavelmente em razão de melhora da função endotelial. Miller *et al* (2010) realizaram estudo para avaliar os potenciais efeitos divergentes de estímulos positivos e negativos sobre a pressão arterial. O estudo foi realizado em quatro fases, randomizado e com “crossover”, sendo elas: 1) seleção de músicas que causavam sentimentos de bem-estar; 2) seleção de músicas que geravam ansiedade; 3) vídeos que provocavam riso e 4) fitas com exercícios de relaxamento. Análises de cada fase revelaram uma vasodilatação significativa em resposta a musica causadora de bem estar ($p < 0,001$). Os mecanismos envolvidos no efeito positivo sobre o endotélio ainda não estão completamente claros, mas pode haver uma ligação com a liberação de óxido nítrico no endotélio mediada pelas beta-endorfinas. A secreção de ocitocina¹⁰ também está associada à audição de música. Portanto, a mudança de mais de 25% da dilatação arterial mediada pelo fluxo observada entre as músicas que causam bem-estar e as que causam ansiedade aumenta a possibilidade de que emoções positivas afetem benéficamente a saúde. Entretanto, as implicações clínicas desses efeitos

¹⁰ Ocitocina: É um hormônio produzido pelo hipotálamo. Tem importante papel no parto e amamentação, embora também esteja ligado à sensação de prazer, bem estar físico e emocional.

requerem novos estudos. O estudo de Miller *et al* (2010), portanto, tenta explicar como a música gerou uma diminuição da resistência arterial periférica, através de um relaxamento do endotélio. Esse efeito pode ser benéfico para reduzir a ocorrência de eventos cardiovasculares adversos.

Por outro lado, apesar da melhora observada na PAD dos pacientes, este estudo não observou o mesmo efeito nos níveis de pressão arterial sistólica (PAS). Recente meta análise (BRADT; DILEO; POTVIN, 2013) objetivou analisar o efeito da música na redução do estresse e da ansiedade em pacientes com doença arterial coronariana (DAC). Dos 26 trabalhos incluídos, apenas três contaram com a participação de musicoterapeuta treinado, sendo que nos demais trabalhos a audição de músicas foi o principal método empregado. Esta meta análise mostrou que ouvir música reduziu a PAS nos pacientes com DAC. Esse efeito pode não ter sido observado neste presente estudo em razão do estado hipervolêmico¹¹ do paciente com DRC em HD. Para esse grupo de pacientes hipertensos, o peso seco adequado é fundamental para que se atinjam bons níveis de PAS (WYSTRYCHOWSKI; LEVIN, 2007). Peso seco é definido como aquele em que o paciente estaria em estado normal de hidratação, sem sobrecarga volêmica. O alto ganho de peso interdialítico e a dificuldade em se atingir o peso seco poderiam, então, explicar a falta de redução significativa dos níveis de PAS.

Zanini *et al* (2009) obtiveram resultados significativos da musicoterapia no controle da pressão arterial com um grupo de pacientes hipertensos. Os pacientes que participaram do grupo de musicoterapia tiveram diminuição significativa, tanto da PAS, quanto da PAD. Os autores não observaram as mesmas mudanças no grupo controle. Teng, Wong e Zhang (2007) observaram resultados semelhantes em um grupo de idosos, onde a intervenção consistiu em ouvir determinado tipo de música (peças de Bach, Pachelbel e Tchaikovsky). Ao final, o grupo que participou da intervenção com música, apresentou alteração significativa na PAS.

¹¹ Hipervolemia: Excesso de líquido no sangue em circulação.

Os resultados sugerem que ouvir determinado tipo de música pode reduzir a PAS e, portanto, a musicoterapia pode ser importante coadjuvante no tratamento da hipertensão.

Bradt, Dileo e Potvin (2013), identificaram que ouvir música pode ter um efeito benéfico sobre a PAS. Contudo, ressaltam que o significado clínico destes achados ainda não é claro, visto que muitos estudos têm alto risco de viés. Ressaltam a necessidade de se realizar mais pesquisas na área, com intervenções feitas por um musicoterapeuta qualificado, o que pôde ser observado neste estudo. O conjunto desses resultados é bastante promissor, considerando-se que a hipertensão arterial é um grave fator de risco para mortalidade.

No que se refere à qualidade de vida (QV), os resultados aqui encontrados evidenciam uma consonância com os dados da literatura. Com relação às dimensões genéricas (SF-36), as que apresentaram pior escore no Momento 1 do estudo, são as dimensões relacionadas aos aspectos físicos, corroborando os resultados encontrados por Santos (2006) e Martins e Cesarino (2005). Ainda quanto aos escores genéricos de QV, comparando-se os gêneros masculino e feminino, Park *et al* (2010) encontraram diferença significativa entre ambos, diferentemente dos resultados obtidos no presente estudo.

É relevante assinalar que a presente pesquisa utilizou um instrumento de QV específico para portadores de DRC. No que se refere à avaliação das dimensões específicas de QV, neste estudo, as mais comprometidas foram as relacionadas à sobrecarga da doença renal e ao papel profissional. Estudos realizados por Park *et al* (2010) e Cavalcante *et al* (2013) corroboram com estes achados. Shimoyama *et al* (2003) também encontraram resultado semelhante com pacientes em diálise peritoneal. Com relação ao papel profissional, pode-se observar que 43,4% dos pacientes têm como principal fonte de renda o Auxílio Doença, ou seja, não estão trabalhando e, conseqüentemente, ainda não se aposentaram, o que justifica o comprometimento neste aspecto da QV.

Todas estas dimensões – aspectos físicos, sobrecarga da doença renal e papel profissional – podem estar diretamente relacionadas, pois as limitações físicas e a sobrecarga advinda das limitações do tratamento irão influenciar diretamente na vida profissional do paciente. Carreira e Marcon (2003) destacam o quanto as limitações e consequências do tratamento dialítico influenciam negativamente no papel profissional. Cavalcante *et al* (2013) apontam o nível elevado de escolaridade como um possível fator de proteção, já que pessoas com mais anos de estudo têm a possibilidade de desenvolverem mais atividades intelectuais do que físicas, tanto em casa quanto no trabalho. No presente estudo, a média de anos de escolaridade foi de 7,1 anos, sendo que 39,1% dos participantes estudaram de 1 a 4 anos.

Quando comparados os resultados obtidos nos Momentos 1 e 2 neste estudo, observa-se que os pacientes participantes tiveram melhora estatisticamente significativa tanto em dimensões genéricas quanto em dimensões específicas de QV. Estudo de intervenção em musicoterapia realizado por Zanini *et al* (2009) com pacientes hipertensos, mostrou que estes obtiveram melhora estatisticamente significativa em todas as dimensões genéricas de QV após participação nos grupos de musicoterapia, quando comparados ao grupo controle. Uma possível explicação para a melhora da QV em todas estas dimensões pode residir no caráter lúdico da música e na integração grupal que ocorre nos atendimentos de musicoterapia. Segundo Cavalcante *et al* (2011) uma atividade lúdica pode proporcionar momentos de descontração e alegria durante as sessões de HD. Além disso, a troca e compartilhamento de experiências entre os pacientes da HD pode levar ao estabelecimento de um maior vínculo entre eles e, conseqüentemente, auxiliar no enfrentamento da rotina de tratamento. Silva *et al* (2008), observaram em estudo qualitativo que a música, por si só, constitui-se em importante ferramenta para a promoção da QV na HD.

No presente estudo, observou-se melhora em todas as dimensões de QV avaliadas, o que confirma a hipótese de que a musicoterapia poderia melhorar a QV destes pacientes.

Contudo, as que obtiveram diferenças estatísticas mais altamente significativas foram estado geral de saúde, vitalidade, capacidade funcional e saúde mental. No estudo de Zanini *et al* (2009), a dimensão que obteve a maior diferença estatística de QV foi Estado Geral de Saúde.

No que se refere à melhora significativa obtida nas dimensões capacidade funcional e estado geral de saúde, Lin *et al* (2012), realizaram um estudo interventivo no qual os pacientes se encarregaram de criar suas listas de músicas e ouviram estas listas durante sessões de HD (três vezes por semana), pelo período de uma semana. Os autores observaram reduções significativas na frequência e gravidade das reações adversas durante a HD. Também foi observada diminuição significativa da frequência respiratória e aumento significativo da saturação de oxigênio. Concluíram que ouvir música durante a HD pode promover o bem-estar geral no paciente.

É importante salientar que, apesar dos pacientes terem obtido melhora significativa nos sintomas de depressão, o mesmo não foi observado com relação à dimensão de QV que avalia os aspectos emocionais. No Momento 1 do estudo, esta dimensão não apresentou correlação com sintomas de depressão e nem com qualquer outra dimensão de QV. Segundo Ciconelli (1999), esta dimensão está relacionada ao impacto do estado emocional na realização de atividades diárias. Estudo realizado por Martins e Cesarino (2005) identificou que aspectos emocionais estão entre as dimensões de QV mais afetadas entre pacientes em HD, juntamente com vitalidade e aspectos físicos. Contudo, diferentemente do que foi apontado por estes autores (CICONELLI, 1999; MARTINS, CESARINO, 2005), dentre as dimensões genéricas de QV, esta foi a menos comprometida entre os pacientes deste estudo, visto que eles obtiveram um escore médio de 78,2, uma das maiores médias atingidas pelos pacientes. Isto justificaria o fato desta dimensão não ter apresentado melhora estatisticamente significativa após a intervenção de musicoterapia.

Com relação à melhora estatisticamente significativa verificada na dimensão dor na avaliação dos participantes do presente estudo, resultados similares foram obtidos por Korhan *et al* (2014). Korhan *et al* observaram melhora significativa na intensidade da dor em pacientes com dor neuropática após intervenção de musicoterapia. Os resultados da pesquisa implicaram na inclusão da musicoterapia no tratamento de rotina destes pacientes. Burrai *et al* (2014) realizaram estudo para determinar efeitos da música em pacientes em HD, por meio do saxofone tocado ao vivo, em parâmetros como dor, humor e níveis de coceira. Os autores observaram uma redução estatisticamente significativa no nível da dor e uma melhora no humor, níveis de prurido e na saturação de oxigênio.

Ainda com relação à dor, o presente estudo mostrou que esta dimensão de QV correlacionou-se positivamente com anos de escolaridade, ou seja, quanto mais anos de estudo, melhor pontuação na dimensão dor, o que significa que pacientes com mais anos de escolaridade têm menos queixas relacionadas à dor. Moser *et al* (2005) consideram que pessoas com um nível mais alto de escolarização são mais esclarecidas e têm maior consciência dos cuidados com a saúde, o que pode acarretar em respostas mais fidedignas com relação à dor. Neme (2005) pontua que maiores níveis de gravidade do câncer no diagnóstico inicial relacionam-se positivamente à baixa escolaridade. Logo, a educação na área da saúde constitui-se em uma necessidade, para que os pacientes tenham melhor percepção de sua saúde de modo geral, e assim consigam prevenir inúmeras doenças ou, até mesmo, evitar o seu agravamento (MOSER *et al*, 2005; NEME, 2005).

Ao se correlacionar as dimensões genéricas (SF-36) e específicas de QV (KDQOL-SF), foi possível constatar que os sintomas e a sobrecarga da doença renal afetam substancialmente a QV dos pacientes. Neste sentido, estudo de Shimoyama *et al* (2003), sugere que pacientes com DRC precisam de suporte psicológico e emocional com foco no impacto que a doença pode ter na QV. No que se refere às correlações negativas existentes

entre os resultados do BDI-II com diversas dimensões de QV, Park *et al* (2010) também identificaram que os sintomas de depressão e as dimensões de QV apresentaram relação linear inversa.

Com relação às correlações encontradas entre sintomas de depressão e a dimensão função cognitiva de QV, os presentes achados mostram-se concordantes com a literatura. Verificou-se que quanto maior a pontuação no BDI, ou seja, quanto maiores os sintomas depressivos, menor é a função cognitiva. É importante destacar que o resultado de função cognitiva obtido por meio do KDQOL-SF refere-se à percepção do paciente com relação a esta função, ou seja, não se trata de um teste de rastreio para comprometimento cognitivo. Porém, pesquisa realizada por Agganis *et al* (2010) constatou que pacientes em hemodiálise com uma carga maior de sintomas depressivos apresentaram pior desempenho em testes de cognição relacionados à velocidade de processamento e função executiva.

No presente estudo, não foram observadas relações de influência entre resultados de exames laboratoriais com as variáveis de QV e depressão. Com exceção dos demais exames, que são realizados mensalmente, a mensuração de PCR e albumina são realizados trimestralmente, o que inviabilizou a análise destes dados. Este intervalo de três meses, também impossibilitou analisar o impacto da musicoterapia nestes marcadores, o que pode ser considerado uma perda importante, já que os pacientes apresentaram melhora significativa da QVRS e dos sintomas depressivos. Ademais, Park *et al* (2010) ressaltam que marcadores nutricionais como albumina e creatinina são fortes preditores de QVRS em pacientes com DRC terminal, especialmente os relacionados aos domínios físicos.

Algumas limitações deste trabalho devem ser reconhecidas, como a ausência de grupo controle. Também cabe destacar o pequeno número de participantes, porém, pela falta de estudos semelhantes na literatura, não foi possível realizar o cálculo amostral para definir o número de pacientes necessários. Outra limitação refere-se aos instrumentos utilizados, sendo

que com o BDI-II não é possível realizar diagnóstico de depressão. Com relação ao KDQOL-SF, apesar de ser um instrumento de qualidade de vida específico para a população em hemodiálise, sua avaliação é subjetiva. Além disso, a aplicação de um teste de rastreio para comprometimento cognitivo poderia ter mostrado associação com a presença de sintomas depressivos, como aponta a literatura (AGGANIS *et al*, 2010; QUEIROZ, 2010).

Quanto aos pontos fortes do atual estudo, destaca-se o fato de ser um estudo pioneiro, visto que em nenhum outro, até o momento, foi avaliado o efeito da musicoterapia na qualidade de vida, sintomas de depressão e pressão arterial de pacientes em hemodiálise. No que se refere à pressão arterial, o grande diferencial reside no fato do estudo ter sido conduzido por um musicoterapeuta, necessidade destacada por Bradt, Dileo e Potvin (2013). Além disso, os dados foram obtidos por um único avaliador, o que proporciona homogeneidade nos resultados. De modo geral, a despeito dos cuidados e restrições necessários no contexto da hemodiálise, foi possível utilizar a musicoterapia com grande participação dos pacientes sem nenhum contratempo ou qualquer prejuízo, tal como ressaltado pelos participantes e equipe de saúde.

Considerando-se, portanto, a relevância dos resultados encontrados neste estudo, sugere-se que pesquisas similares sejam realizadas com maior número de pacientes, maior tempo destinado à intervenção musicoterápica, com utilização de grupo controle, inclusão de exames laboratoriais e avaliação da função cognitiva. Os dados aqui apresentados levam a importantes reflexões relacionadas à saúde pública, visto que dados do Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia indicam que até 2013 cerca de 100.397 pacientes estavam em tratamento dialítico. Devido a este alto número de pacientes, constata-se uma necessidade cada vez maior de avaliar os aspectos emocionais e de qualidade de vida destes pacientes e, a partir dos resultados das avaliações, empreender ações para minimizar aspectos que possam interferir na rotina e, até mesmo, na adesão ao tratamento.

Conclusões

*Que a arte me aponte uma resposta
Mesmo que ela mesma não saiba
E que ninguém a tente complicar
Pois é preciso simplicidade pra fazê-la florescer
Pois metade de mim é plateia
A outra metade é canção*

Oswaldo Montenegro

7 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que é bastante elevada a prevalência de sintomas de depressão em pacientes em hemodiálise, assim como foram verificados prejuízos significativos nas dimensões de QV, tanto nas genéricas quanto específicas, sendo Aspectos Físicos, Capacidade Funcional e Sobrecarga da Doença Renal, as mais afetadas.

Foi possível verificar também que a depressão tem um impacto significativo na QV de pacientes em hemodiálise, visto que muitas das dimensões avaliadas relacionaram-se à presença de sintomas depressivos. Além disso, constatou-se que o tempo de tratamento também tem impacto negativo na QV dos pacientes.

A prevalência de sintomas de depressão foi superior a outros trabalhos que avaliaram pacientes em hemodiálise. Em contrapartida, os dados relacionados à QV corroboraram com dados da literatura.

No que se refere aos resultados obtidos após a intervenção de musicoterapia, confirmaram-se as hipóteses levantadas: a de que a musicoterapia melhora a qualidade de vida do paciente renal crônico em hemodiálise, diminui os sintomas depressivos e auxilia no controle da pressão arterial. Verificou-se melhora estatisticamente significativa dos sintomas de depressão, além de melhora de diversos domínios de QV e da pressão arterial diastólica. Esses dados reforçam o que foi levantado por Hedayatil, Yalamanchili e Finkelstein (2012): a de que a musicoterapia constitui-se em uma ótima opção no tratamento da depressão e melhora da QV. Além disso, vale destacar o seu papel na melhora de aspectos fisiológicos dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGGANIS, B. T.; WEINER, D. E.; GIAN, L.M.; SCOTT, T.; GRIFFITH, J.L., SARNAK, M.J. Depression and Cognitive Function in Maintenance Hemodialysis Patients. **Am J Kidney Dis.**, [S. l.], v. 56, n. 4, p. 704-712, 2010.

ALMEIDA, A. M. Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de IRC. **J. Bras.Nefrol.**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 209-214, 2003.

ALMEIDA, A. M.; MELEIRO, A. M. A. S. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **J. Bras.Nefrol.**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 192-200, 2000.

ALMEIDA, R. A. Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 94-106, 2010.

BARBOSA, L. M. M.; ANDRADE JUNIOR, M. P.; BASTOS, K. A. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **J. Bras.Nefrol.**, [S.l.], v. 29, n. 4, p. 222-229, 2007.

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia 4**. Rio de Janeiro: Enelivros; 1999.

BARCELLOS, L. R. M. Challenges on music therapy clinical practice. **Voices: A World Forum for MusicTherapy**, 2009. Disponível em <<http://www.voices.no/?q=colbarcellos141209>>. Acesso em: 01 out. 2012.

BRADT, J.; DILEO, C.; POTVIN, N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. **Cochrane Database Syst Rev.**; [S. l.], v. 12, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução Normativa nº 466, de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRUSCIA K. **Definindo musicoterapia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BURRAI, F.; MICHELUZZI, V.; ZITO, M. P.; PIETRO, G.; SISTI, D. Effects of live saxophone music on physiological parameters, pain, mood and itching levels in patients undergoing haemodialysis. **J. Ren. Care.**, [S.l.], 2014.

CAMINHA, L. B.; SILVA, M. J. P.; LEÃO, E. R. A influência de ritmos musicais sobre a percepção dos estados subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise. **Rev Esc Enferm USP**, [S.l.], v. 43, n. 4, p. 923-929, 2009.

CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev Latino-Am Enfermagem**, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 823-831, 2003.

CAVALCANTE, F. A.; SAAR, G. Q.; RAMOS, L. S.; LIMA, A. A. M. O uso do lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. **Revista Eletrônica da Facimed**, [S.l.], v. 3, n. 3, p.371-384, 2011.

CAVALCANTE, M.C; LAMY, Z. C.; LMAY FILHO, F.; FRANÇA, A. K. T. C.; SANTOS, A. M., THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, A. A. M.; SALGADO FILHO, N. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. **J Bras Nefrol**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 79-86, 2013.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W., MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **RevBrasReumatol**, [S.l.], v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

COLWELL, C. M.; EDWARDS, R.; HERNANDEZ, E.; BREES, R. N. Impact of Music Therapy Interventions (Listening, Composition, Orff-Based) on the Physiological and Psychosocial Behaviors of Hospitalized Children: A Feasibility Study. **J Pediatr Nurs**, [S.l.], v. 28, p. 249-257, 2012.

COSTA, C. M. **O despertar para o outro: Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Summus Editorial, 1989.

CUNHA J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

CUNHA, R; VOLPI, S. A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. **R.cient./FAP**, Curitiba, v.3, p.85-97, 2008.

DILEO, C. (Org.). **Music therapy and medicine: theoretical and clinical applications**. Silver Spring: American Music Therapy Association, p. 4-5, 1999.

DUARTE, P. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). **Rev Assoc Med Bras**, [S.l.], v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.

ERLLILÄ, J.; PUNKANEN, M.; FACHNER, J.; ALA-RUONA, E.; PÖNTIÖ, I.; TERVANIEMI, M.; VANHALA, M.; GOLD, C. Individual music therapy for depression: randomised controlled Trial. **Br J Psychiatry**, [S.l.], v. 199, n. 2, p. 132-139, 2011.

FLECK, M. PA; LOUZADA, S; XAVIER, M; CACHAMOVICH, E.; VIEIRA, L. S.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.2, p. 178-183, 2000.

FRUCTUOSO, M. R.; CASTRO, R.; OLIVEIRA, I.; PRATA, C.; MORGADO, T. Quality of life in chronic kidney disease. **Rev Nefrol**, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 91-96, 2011.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y. P.; ARGIMON, I.; WERLANG, B. **BDI-II**: Inventário de depressão de Beck II / adaptação para o português. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

HEDAYATI, S.; YALAMANCHILI, V.; FINKELSTEIN, F. O. A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. **Kidney Int**, [S. l.], v. 81, n. 3, p. 247-255, 2012.

KIM, K. B.; LEE, M. H.; SOK, S. R. The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis. **Taehan Kanho Hakhoe Chi**. [S.l.], v. 36, n. 2, p. 231-329, 2006.

KORHAN, E. A.; UYAR, M.; EYIGÖR, C.; HAKVERDIOGLU YÖNT, G; ÇELIK, S.; KHORSHID, L. The effects of music therapy on pain in patients with neuropathic pain. **Pain Manag Nurs.**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 306-314, 2014.

KURELLA, M.; KIMMEL, P. L.; YOUNG, B. S.; CHERTOW, G. M. Suicide in the United States End-Stage Renal Disease Program. **J Am Soc Nephrol** [S.l.], v. 16, n. 3, p. 774–781, 2005.

LI, X. M.; ZHOU, K. N.; YAN, H.; WANG, D.L.; ZHANG, Y.P. Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: arandomized clinical trial. **J Adv Nurse**, [S.l.], v. 68, n. 5, p. 1145-1155, 2012.

LI, X. M.; ZHOU, K. N.; YAN, H.; WANG, D.L.; ZHANG, Y.P. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from randomized controlled trial. **Breast Cancer Res Treat**, [S.l.], v. 128, n. 2, p. 411-419, 2011.

LI, Z. J.; NA, X.; MAO, H. P.; WEI, X.; CHEN, J. H.; YANG, X.; ZHOU, S. F.; LI, Z. B.; YU, X. Q. Association between depression and malnutrition-inflammation complex syndrome in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. **In Urol Nephrol.**, [S. l.], v. 43, n. 3, p. 875-882, 2011.

LIN, Y. J.; LU, K. C.; CHEN, C. M.; CHANG, C. C. The effects of music as therapy on the overall well-being of elderly patients on maintenance hemodialysis. **Biol. Res. Nurs.**; [S. l.], v.14, n. 3, p. 277-285, 2012.

MARATOS, A.; CRAWFORD, M. J.; PROCTER, S.; Music therapy for depression: it seems to work, but how? **Br J Psychiatry**, [S. l.], v. 199, n. 2, p. 92-93, 2011.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-am Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005.

MILLER, M.; MANGANO, C. C.; BEACH, V.; KOP, W. J. VOGEL, R. A. Divergent effects of joyful and anxiety-provoking music on endothelial vasoreactivity. **Psychosom Med.**, [S. l.], v. 72, n. 4, p. 354-356, 2010.

MOREIRA, C. L.; GARLETTI, J. R. W.; LIMA, L. F.; LIMA, C. R.; RIBEIRO, J. F.; MIRANDA, A. F. Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do KDQOL-SFTM. **Rev Assoc Med Bras**, [S.l.], v. 55, n. 1, p. 22-28, 2009.

MORTARI, D. M.; MENTA, M.; SCAPINI, K.B.; ROCKEMBACH, C.W.F.; DUARTE, A.; LEGUISAMO, C.P. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 156-160, 2010.

MOSER, A.; HILGEMBERG, L.; MACHADO, P. G. B.; MOSER, A. M. Escolaridade e percepção de dor como indicativo de estado de saúde. **Anais do VIII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE e III Congresso Ibero americano sobre violência nas escolas – CIAVE**. Curitiba: PUCOR, 2008.

MUSTATA, S.; GROENEVELD, S.; DAVIDSON, W.; FORD, G.; KILAND, K.; MANNS, B. Effects of exercise training on physical impairment, arterial stiffness and health-related quality of life in patients with chronic kidney disease: a pilot study. **IntUrolNephrol**, [S.l.], v. 43, n. 4, p. 1133-1141, 2011.

NAKAMURA, M.; YAMABE, H.; KITAJIMA, M.; KUDO, U.; URUSHIZAKA, M.; TOMISAWA, T.; ITAKI, C.; KAWASAKI, K.; NOTO, Y.; AKAISHI, S.; SHIMADA, K. Physical Activity levels of patients undergoing hemodialysis. **Dialysis & Transplantation**, [S.l.], v. 39, n. 9, p. 386-390, 2010.

NEME, C. M. B., Doenças Crônicas: Fatores de risco e mecanismos de proteção no câncer infantil. In: MELCHIORI, L. E.; RODRIGUES, O. M. P. R.; MAIA, A. C. B. (Org.) **Família e Crianças: Reflexões teórico práticas sobre os cuidados com as crianças**. Curitiba: Juruá, 2012. P. 105-118.

NEME, C.M.B. Ganhos terapêuticos com psicoterapia breve em serviço de psico-oncologia hospitalar. In: SIMON C.P.; MELO-SILVA, L.L.; SANTOS, M.A. e cols. (Org.) **Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática**. São Paulo: Vetor, 2005, p.39-68.

NEME, C.M.B. Psico-oncologia: caminhos, resultados e desafios da prática. In: _____. (Org.). **Psico-oncologia: Caminhos e perspectivas**. São Paulo: Summus, 2010, p. 19-57.

NIFA, S.; RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Rev. SBPH**, [Rio de Janeiro], v. 13, n. 1, 2010.

PARK, H. C.; YOON, H. B.; SON, M. J.; JUNG, E. S.; JOO, K. W.; CHIN, H. J.; OH, K. H.; LIM, C. S.; KIM, Y. S.; AHN, C.; HAN, J. S.; KIM, S.; HAHM, B. J.; OH, Y. K. Depression and health-related quality of life in maintenance hemodialysis patients. **Clin. Nephrol.**, [S. l.], v. 73, n. 5, p. 374-380, 2010.

PAUWELS, E. K. J. VOLTERRANI, D.; MARIANI, G.; KOSTKIEWICS, M. Mozart, music and medicine. **Med Princ Pract**, [S. l.], v. 23, n.5, p. 403-412, 2014.

PEREIRA, A. A.; WEINER, D. E.; SCOTT, T.; SARNAK, M. J. Cognitive function in dialysis patients. **Am J Kidney Dis**, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 448-462, 2005.

POTHOULAKI, M.; MACDONALD, R.A.R.; FLOWERS, P.; STAMATAKI, E.; FILIOPOULOS, V.; STAMATIADIS, D.; STATHAKIS, C. P. An investigation of effects of music on anxiety and pain perception in patients undergoing haemodialysis treatment. **Journal of Health Psychology**, [S.l.], v. 13, p. 912-920, 2008.

PULIDO, M. D. P. R. **Musicoterapia en una cohorte de pacientes en hemodiálisis del hospital el tunal, durante 20 semanas de tratamiento**. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Musicoterapia) – Facultad de Artes, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2010.

QUEIROZ, C. M. T. **Comprometimento cognitivo e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica avançada**. 2010. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **Jornal de Pneumologia**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 207-213, 2000.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J. Bras. Nefrol**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 1-3, 2004.

RUDNICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 343-351, 2007.

SALIMPOOR, V. N.; BENOVOY, M.; LONGO, G.; COOPERSTOCK, J. R.; ZATORRE, R. J. The rewarding aspects of music listening are related to degree of emotional arousal. **PLoS One.**, [S. l.], v. 4, n. 10, 2009.

SANTOS, P.R. Relação do sexo e idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev Assoc Med Bras**, [S.l.], v.52, n. 5, p.356-359, 2006.

SHIMOYAMA, S.; HORAKAWA, O.; YAHIRO, K.; MIZUMACHI, T.; SCHREINER, A.; KAKUMA, T. Health related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in Japan. **Perit. Dial. Int.**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 200-205, 2003.

SILVA, S. A.; FAVA, S. M. C. L.; NASCIMENTO, M. C.; FERREIRA, C. S.; MARQUES, N. R.; ALVES, S. M. . Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev.enferm**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 382-387, 2008.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Rev. Eletrônica Enferm**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 10-14, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/motica.html>. Acesso em: 22 jul. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBN. **Censo de diálise SBN 2013**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Insuficiência renal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN, 2012. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?insuficienciaRenal&menu=24>>. Acesso em: 21 jul. 2012.

SONI, R. K.; WEISBORD, S. D.; UNRUH, M. L. Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease. **Curr Opin Nephrol Hypertens**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 153-159, 2010.

TELES, F.; AZEVEDO, V. F. D.; MIRANDA, C. T.; MIRANDA, M. P. M.; TEIXEIRA, M. C.; ELIAS, R. M. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. [S. l.] **Clinics**, v. 69, n. 3, p. 198-202, 2014.

TENG, X. F; WONG, M. Y. M.; ZHANG, Y.T. The Effect of Music on Hypertensive Patients. In: Annual Internacional Conference of the IEEE EMBS, 29 th, 2007, Lyon. **Proceedings of the 29th Annual International**. Lyon: IEEE, [2007]. P. 4649-4651.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V.; LEIMANN, A. H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 18-28, 1990.

VERRUSIO, W.; ANDREOZZI, P.; MARIGLIANO, B.; RENZI, A.; GIANTURCO, V.; PECCI, M. T.; ETTORRE, E. CACCIAFFESTA, M.; GUELI, N. Exercise training and music therapy in elderly with depressive syndrome: a pilot study. **Complement Ther Med.**; [S. l.], v. 22, n. 4, p. 614-620, 2014.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. Definição de Musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 4, 1996.

WYSTRYCHOWSKI, G.; LEVIN, N.W. Dry weight: sine qua non of adequate dialysis. *Adv Chronic Kidney Dis.*; [S.l.] v. 14, n. 3, p. 10-16, 2007.

ZANINI, C. R. O.; JARDIM, P. C. B. V.; SALGADO, C. M.; NUNES, M. C.; URZÊDA, F. L.; CARVALHO, M. V. C.; PEREIRA, D. A.; JARDIM, T. S. V.; SOUZA, W. K. S. B. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. **Arq Bras Cardiol.**, [S.l.], v. 93, n. 5, p. 534-540, 2009.

Anexos

*Fomos serenos num mundo veloz
Nunca entendemos então por que nós
Só mais ou menos*

Marcelo Jeneci

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado “**O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas depressivos do paciente em hemodiálise**”, que pretende avaliar se com a realização de atendimentos de musicoterapia durante a hemodiálise ocorre melhora da sua qualidade de vida e dos sintomas depressivos. Para isso, o senhor (a) realizará uma avaliação inicial onde responderá a dois questionários: um sobre sua qualidade de vida e outro sobre depressão, com duração total aproximada de trinta minutos. Na sequência, serão iniciados os atendimentos de musicoterapia. Serão realizados oito atendimentos, duas vezes por semana, com duração de 60 minutos cada sessão. Ao término do protocolo de atendimento, o senhor (a) responderá novamente todos os questionários. A intervenção em Musicoterapia será acompanhada pela Musicoterapeuta e Psicóloga Paula de Marchi Scarpin Hagemann. Os valores obtidos nas avaliações serão registrados no prontuário e mantidos em sigilo profissional.

A participação nesta pesquisa não deverá lhe causar qualquer desconforto. Se durante as avaliações observarmos problemas e dificuldades, procuraremos dar a devida conduta, orientando-o ou encaminhando-o à equipe responsável pelo seu tratamento.

Informamos que o (a) senhor (a) terá acesso, a qualquer momento, às informações sobre os procedimentos relacionados à pesquisa. Para seu esclarecimento, informamos que serão mantidos sob sigilo seus dados pessoais.

Este termo constará de duas cópias, uma para o pesquisador e outra para o paciente. Qualquer dúvida adicional, o senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Ciente sobre todas as informações desta pesquisa, assino abaixo, aceitando dela participar, porém assinalando meu direito quanto a liberdade de sair deste protocolo em qualquer momento da execução do projeto sem qualquer penalização por isso.

Bauru, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador responsável: Paula de M. S. Hagemann
Al Dr Octávio Pinheiro Brisolla, 7-57, apto 1.
CEP: 17012-059. Bauru – SP
Telefone: (14) 98180-4021
e-mail: pmscarpin@yahoo.com.br

Orientadora: Profª. Adjta Drª. Carmen M. B. Neme
Rua. Vivaldo Guimarães 2-34
CEP: 17016-070
Telefone: (14) 32241903 ou (14) 981278233
e-mail: cmneme@gmail.com

Anexo B

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas depressivos do paciente em hemodiálise

Pesquisador: Paula de Marchi Scarpin Hagemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21190413.8.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 430.920

Data da Relatoria: 15/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto que prevê intervenção por meio de musicoterapia em pacientes que realizam hemodiálise

Objetivo da Pesquisa:

observar se a musicoterapia tem efeitos benéficos sobre a percepção dos pacientes de sua qualidade de vida e sobre sintomas depressivos associados à doença renal crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

os riscos são baixos e embora os benefícios não sejam relatados em literatura especificamente para pacientes em hemodiálise são possíveis avanços na qualidade de vida em razão da intervenção da musicoterapia

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trata-se de uma pesquisa que investiga a possibilidade de utilização de um procedimento terapêutico (a musicoterapia) para melhorar a qualidade de vida de pacientes renais crônicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o TCLE está elaborado em acordo com os parâmetros estabelecidos na resolução 466/12, tem linguagem acessível e garante os direitos dos participantes

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CEP: 17.033-360

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (143)103-6087 **Fax:** (143)103-6087 **E-mail:** arimaia@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 430.920

Recomendações:

nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nada a declarar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado.

BAURU, 21 de Outubro de 2013

Assinador por:
Ari Fernando Maia
(Coordenador)

Anexo C

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas depressivos do paciente em hemodiálise

Pesquisador: Paula de Marchi Scarpin Hagemann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21190413.8.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 956.333

Data da Relatoria: 11/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto que prevê intervenção por meio de musicoterapia em pacientes que realizam hemodiálise

Objetivo da Pesquisa:

observar se a musicoterapia tem efeitos benéficos sobre a percepção dos pacientes de sua qualidade de vida e sobre sintomas depressivos associados à doença renal crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

os riscos são baixos e embora os benefícios não sejam relatados em literatura especificamente para pacientes em hemodiálise são possíveis avanços na qualidade de vida em razão da intervenção da musicoterapia

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trata-se de uma pesquisa que investiga a possibilidade de utilização de um procedimento terapêutico (a musicoterapia) para melhorar a qualidade de vida de pacientes renais crônicos.

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carilho Coube, nº 14-01

Bairro: CEP: 17.033-360

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (143)103-6087

Fax: (143)103-6087

E-mail: arimala@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 956.333

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está elaborado em acordo com os parâmetros estabelecidos na resolução 466/12, tem linguagem acessível e garante os direitos dos participantes

Recomendações:

nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nada a declarar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto atende às especificações da resolução 466/12 em relação aos parâmetros éticos e pode ser realizado com segurança para os participantes.

BAURU, 19 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Ari Fernando Mala
(Coordenador)

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (143)103-6087 Fax: (143)103-6087 E-mail: arimala@fc.unesp.br

Anexo D

FICHA GERAL DE AVALIAÇÃO**Dados sociodemográficos***Paciente:* _____*Idade:* _____ *Data de Nascimento:* _____*Gênero:* () Masculino () Feminino *Estado Civil:* _____*Escolaridade (em anos):* _____*Categorias escolaridade:* () analfabeto () 1 – 4 anos () 5 – 8 anos () Ensino Médio () Ensino Superior*Filhos:* () Sim () Não*Ocupação:* () aposentado () aposentado por invalidez () trabalhando () desempregado () Auxílio Doença*Religido:* _____*Renda Familiar:* () < 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () até 3 salários mínimos () até 5 salários mínimos () mais que 5 salários mínimos**Dados Clínico-médicos***Tempo de tratamento (em meses):* _____ *Doença de Base:* _____*Comorbidades:* () Sim () Não*Qual (ais)?* () diabetes () cardiopatia () hipertensão arterial () Tabagismo () Outras _____*Acesso Vascular:* () Fístula () Cateter*Data 1ª avaliação:* _____ *Data 2ª avaliação:* _____**BDI**

Total: _____

() caso () não caso

Interpretação: _____

SF-36

Capacidade Funcional: _____

Aspectos Físicos: _____

Dor: _____

Estado Geral da Saúde: _____

Vitalidade: _____

Aspectos Emocionais: _____

Aspectos Sociais: _____

Saúde Mental: _____

KDQOL

Sintomas/Lista de Problemas: _____

Efeitos da Doença Renal: _____

Sobrecarga da Doença Renal: _____

Trabalho/profissão _____

Função Cognitiva: _____

Interação Social: _____

Função Sexual: _____

Sono: _____

Apoio Social: _____

Estímulo da Equipe: _____

Saúde Global: _____

Satisfação do Paciente: _____

Anexo E

Priscila Silveira Duarte, Rozana Mesquita Ciconelli & Ricardo Sesso

Doença Renal e Qualidade de Vida (KDQOL-SF™ 1.3)

Estudo da Qualidade de Vida para Pacientes em Diálise

Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™)

English Version 1.3

Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona

Sua Saúde

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um ☒ na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

Excelente ☐ 1	Muito Boa ☐ 2	Boa ☐ 3	Regular ☐ 4	Ruim ☐ 5
--	--	--	--	---

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás ☐ 1	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás ☐ 2	Aproximadamente igual há um ano atrás ☐ 3	Um pouco pior agora do que há um ano atrás ☐ 4	Muito pior agora do que há um ano atrás ☐ 5
---	--	---	---	--

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto? [Marque um ☒ em em cada linha.]

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c Levantar ou carregar compras de supermercado.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d Subir <u>vários</u> lances de escada.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e Subir <u>um</u> lance de escada	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h Caminhar <u>vários quarteirões</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i Caminhar <u>um quarteirão</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j Tomar banho ou vestir-se	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Durante as **4 últimas semanas**, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

	Sim	Não
a Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	☐ 1	☐ 2
b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria	☐ 1	☐ 2
c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades	☐ 1	☐ 2
d Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço)	☐ 1	☐ 2

5. Durante as **4 últimas semanas**, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	☐ 1	☐ 2
b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria	☐ 1	☐ 2
c Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção do que de costume</u>	☐ 1	☐ 2

6. Durante as **4 últimas semanas**, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as **4 últimas semanas**?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Durante as **4 últimas semanas**, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

Nada	Um pouco	Moderado	Bastante	Extremamente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido .

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
a Você se sentiu cheio de vida?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d Você se sentiu calmo e tranqüilo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
e Você teve muita energia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f Você se sentiu desanimado e deprimido?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
g Você se sentiu esgotado (muito cansado)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
H Você se sentiu uma pessoa feliz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
i Você se sentiu cansado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas de sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Acredito que minha saúde vai piorar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Minha saúde está excelente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Eu me sinto um peso para minha família ..	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

13. Estas questões são sobre como você se sente e como tem sido sua vida nas **4 últimas semanas**. Para cada questão, por favor assinale a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido.

Quanto tempo durante as **4 últimas semanas**...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5.....	☐ 6
b Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5.....	☐ 6
c Você se irritou com as pessoas próximas?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5.....	☐ 6
d Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5.....	☐ 6
e Você se relacionou bem com as outras pessoas?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5.....	☐ 6
f Você se sentiu confuso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3.....	☐ 4	☐ 5.....	☐ 6

14. Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
aDores					
musculares?.....	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
bDor no peito?.....	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
cCãibras?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
dCoceira na pele?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
ePele seca?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
fFalta de ar?.....	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
gFraqueza ou tontura?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
hFalta de apetite?.....	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
iEsgotamento (muito cansaço)?..	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
jDormência nas mãos ou pés?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
kVontade de vomitar ou indisposição estomacal?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5
l(Somente paciente em hemodiálise) Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4.....	☐ 5
m(Somente paciente em diálise peritoneal) Problemas com seu catéter?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

15. Algumas pessoas ficam incomodadas com os efeitos da doença renal em suas vidas diárias, enquanto outras não. Até que ponto a doença renal lhe incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente
a Limitação de líquido?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Limitação alimentar?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Sua capacidade de trabalhar em casa?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Sua capacidade de viajar?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e Depender dos médicos e outros profissionais da saúde?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g Sua vida sexual?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h Sua aparência pessoal?	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3	☐ 4	☐ 5

18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b Dormiu pelo tempo necessário?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

19. Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
b O apoio que você recebe de sua família e amigos?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

20. Durante as 4 últimas semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?

Sim	Não	No
☐ 1	☐ 2	☐ 2

21. Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?

Sim	Não	No
☐ 1	☐ 2	☐ 2

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

A pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)			Meio termo entre pior e melhor				A melhor possível			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Satisfação Com O Tratamento

23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a O pessoal da diálise me encorajou a ser o (a) mais independente possível	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Apêndice

Põe toda a tua alma nisso, toca da maneira como sentes a música.

Frédéric Chopin

Apêndice A**FICHA CLÍNICA MUSICOTERAPÊUTICA**

Data: ____/____/____

Nome: _____

- História da doença atual:
- Ascendência étnica dos pais:
- Cantigas de ninar que lhe foram cantadas:
- Ambiente sonoro do paciente (hábitos musicais):
- Sons típicos da casa:
- Reações do paciente aos sons e ruídos:
- Educação musical dos pais:
- Educação musical do paciente:
- Preferências musicais:
- Cantores/ bandas preferidos:
- Estilo musical rechaçado:
- Cantor/banda rechaçado:
- Contato anterior com instrumento musical:
- Preferências instrumentais:
- Rechaços instrumentais:
- Gosta de: () ouvir () cantar () tocar

Outras informações relevantes: _____

