

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CLAUDIA REGINA DE OLIVEIRA ZANINI**

---

---

**O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão  
Arterial do Paciente Hipertenso**

---

---

**Goiânia  
2009**

---

**CLAUDIA REGINA DE OLIVEIRA ZANINI**

---

**O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão  
Arterial do Paciente Hipertenso**

---

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Brandão Veiga Jardim

**Goiânia  
2009**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(GPT/BC/UFG)

**Zanini, Claudia Regina de Oliveira.**  
**Z31e O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso [manuscrito] / Claudia Regina de Oliveira Zanini. – 2009.**  
**xii, 134 f: il., figs**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo César Brandão Veiga Jardim.**

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2009.

Bibliografia: f.

**Inclui lista de figuras, tabelas, símbolos, siglas e abreviaturas.**  
Anexos e apêndices.

Musicoterapia 2. Hipertensão – Tratamento 3. Pressão Arterial – Música – Qualidade de Vida I. Jardim, Paulo César Brandão Veiga.  
**II. Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.**

**CDU: 615.837:78**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
da Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**

**Aluna: Claudia Regina de Oliveira Zanini**

---

**Orientador: Prof. Dr. Paulo César Brandão Veiga Jardim**

**Membros:**

**1. Paulo César Brandão Veiga Jardim**

**2. Lia Rejane Mendes Barcellos**

**3. Ana Luiza Lima Sousa**

**4. Claudia Maria Salgado**

**5. Geraldo Francisco do Amaral**

**OU**

**4. Estelamaris Tronco Monego**

**5. Celmo Celeno Porto**

**Data: 22/06/2009**

### ***Dedico este trabalho***

À minha família, meu filho *Plínio*, meu companheiro *Wagner*, inspirações em minha vida; aos meus irmãos, Isabel Cristina, amiga de coração, e Sérgio Luís, superação em pessoa; e, com infinita admiração, a meus pais – Carlos, exemplo de vida (*in memoriam*), e Ruth, mãe, amiga e companheira de todas as horas, dias, anos...

À dignidade dos pacientes da Liga de Hipertensão da Universidade Federal de Goiás e, em especial, àqueles que participaram da presente pesquisa, confiando sua atenção a alguém e a algo novo em suas vidas.

## AGRADECIMENTOS

---

Ao meu orientador, Dr. Paulo César Brandão Veiga Jardim, que acolheu minhas idéias, incentivando a inserção da Musicoterapia em mais um campo de atuação. Sua trajetória de pesquisador, professor e orientador é também motivação para continuar a seguir estes belos e desafiantes caminhos da ciência.

À equipe de profissionais da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, que contribuiu para a realização desse trabalho, desde os coordenadores aos estagiários e bolsistas de extensão e de pesquisa. Ao longo dos anos, trabalhamos juntos e construímos novos projetos e importantes amizades. Continuaremos juntos...

À amiga Cláudia M<sup>a</sup> Salgado, que além do ombro amigo, auxiliou na realização da análise estatística desse trabalho, ponto crucial para sua finalização.

Às amigas musicoterapeutas, que sempre deram força e acreditaram em minhas buscas.

Aos meus amigos, colegas de trabalho e alunos, pela compreensão de minha ausência em alguns momentos.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, por compartilharmos idéias e a importância de vários olhares para o ser que vamos cuidar, dentro de uma perspectiva holística e integral.

*“Sonhamos com um mundo ainda por vir,  
onde não vamos mais precisar de aparelhos  
eletrônicos como seres virtuais para superar  
nossa solidão e realizar nossa essência  
humana de cuidado e de gentileza.*

*Sonhamos com uma sociedade mundializada,  
na grande casa comum, a Terra,  
onde os valores estruturantes se construirão  
ao redor do cuidado com as pessoas...*

*Sonhamos com o cuidado assumido como o  
ethos fundamental do humano e como  
compaixão imprescindível para com todos os  
seres da criação.”*

(Leonardo Boff, 2001)

## SUMÁRIO

---

TABELAS.....	X
SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS.....	XI
RESUMO .....	13
ABSTRACT .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>32</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	32
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	33
3.2 ASPECTOS ÉTICOS .....	34
3.3 INTERVENÇÃO MUSICOTERÁPICA.....	34
3.4 DADOS PARA AVALIAR A PRESSÃO ARTERIAL .....	36
3.5 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA .....	36
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	37
<b>4. PUBLICAÇÕES .....</b>	<b>39</b>
4.1 ARTIGO 1 .....	40
4.2 ARTIGO 2.....	59
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>89</b>
APÊNDICE 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....	90
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	91
APÊNDICE 3 - SESSÕES MUSICOTERÁPICAS .....	93
APÊNDICE 4 - ACEITE DO ARTIGO 1 .....	104
<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>
ANEXO 1 - NORMAS DE PUBLICAÇÃO - ARTIGO 1 .....	106
ANEXO 2 - NORMAS DE PUBLICAÇÃO - ARTIGO 2 .....	115
ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA ESPECÍFICO .....	123
ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA GENÉRICO .....	129

## TABELAS

---

### ARTIGO 1

**TABELA 1** - Caracterização da Amostra ..... 48

**TABELA 2** - Comparação entre os escores do Questionário SF-36, aplicado nos dois grupos no M1 (Inicial) e no M2 (Final), quanto às dimensões do viver avaliadas .....48

**TABELA 3** - Comparação intra-grupo dos escores das dimensões do viver avaliadas através do Questionário SF-36 no M1 e no M2 ..... 49

**TABELA 4** - Valores das médias da PAS (PA Sistólica) e da PAD (PA Diastólica) nos GE e GC, antes e após o período de intervenção musicoterápica. .... 50

### ARTIGO 2

**TABELA 1** - Características da Amostra qto à Idade, Sexo e Escolaridade .... 67

**TABELA 2** - Comparação entre os escores do *Questionário SF-36* e de *Bulpitt e Fletcher*, aplicado nos dois grupos no M1 (Inicial) e no M2 (Final), quanto às dimensões do viver avaliadas e à QV ..... 67

**TABELA 3** - Comparação intra-grupo, dos escores dos Questionários *SF-36* e de *Bulpitt e Fletcher*, aplicado nos dois grupos no M1 e no M2 ..... 68

**TABELA 4** - Comparação entre o GC e o GE, quanto ao nº de pacientes que relataram ter atividades de lazer ou divertimento no M1 e no M2 ..... 70

**TABELA 5** - Correlação com o escore do *Questionário de Bulpitt e Fletcher* com as dimensões do viver avaliadas do *Questionário SF-36* ..... 71

## SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

---

<b>HA</b>	Hipertensão Arterial
<b>FM</b>	Faculdade de Medicina
<b>LHA</b>	Liga de Hipertensão Arterial
<b>HC</b>	Hospital das Clínicas
<b>UFG</b>	Universidade Federal de Goiás
<b>M1</b>	Momento inicial (antes do início das sessões musicoterápicas)
<b>M2</b>	Momento final (depois do final das sessões musicoterápicas)
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PAD</b>	Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS</b>	Pressão Arterial Sistólica
<b>mmHg</b>	milímetros de Mercúrio
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>ICC</b>	Insuficiência Cardíaca Congestiva
<b>IRC</b>	Insuficiência Renal Crônica
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>SBC</b>	Sociedade Brasileira de Cardiologia
<b>SBH</b>	Sociedade Brasileira de Hipertensão
<b>SBN</b>	Sociedade Brasileira de Nefrologia
<b>GE</b>	Grupo Experimental
<b>GC</b>	Grupo Controle
<b>SF-36</b>	The Medical Outcomes Study 36 - Item Short Health Survey
<b>BHQLQ</b>	Bulpitt's Hypertension Quality of Life Questionnaire
<b>CF</b>	Capacidade Funcional
<b>AF</b>	Aspectos Físicos
<b>D</b>	Dor

<b>EGS</b>	Estado Geral de Saúde
<b>V</b>	Vitalidade
<b>AS</b>	Aspectos Sociais
<b>AE</b>	Aspectos Emocionais
<b>SM</b>	Saúde Mental

## RESUMO

---

**INTRODUÇÃO** - A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença de massa, com conseqüências para o aparelho cardiocirculatório, podendo gerar elevação das taxas de morbi-mortalidade. Controlar a pressão arterial (PA) diminui complicações e deve preservar a qualidade de vida (QV). Estudos têm evidenciado os efeitos positivos da música como coadjuvante no tratamento de diversas patologias. **OBJETIVOS:** Avaliar o efeito da musicoterapia na QV e no controle da PA de pacientes hipertensos. **MÉTODOS:** Projeto aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da UFG. Ensaio clínico controlado avaliou pacientes de ambos os sexos, maiores que 50 anos, HA estágio 1, medicados e matriculados em serviço multiprofissional para tratamento da HA. Divididos em grupos experimental (GE) e controle (GC). O GE, além do tratamento convencional, participou de sessões musicoterápicas semanais por doze semanas. O GC permaneceu sob tratamento padrão do serviço. Antes e após a intervenção foram aplicados em ambos os grupos dois instrumentos para avaliação da QV (*Questionário SF-36* e de *Bulpitt e Fletcher*) e avaliado o nível da PA. A voz, importante elemento da comunicação, reflexo do estado físico, psíquico e emocional, foi o principal recurso terapêutico utilizado. Para a análise estatística foram utilizados os testes *T-Student*, de *Mann-Whitney*, de *Wilcoxon*, *Qui-Quadrado* e de *Fisher*. Para analisar a correlação entre os instrumentos de QV foram utilizadas as correlações de *Pearson* ou de *Spearman*. Dados analisados através do Programa SPSS. Valores de  $p < 0,05$  considerados significantes. **RESULTADOS:** Grupos inicialmente homogêneos quanto a sexo, idade, escolaridade e QV. Na comparação inicial e final dos pacientes do GE observou-se diminuição significativa da PA e melhora na QV enquanto no GC não se verificou alterações significativas. Houve correlação positiva entre os dois instrumentos utilizados para avaliação da QV.

**CONCLUSÃO:** A Musicoterapia contribuiu para a melhora do controle da PA e para a melhora da QV. Os dois instrumentos de avaliação da QV tiveram boa correlação, com possibilidade de uma visão mais integral do paciente. Esta modalidade terapêutica pode representar importante contribuição em programas de atendimento multidisciplinar ao paciente hipertenso.

**Unitermos:** Musicoterapia, Hipertensão Arterial, Qualidade de Vida, Tratamento, Terapia Complementar, Saúde Pública.

## ABSTRACT

---

**INTRODUCTION:** Arterial Hypertension (AH) is a mass disease, with consequences for the cardiocirculatory system. It may result in an increase in morbidity and mortality rates. Controlling blood pressure (BP) lessens complications and helps preserve quality of life (QL). Studies have shown the positive effects of music as a coadjuvant in the treatment of various pathologies.

**OBJECTIVES:** To evaluate the effect of music therapy on QL and in the control of BP in hypertensive patients.

**METHODS:** This project was approved by the Ethics Committee of the UFG Clinical Hospital. A controlled clinical trial evaluated patients of both sexes, over 50 years old, AH stage 1, under medication and enrolled in a multidisciplinary AH treatment program. They were divided into experimental (EG) and control (CG) groups. In addition to conventional treatment, the EG participated in weekly music therapy sessions over 12 weeks. The CG continued with the program's regular treatment. Before and after the intervention, two QL-evaluation instruments, the SF-36 and Bulpitt and Fletcher questionnaires, were administered to the two groups. Change in BP was also measured. The voice, an important element in communication and a reflection of physical, psychological and emotional state, was the main therapeutic resource used. The t-student, Mann-Whitney, Wilcoxon, Chi-Squared and Fisher tests were used for statistical analysis. The Pearson or Spearman correlations were used to analyze the correlation between the QL instruments. Data were analyzed using the SPSS program. Values of  $p < 0.05$  were considered significant.

**RESULTS:** The groups were initially homogeneous as regards sex, age, education level, QL. In the before-and-after comparison, the EG patients showed a significant improvement in BP control and QL. The CG registered no significant change. We find good correlation between the instruments of QL evaluation.

**CONCLUSION:** Music therapy contributed to

better BP control and QL improvement. The two QL evaluation instruments correlated well, with the possibility of a more holistic view of the patient. This therapeutic modality may represent an important contribution to multidisciplinary programs serving hypertensive patients.

**Keywords:** Music Therapy, Hypertension; Quality of Life, Treatment, Complementary Therapies, Public Health.

# 1 INTRODUÇÃO

---

Esta pesquisa tem como tema a aplicação da Musicoterapia em uma das áreas da Medicina, particularmente na Clínica Médica, focalizando o tratamento da Hipertensão Arterial (HA).

A HA representa um dos maiores desafios em saúde pública por sua alta prevalência e por representar um importante fator de risco cardiovascular. Quando não devidamente tratada é responsável pelo aumento significativo da morbi-mortalidade por afecções do aparelho cardio-circulatório (OPAS, 2009).

Para Santos e Haibara (2001), a regulação da pressão arterial é uma das funções fisiológicas mais complexas, que depende de ações integradas dos sistemas cardiovascular, renal, neural e endócrino. Embora tenha enorme importância clínica porque cronicamente a pressão elevada acarreta danos ao coração, vasos sanguíneos e rins, pelo menos nos estágios iniciais, não causa alterações evidentes na função cardiovascular.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2009), só no continente americano, a HA atinge cerca de 140 milhões de pessoas, sendo que metade delas desconhece ser hipertensa. No Brasil, estima-se que 35% da população acima de 40 anos tenha hipertensão arterial. Desses, 75% dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema oferece o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus, que compreende:

um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão e suas complicações. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores. (Ministério da Saúde, 2009)

Em estudo descritivo, observacional e transversal com objetivo de estimar a prevalência da HA e de alguns fatores de risco cardiovasculares na população adulta de uma capital brasileira, Jardim *et al* (2007) detectaram prevalência de 36,4% de HA, sendo maior entre homens (41,8%) que entre mulheres (31,8%). Os autores concluíram que:

as ações devem buscar melhor controle dos hipertensos já conhecidos, estabelecer metas para ampliar o grau de conhecimento desses fatores pela população diretamente interessada e, ainda, e principalmente, fornecer à população em geral mais informações para a prevenção do aparecimento dos fatores de risco e, com isso, evitar o aparecimento das doenças cardiovasculares.

O tratamento da HA deve ser empreendido dentro do contexto de uma ação global em relação aos fatores de risco para doença cardiovascular e com a participação de uma equipe de saúde, tendo como objetivo final reduzir o risco cardiovascular global.

De acordo com as V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006), o que determina a existência de uma equipe multiprofissional para lidar com o paciente hipertenso é a filosofia de trabalho, que visa o bem-estar dos pacientes e da comunidade. Os membros da equipe devem trabalhar nos limites da especificidade de sua formação básica e, além disto, devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. Existem ações que são comuns a todos os membros da equipe multidisciplinar e as V Diretrizes destacam que elas são: a promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo), o treinamento de profissionais, as ações assistenciais individuais e em grupo e a participação em projetos de pesquisa.

Machado (2008) afirma que a ênfase na abordagem multiprofissional é um aspecto importante, visto que alguns estudos demonstraram que todas as vezes que o profissional não médico é colocado nesse circuito, aumenta a adesão, pois o paciente recebe as mesmas informações de diferentes formas, facilitando o entendimento da importância do tratamento da HA.

Aspectos relativos ao físico, mas intrinsecamente ligados aos

aspectos emocionais e sociais do paciente hipertenso devem ser considerados no tratamento, medicamentoso e não-medicamentoso. González Rey (2004), que tem pesquisado sobre a subjetividade, a personalidade e os modos de vida e saúde de pacientes hipertensos e infartados, ressalta que:

No caso dos hipertensos, a situação, para a ajuda terapêutica, é ainda mais difícil, visto que eles, em determinadas situações, não experimentam nenhum mal-estar (...) Depois de fazer o paciente ter vontade de mudar e de estabelecer a relação terapêutica, deve-se passar a trabalhar seu modo de vida e seu sistema de hábitos (p.181).

Entre os indicadores psicológicos observados em suas pesquisas com esta clientela de hipertensos, o mesmo autor aponta características como: determinismo externo, orientação ao perfeccionismo em sua atividade, pobreza de interesses, deslocamento de seus desejos e aspirações aos de outras pessoas (como filhos) e perda do sentido da vida.

Em pesquisa realizada por Amaral et al. (2007) foi encontrada uma prevalência de transtorno depressivo maior em pacientes hipertensos superior àquela encontrada na população geral, evidenciando a necessidade de maior atenção ao diagnóstico desses transtornos em pacientes hipertensos em atendimento primário e ambulatorial.

Os aspectos ligados ao bem-estar físico, mental e social estão diretamente relacionados com o conceito de qualidade de vida (QV). Laham (2006) a define como a avaliação do processo saúde e enfermidade. Existe uma relação entre as conseqüências da enfermidade, as do tratamento e a percepção do indivíduo sobre sua saúde, enfermidade e os níveis físico, emocional e social. A autora comenta que a definição de QV da OMS - Organização Mundial de Saúde considera: a percepção pessoal do estado físico (sintomas e efeitos do tratamento), a percepção sobre seu estado emocional e cognitivo frente à enfermidade e sua reabilitação (ansiedade, depressão, negação, medo da morte) e a percepção da pessoa de sua vida social (suas relações interpessoais nos âmbitos familiar e profissional, mas também a necessidade de reforçar suas redes de apoio social e a relação específica com seu médico).

De acordo com Laham (Op. Cit.), para que o profissional tenha uma visão do que realmente está ocorrendo com seu paciente, é importante focar a saúde e a enfermidade como um contínuo, tendo uma visão dinâmica deste processo que envolve a identidade da pessoa. Trata-se do modelo ou perspectiva bio-psico-social, na qual a enfermidade é resultado de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que interagem de modo complexo em cada pessoa, influenciando diretamente em sua QV.

Lipp & Rocha (1994, p. 13) entendem, por QV, “o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde”). Para Buss (2003), saúde e QV são dois temas estreitamente relacionados, pois a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Ele cita a Carta de Ottawa, um importante documento sobre o tema da saúde e QV, que coloca como recursos indispensáveis para se ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade, justiça social.

Bruscia (2000) ressalta que a saúde depende de um sistema ecológico completo que abrange desde o corpo, a mente e o espírito até os contextos mais amplos das relações do indivíduo com a sociedade, a cultura e o meio ambiente.

Vê-se, portanto, que uma visão global e holística do paciente possibilita uma abordagem mais voltada para o cuidado do ser, de suas habilidades e potenciais, ao invés de uma intervenção voltada unicamente para as deficiências advindas de uma determinada patologia e que prioriza somente a cura de uma debilidade.

Dileo *et al* (2008) desenvolveram pesquisa, com aplicação de questionário sobre o sentido de coerência (*Sense of Coherence* - SOC) de 121 pacientes cardíacos hospitalizados, e concluíram que um importante objetivo interdisciplinar é ajudá-los a perceber a vida como compreensível, gerenciável e significativa, uma vez que todos estes sentimentos influenciam grandemente a QV.

Acreditando que a Musicoterapia pode participar desta visão de cuidado integral, sua aplicação a uma clientela de hipertensos para a realização dessa pesquisa foi definida a partir da experiência da autora, após trabalhar, desde 1995, com grupos de idosos. Neste período, observou que a HA era uma das queixas mais comuns nessa comunidade, influenciando diretamente na QV dos indivíduos participantes do Coro Terapêutico (ZANINI, 2002) da UNATI - Universidade Aberta à Terceira Idade de uma instituição de ensino particular de Goiás.

A HA no idoso está intimamente relacionada com um grande número de eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, à menor sobrevida. Para Borelli *et al* (2008), uma pior QV é fato nessa população, quando não tratada adequadamente. Vários estudos mostraram que tratar HA, independentemente da faixa etária, traz melhora na QV e na sobrevida, diminuindo eventos e permitindo envelhecimento mais digno.

Ao propor a Musicoterapia na LHA/UFG - Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás - busca-se inserir esse profissional em uma equipe de saúde no sistema público de atendimento, que venha contribuir para a melhoria da QV, ao acolher o indivíduo de forma integral, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos e sociais.

Com esta visão, González Rey (*Op. Cit*) acredita ser importante desenvolver a psicoterapia de grupo, com participação tanto dos pacientes como de seus cônjuges. Para ele, a HA é um fenômeno complexo, plurideterminado, no qual os aspectos psicológicos se configuram de formas muito diversas em cada individualidade e “devemos ser cuidadosos e criativos na aplicação dos conhecimentos gerais de que dispomos” (p.204). Deve-se considerar que “se a pessoa não conseguir níveis de realização que otimizem sua vida emocional, terá maiores dificuldades de auto-regular hábitos nocivos que, muitas vezes, são compensatórios da tensão psicológica” (p.128).

Nesta pesquisa, os atendimentos musicoterápicos realizaram-se em grupo, pois assim é valorizado o potencial terapêutico de um grupo, tendo sempre o enfoque que foi dado em estudo anterior desta autora, acreditando

que a integração de cada participante tem importância ímpar e que a *escuta* e a *valorização* de cada opinião enriquecem a condução do processo terapêutico:

Partindo de uma formação terapêutica, em Musicoterapia, e de um referencial teórico humanista existencial, é inevitável deixar-se de ver cada indivíduo como um ser pleno de possibilidades a serem desenvolvidas, descobertas ou redescobertas. (Zanini, 2002, p. 5)

Para Pólit (2008), musicoterapeuta humanista, em Medicina busca-se humanizar o vínculo entre as pessoas que sofrem e as pessoas que oferecem um serviço por meio da música, pois são criados espaços musicoterápicos para as pessoas imersas na área da saúde como, por exemplo, em salas de espera. Na Musicoterapia Humanista, as atitudes básicas são empatia, respeito, congruência e aceitação, alicerçadas pela confiança no potencial humano e na relação entre a música e o ser humano.

A Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT - *World Federation of Music Therapy*), em julho de 1996, definiu a Musicoterapia como:

A utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento. (p. 4)

Esta definição é bastante abrangente, por citar diferentes objetivos terapêuticos. Isto se dá porque a comissão que a concebeu teve o intuito de não privilegiar uma determinada área de atuação musicoterápica ou uma determinada especialidade ou a utilização de um determinado método ou técnica musicoterápica. Também porque existem várias possibilidades de fundamentação da Musicoterapia e esta modalidade terapêutica tem caminhado em diferentes níveis de desenvolvimento nos distintos países. Na realidade, o musicoterapeuta, em função da área em que estiver atuando (Educação,

Educação Especial, Saúde, Social, Organizacional, dentre outras), vai traçar objetivos terapêuticos específicos, visando sempre a melhoria da QV do indivíduo ou grupo atendido.

Quanto à formação desse profissional, os cursos de Musicoterapia baseiam-se em três grandes áreas (musical, científica e de sensibilização), além de contar com períodos de estágios de observação, estágios supervisionados e a elaboração de um trabalho de conclusão de curso (Zanini, 2005).

É importante comentar que outros profissionais, numa visão do senso comum, ainda têm a idéia pré-concebida da Musicoterapia como sendo restrita apenas à atividade de audição de determinadas músicas gravadas, que o paciente apenas ouve, numa atitude receptiva. No entanto, o musicoterapeuta qualificado, pode utilizar além do método de audição musical, outras técnicas e/ou métodos musicoterápicos, como a re-criação musical, a composição musical e a improvisação musical, descritos por Bruscia (2000).

Segundo este autor, cada método “é um tipo particular de experiência musical em que o cliente se engaja com propósitos terapêuticos” (p.123). Nas experiências re-criativas “o cliente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo” (p.126) e pode também incluir atividades estruturadas e jogos. Na improvisação, o cliente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso. Nas experiências de composição musical o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com músicas ou fitas de áudio. Na audição musical, o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade expressiva. A música utilizada pode ser ao vivo ou em gravações.

Existem, portanto, duas formas de atuação: em Musicoterapia Receptiva, aquela que é restrita à audição musical e em Musicoterapia Interativa, na qual musicoterapeuta e paciente ou grupo partilham a experiência

musical, ativos no processo de fazer música (Barcellos, 1994).

Este profissional deve considerar que, em sua prática clínica estão o paciente, o terapeuta e a música, num espaço que pode ser chamado de “sagrado”, e a dinâmica da relação ou do encontro destes. Para Barcellos (2004), “o paciente traz consigo seu mundo, suas necessidades, seus conflitos e desejos, enfim, seus conteúdos internos” (p.47). É nesse espaço sagrado que vai acontecer o processo terapêutico, tendo como centro um paciente ou um grupo de pacientes.

O espaço em que se realiza o processo terapêutico é chamado de *setting* terapêutico. O *setting*, em Musicoterapia, é parte importante de uma sessão. Benenzon (2008) afirma que pode ser constituído no consultório ou sala de Musicoterapia, mas também pode ser na natureza ou na água. Segundo o autor, modificações no *setting* podem provocar mudanças na conduta e no comportamento dos pacientes.

Na presente pesquisa, a voz e o corpo foram os principais recursos utilizados no *setting* no decorrer do processo musicoterápico. Estes podem ser recursos terapêuticos mais acessíveis em nosso dia a dia, além de terem relevante significado para cada indivíduo, pois tanto a voz quanto o corpo refletem muito da personalidade, do modo de vida, dos aspectos emocionais e físicos de um indivíduo.

Uhlig (2009) publicou relatório que abordou a utilização da voz como principal instrumento no *setting* musicoterápico, no último Congresso Mundial de Musicoterapia (Buenos Aires, 2008). Ressaltou a importância do som e das mensagens que são enviadas através da voz, pois a forma que é utilizada e explorada reflete-se na percepção que o outro tem acerca de quem emite o som. Para a autora, este potencial da voz não está limitado ao ato de cantar canções, mas também inclui suspiros, choros, gritos, gemidos, sussurros, risadas e lamentações como formas eficazes de vocalização.

O musicoterapeuta, em sua ‘escuta’ terapêutica, valorizará toda e qualquer produção corporo-sonoro-musical que aconteça no *setting* musicoterápico, desde um grito, uma respiração, um gesto, um ranger de unhas em um instrumento de percussão a

uma música totalmente estruturada, vocal e/ou instrumental.  
(Zanini, 2004, p. 202)

O discurso verbal, também presente na sessão musicoterápica, é um elemento sonoro-rítmico a mais, entre outros, que mobilizará o paciente ou grupo atendido. Duleba e Nunes (2006) propõem interligar os elementos musicais e a expressão verbal com a análise pelo conteúdo literal e a observação acústica das palavras. “O musicoterapeuta percebe a linguagem verbal como mais um membro desse corpo sonoro que é o ser humano” (Santos e Zanini, 2006).

Sobre a escuta musicoterápica, importante elemento no processo musicoterápico, Coelho (2002) afirma que se movimenta em três ambientes distintos e com qualidades distintas: *escutas em fluxo*, presente no devir das experiências musicoterápicas; *escutas na fala*, presente nas sonoridades e nas falas a partir das vivências musicais; e *a escuta em análise*, diretamente vinculada à escuta da observação, explicativa, como a análise musicoterápica. Esta última é bastante complexa e vai além da análise musical propriamente dita, pois além dos fenômenos sonoros, considera todos os aspectos biopsicossociais envolvidos no processo musicoterápico.

Segundo Barcellos (2008), a narrativa musical do paciente, no processo musicoterápico, é ancorada na sua história de vida, clínica e sonoro/musical, e contada/cantada/tocada/encenada para alguém, expressando seu mundo interno, tendo o musicoterapeuta na escuta, dando-lhe suporte, interagindo ou fazendo intervenções.

Na Musicoterapia aplicada à Medicina, segundo Bruscia (2000), a música e a relação cliente-terapeuta são necessárias e utilizadas igualmente para abordar necessidades biomédicas e/ou psicossociais significativas do cliente para superar ou lidar com seus problemas de saúde, por meio de técnicas ou métodos musicoterápicos.

Para compreender e averiguar o efeito da música e da musicoterapia em diferentes patologias ou situações clínicas têm sido realizados diversos estudos e pesquisas.

Há de se ressaltar a diferença entre *Música em Medicina* e *Musicoterapia em Medicina*, descrita por Dileo, em 1999 (Dileo, Bradt, 2008). A primeira é uma intervenção feita por médico ou outro profissional da equipe de saúde que não seja musicoterapeuta e, geralmente, é realizada com a utilização de audição musical (música gravada ou ao vivo). Quanto à Musicoterapia em Medicina, diz respeito àquelas intervenções realizadas por um musicoterapeuta, onde a relação terapêutica é intermediada pela música. O processo terapêutico pode envolver técnicas e métodos interativos (improvisação, composição, re-criação musical), além dos receptivos, como a audição musical.

Segundo Queiroz (2002), existem seis tipos básicos de reação à música: Emocional Receptiva (Sensitiva), Emocional Interativa (Imaginativa), Intelectual Receptiva (Associativa), Intelectual Interativa (Analítica), Física Receptiva (Fisiológica - reações orgânicas involuntárias, como dor, tontura, alteração do batimento cardíaco) e Física Interativa (Cinestésica - reação por movimentos do corpo voluntários ou quase reflexos, como palmas, batida de pé).

Preid (2009) cita que emoções positivas desencadeadas por ouvir música agradável podem resultar em percepção mais eficiente de sinais pelo cérebro, o que pode desenvolver a consciência do paciente, por dar ao cérebro mais recursos para processar os estímulos recebidos.

Como se pode perceber, muitos são os aspectos inseridos na atuação do musicoterapeuta. Bruscia (2000) afirma que “pelo fato da música envolver e afetar muitas facetas do ser humano, e em função da grande diversidade de suas aplicações clínicas, a musicoterapia pode ser utilizada para se obter um grande espectro de mudanças terapêuticas.” (p.161)

O autor relaciona as seguintes áreas como as mais freqüentemente visadas como alvos de mudanças: *Fisiologia* (freqüência cardíaca, pressão

arterial, respiração, ondas cerebrais, respostas musculares, funções neurológicas, respostas de imunidade, etc.), *Psicofisiologia* (dor, níveis de lucidez, níveis de consciência, estado de tensão ou relaxamento), *Desenvolvimento Sensório-motor* (respostas reflexas e sua coordenação, esquemas sensório-motores, coordenação motora, grossa e fina), *Percepção* (apreensão das relações de figura-fundo, parte-todo, igual-diferente, etc.), *Cognição* (atenção; retenção de curto e longo prazo; habilidades de aprendizagem; padrões e processos do pensamento, etc.), *Comportamento* (padrões, nível de atividade, eficiência, segurança e outros), *Música* (preferências, hábitos de prática, improvisando ou compondo, etc.), *Emoções* (extensão, variabilidade, adequação e congruência das emoções, reatividade, expressividade, ansiedade, agressividade, depressão, motivação, imagens e símbolos, entre outras), *Comunicação* (capacidade expressiva e receptiva da fala, linguagem e outras modalidades não-verbais), *Interpessoal* (consciência, sensibilidade, intimidade e tolerância com os outros) e *Criatividade* (fluidez, originalidade, inventividade e talento).

Na presente pesquisa, optou-se por utilizar exercícios de respiração no decorrer do processo musicoterápico, pois esta função é responsável pela vida, que tanto se inicia como termina com um movimento respiratório. Aldridge (2004) chama atenção para isto, assinalando que imperceptíveis mudanças corporais são trazidas por alteração nos mecanismos de respiração. Além disto, as alterações mentais são também influenciadas pela respiração. O nosso estado geral de bem-estar depende do ritmo do ciclo da respiração dentro de nós. Do mesmo modo, as emoções alteram o ritmo de respiração e quando ficamos muito agitados perdemos o controle da mesma. O mesmo autor explica que pelo controle da respiração, então, podemos adquirir o domínio da mente e do corpo. Assim estabelece-se uma ligação com o mundo que nos rodeia, do qual somos parte, através da respiração.

Com relação a pesquisas clínicas, estudos (Pinheiro et al, 2007; Chacko et al, 2005) têm apontado os benefícios do controle da respiração na melhoria do barorreflexo, variabilidade da frequência cardíaca e redução da

pressão arterial em pacientes hipertensos. As conclusões assinalam que a técnica de respiração lenta parece ser um bom recurso complementar para o controle tanto cardiovascular como respiratório em pacientes hipertensos. A redução da pressão arterial durante a execução de padrão respiratório lento (6 respirações/minuto) estaria associada à melhora da sensibilidade do barorreflexo, o que indica alteração do equilíbrio autonômico resultante de redução absoluta ou relativa da atividade simpática ou aumento do tônus parassimpático.

Pesquisadores têm reconhecido que a música pode influenciar variações fisiológicas incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, respiração, EEG, temperatura corporal e respostas galvânicas da pele, assim como parâmetros bioquímicos dos sistemas endócrino e imunológico. (Briscoe, 2003; Watkins, 1997; Bradt, Dileo, 2008)

Hamel (2001) realizou estudo para determinar os efeitos da música no nível de ansiedade, na frequência cardíaca e na pressão arterial de pacientes que aguardavam exame de cateterismo. Participaram 101 sujeitos divididos em grupo experimental, que escutou 20 minutos de música e em grupo controle, que recebeu tratamento padrão. Os níveis de ansiedade, pressão e frequência cardíaca foram medidos, em pré e pós-teste. Houve uma redução estatisticamente significativa na ansiedade, na frequência cardíaca e na pressão arterial sistólica do grupo experimental, o que não aconteceu no grupo controle.

Miller et al (2008) avaliaram o impacto da música sobre o endotélio, parte mais interna da parede das artérias, que faz parte da regulação do diâmetro dos vasos. Com o objetivo de determinar o efeito das emoções positivas sobre as artérias, participantes saudáveis e não-fumantes, com uma média de idade de 36 anos, puderam selecionar 30 minutos de música que gostavam e os deixavam relaxados e músicas que os deixavam ansiosos. Um teste mediu a dilatação da artéria braquial por meio de ultra-som, em repouso e após a audição de 30 minutos de estímulos. Concluíram que as artérias se dilatavam com as músicas agradáveis e, com as músicas mais agitadas,

geravam ansiedade e o estreitamento das paredes endoteliais. O aumento do calibre arterial permite que o sangue circule com mais facilidade, o que contribui para abaixar a pressão e levar maior quantidade de oxigênio para o corpo todo.

A Musicoterapia pode ser particularmente benéfica na redução de altos níveis de ansiedade, freqüentemente experimentados por pacientes sujeitos a tratamento de problemas cardíacos (Metzger, 2004-b; Dileo, Bradt, 2008). Bally *et al* (2003) concluíram que a musicoterapia parece ser uma terapia de suporte adequada aos cuidados com pacientes submetidos a procedimentos invasivos como a cineangiocoronariografia, pois minimizou a dor, a ansiedade e o estresse antes e durante a intervenção.

No contexto hospitalar, a Musicoterapia tem sido pesquisada em relação a seus efeitos nos cuidados paliativos, no tratamento de pacientes com patologias crônicas, em situações de longos períodos de internação ou em períodos pré ou pós-cirúrgicos. (Aldridge, 2004; O'Kelly e Koffman, 2007)

Em pesquisa com pacientes apresentando hipertensão essencial, submetidos à Musicoterapia, num total de quinze sessões no período de seis meses, Saraceni *et al* (2000) notaram que ao término do ciclo das sessões de musicoterapia, os pacientes submetidos a exame das condições de pressão, em todos os casos, tiveram melhora de até 18 %. Concluíram que o paciente afetado pode se beneficiar através da livre expressão no *setting* musicoterápico, com uma relação terapêutica gratificante e não diretiva.

Metzger (2004-a) assinala que, apesar das pesquisas atestarem a viabilidade da musicoterapia para o bem-estar de pacientes com doenças cardiovasculares, ainda há uma necessidade de pesquisas que gerem dados mais congruentes que possam ampliar as possibilidades de sua aplicação.

No Brasil ainda há poucos estudos sobre Musicoterapia relacionada à Cardiologia. Em pesquisa sobre a aplicação da Musicoterapia Receptiva na Clínica Médica e Cardiológica, Marconato (2001), através de audições musicais, atendeu, individualmente, dez pacientes, incluindo cinco etapas em seus procedimentos: estímulo musical, sensação, situação, reflexão e alteração de comportamento. Utilizou o questionário de Avaliação de Riscos à Saúde

(*University of Michigan*), que foi aplicado antes e após o processo de dezesseis sessões de Musicoterapia. O estudo demonstrou melhora dos níveis de estresse e de satisfação pessoal.

Nossa pesquisa foi viabilizada através da inserção da musicoterapeuta pesquisadora na equipe da *Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da UFG*, um programa de extensão da Universidade Federal de Goiás que, desde a sua fundação, em 1989, vem perseguindo objetivos de interação em equipe multidisciplinar, renovação da assistência a pacientes portadores de hipertensão e extensão de suas atividades a grupos de risco para portadores de doenças cardiovasculares, através de ações de promoção da saúde.

Desde maio de 2003, a autora vem participando das reuniões de equipe na LHA, realizando vivências musicoterápicas, tanto no *Clube do Hipertenso* (reuniões mensais com pacientes hipertensos adultos, envolvendo temas educativos e/ou vivências com profissionais da equipe da LHA/UFG ou convidados), como na *Liguinha de Hipertensão* (atendimento ambulatorial e multiprofissional de crianças e adolescentes encaminhados à LHA/UFG). Também, nos anos de 2005 e 2006 coordenou o projeto de extensão intitulado *A Inserção da Musicoterapia na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da UFG*, sendo responsável pela orientação de uma bolsista da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFG, discente da última série do Curso de Musicoterapia da universidade.

Em todas as fases de realização da pesquisa, principalmente no período da intervenção musicoterápica proposta, foi possível contar com o apoio da equipe multiprofissional da LHA, composta de médicos, enfermeiros, nutricionistas, além de bolsistas, estagiários e/ou pós-graduandos de outras áreas da saúde como fisioterapia, psicologia e educação física.

Esta proposta vai ao encontro de uma abordagem holística na relação com o paciente, na qual “o ser humano constitui-se num conjunto de sistemas integrados e totalmente interdependentes, sendo importante o

especialista familiarizar-se com as afecções que podem estar associadas à doença cardíaca” (Oliveira Jr., Oliveira e Porto, 2005, p. 17).

Finalmente, devido à reduzida bibliografia envolvendo Musicoterapia e Hipertensão, a perspectiva da implantação de atendimentos musicoterápicos a esta clientela poderá dar uma significativa contribuição às possibilidades de prevenção/tratamento, vislumbrando-se uma proposta a ser implantada voltada para a Saúde Pública.

## **2 OBJETIVOS**

---

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar a influência da Musicoterapia no tratamento de pacientes hipertensos participantes de um programa de assistência multidisciplinar da rede pública com relação à sua qualidade de vida (QV) e ao controle da pressão arterial (PA).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar o efeito da Musicoterapia na pressão arterial de hipertensos participantes de um programa multidisciplinar em sistema público de saúde.

- Avaliar o efeito da Musicoterapia na QV de hipertensos participantes de um programa multidisciplinar em sistema público de saúde.

- Correlacionar os resultados de dois instrumentos de avaliação de QV, o SF-36 e o Questionário de Bulpitt e Fletcher, aplicados em dois grupos de pacientes hipertensos.

- Verificar a existência de elementos que caracterizem modificações no comportamento e nas atitudes dos sujeitos participantes do processo de intervenção musicoterápica.

## 3 MÉTODOS

---

Trata-se de um ensaio clínico controlado, delimitando como objeto de estudo “a inserção da Musicoterapia como possibilidade de tratamento da Hipertensão Arterial numa equipe multidisciplinar”.

A pesquisa de campo foi realizada na *LHA - Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da UFG*, sendo a população de estudo formada por indivíduos assistidos neste serviço.

### 3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos; idade acima de 50 anos; pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg e  $< 100$ mmHg; pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$ mmHg e  $< 160$ mmHg (ambas aferidas na última consulta antes da entrevista inicial); em uso de dose estável de medicação anti-hipertensiva; residentes em Goiânia; em acompanhamento regular na LHA há pelo menos um ano. Como critérios de exclusão foram considerados: diabetes descompensado; seqüelas de acidente vascular cerebral; insuficiência cardíaca congestiva - ICC - descompensada (Estágio 2 - American Heart Association, 2009); insuficiência renal crônica - IRC (depuração de creatinina  $< 30$  ml/minuto); comprometimento hepático grave (TGO/TGP  $\geq 3$  vezes o valor de referência); infarto do miocárdio nos últimos seis meses; outras doenças crônicas incapacitantes; utilização de psicofármacos; ser atendido em processo psicoterápico; ser sujeito de pesquisa em outro projeto desenvolvido pela equipe multiprofissional da LHA/HC/UFG.

Dos 1400 pacientes cadastrados e que freqüentavam a LHA no ano de 2005, cerca de 200 satisfaziam as condições para a pesquisa. A partir

destes indivíduos, os grupos, experimental (GE) e controle (GC), foram compostos através de seleção sequencial e alocação aleatória por sorteio. Os pacientes do **GE** foram atendidos em sessões musicoterápicas e os do **GC** não receberam esta intervenção. Todos continuaram com o tratamento padrão da LHA, com consultas periódicas com médico, enfermeira e nutricionista, além da participação nas reuniões educativas em grupo (Clube do Hipertenso).

Para o número de indivíduos matriculados na LHA foi definido um tamanho amostral mínimo de 46 pacientes (23 para cada grupo de estudo), para detectar uma diferença de 25 pontos, entre os grupos, nos scores das dimensões avaliadas pelo SF-36, a partir dos valores de referência descritos por Ciconelli *et al* (1999), considerando-se um  $\alpha$  de 5% e poder de 80%.

Considerados para análise aqueles pacientes do GE que participaram de pelo menos 65% das sessões de Musicoterapia.

### **3.2 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da UFG, com protocolo nº 47/2004. Foram investigados somente aqueles pacientes que, após entrevista inicial, quando foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, manifestaram o desejo de participar voluntariamente, o que foi devidamente documentado no *TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, de acordo com as recomendações da *Resolução nº 196/96*, do Conselho Nacional de Saúde.

### **3.3 Intervenção Musicoterápica**

Os atendimentos musicoterápicos foram realizados com frequência semanal, por um período de doze semanas, número de sessões que corresponde à média realizada entre os estudos clínicos envolvendo esta modalidade terapêutica. Cada sessão teve a duração de sessenta minutos e

contou com a participação dos membros do GE.

Como *setting* musicoterápico foi estabelecida uma sala de aula grande (com dimensão para setenta carteiras estudantis, com declive e degraus largos, que possibilitavam a organização de um círculo com todos os pacientes na parte da frente, próxima à entrada deles) em um dos blocos da Faculdade de Medicina, ao lado da LHA. A cada sessão as cadeiras eram dispostas de acordo com as experiências musicais e atividades que seriam realizadas.

Foram utilizados os seguintes métodos musicoterápicos descritos por Bruscia (2000): Re-criação Musical, Improvisação Musical, Composição Musical e Audição Musical ou Experiência Receptiva. Re-criação é um termo mais abrangente que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem uma audiência. Na improvisação, o cliente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso. Nas experiências de composição o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com músicas ou fitas de áudio. Em experiências receptivas, o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. A música utilizada pode ser ao vivo ou gravações.

Outras atividades desenvolvidas durante as sessões musicoterápicas foram exercícios de respiração e de relaxamento, além de exercícios para o desenvolvimento da consciência corporal, como importantes componentes para o bem estar físico e mental do ser humano. A voz, como potente elemento da comunicação humana e como reflexo do estado físico, psíquico e emocional, foi o principal recurso utilizado no *setting* musicoterápico. Em algumas sessões utilizou-se um violão e/ou um atabaque, para conduzir apoio harmônico ou rítmico para a produção sonoro-musical do grupo. A musicoterapeuta pesquisadora teve como co-terapeuta uma bolsista, aluna do último ano do Curso de Musicoterapia da UFG. (Apêndice 3)

### 3.4 Avaliação da Pressão Arterial

Como parâmetros de controle dos dados quantitativos para o nível de pressão arterial foram consideradas as anotações registradas em prontuário nos seguintes momentos: na última consulta antes do início das sessões musicoterápicas e na primeira consulta após a intervenção. As medidas foram realizadas com aparelho semi-automático digital OMRON - HEM 711 devidamente calibrado.

Também foi avaliada de maneira simplificada no mesmo período a adesão ao tratamento, sendo este dado obtido no prontuário do paciente. No serviço considera-se aderente o paciente que não falta às consultas, usa medicamentos regularmente e adota a maioria dos hábitos de vida saudáveis. São considerados não aderentes aqueles que faltam a alguma consulta agendada (consultas médica, de enfermagem e de nutrição), não usam medicações de acordo com a prescrição e não adotam hábitos de vida saudáveis. Os parcialmente aderentes representam aqueles no estágio intermediário.

### 3.5 Instrumentos para Avaliação da Qualidade de Vida

Para avaliar o efeito da musicoterapia na qualidade de vida, foi aplicado aos dois grupos, de acordo com as recomendações que constam em sua versão original, o questionário genérico *SF-36 (The Medical Outcomes Study 36 - Item Short Health Survey)*, antes (momento 1 - M1) e após (momento 2 - M2) o período de intervenção. Os momentos M1 e M2 consistiram em entrevistas individuais agendadas com os pacientes e não foram realizados em datas coincidentes com as sessões musicoterápicas. Este foi validado no Brasil, sendo dividido em oito tópicos que se referem às seguintes dimensões do viver: **CF** - capacidade funcional (dez itens - dimensão que corresponde à capacidade e às dificuldades do indivíduo em executar atividades comuns do seu cotidiano), **AF** - aspectos físicos (quatro itens - reflete problemas com o trabalho ou

atividades de vida diária devido a problemas de saúde), **D** - dor (dois itens - reflete a presença de dor, bem como sua intensidade e repercussão no trabalho e em casa), **EGS** - estado geral de saúde (cinco itens - dimensão que reflete a percepção em relação à sua saúde: ruim - excelente), **V** - vitalidade (quatro itens - reflete a percepção do indivíduo em relação à sua energia e disposição para realizar as atividades diárias), **AS** - aspectos sociais (dois itens - reflete a interferência de problemas físicos ou emocionais nas atividades sociais); **AE** - aspectos emocionais (três itens - reflete a ocorrência de problemas no trabalho ou em casa, decorrentes de problemas emocionais como depressão ou ansiedade); e **SM** - saúde mental (cinco itens - reflete a percepção do indivíduo em relação ao humor e ao seu estado emocional frente aos últimos acontecimentos). O questionário permite uma pontuação de 0 a 100 pontos, sendo o número maior indicativo de melhor qualidade de vida (Ciconelli, 1999).

Foi também aplicado, nos momentos M1 e M2, um questionário específico para pacientes hipertensos, de Bulpitt & Fletcher (*Bulpitt's Hypertension Quality of Life Questionnaire* - BHQLQ), que foi traduzido e validado no Brasil por Gusmão, Mion Jr. e Pierin (2005). O questionário de Bulpitt e Fletcher foi idealizado para ser utilizado com pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. Aborda aspectos de bem-estar físico, psicológico e percepção do paciente sobre o efeito do tratamento anti-hipertensivo em seu estilo de vida. O questionário inclui questões fechadas e algumas descritivas referentes ao quadro clínico, efeitos colaterais do medicamento, aspectos sociais, profissionais, afetivos e sexuais, possivelmente relacionados à hipertensão arterial ou ao seu tratamento (Gusmão, 2005).

### 3.6 Análise Estatística

Para elaboração do banco de dados e análise estatística foi utilizado o programa do SPSS - Statistical Package of Social Science (version 10.0; SPSS, Chicago, IL, USA). A pontuação referente ao questionário aplicado foi comparada entre os grupos (GE e GC) nos momentos 1 e 2 (início e final da

intervenção), utilizando o *Teste T-Student* para duas amostras independentes (dados com distribuição normal) e *Teste de Mann-Whitney* (dados que não apresentaram distribuição normal). Para a comparação intra-grupo em M1 e M2, foi utilizado o *Teste T-Student* para amostras pareadas (dados com distribuição normal) e *Teste de Wilcoxon* (dados que não apresentaram distribuição normal). Para comparar as variáveis categóricas utilizou-se o *Teste Qui-Quadrado* ou *Teste de Fisher*. Para analisar a correlação entre os valores dos escores dos Questionários *SF-36* e de *Bulpitt e Fletcher*, foram utilizados as correlações *de Pearson* ou *de Spearman*. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados significantes para todas as análises.

## **4 PUBLICAÇÕES**

---

### **Artigo 1 - O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso**

**Autores:** Claudia Regina de Oliveira Zanini, Paulo César Brandão Veiga Jardim, Cláudia Maria Salgado, Fabrícia Lanusse de Urzêda, Mariana Cabral Nunes, Marta Valéria Catalayud Carvalho, Dalma Alves Pereira, Thiago de Souza Veiga Jardim, Weimar K. S. B. de Souza

**Revista:** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* (Aceito em novembro/2008.)

### **Artigo 2 - Musicoterapia e Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos - Uma Nova Possibilidade na Abordagem Não Medicamentosa**

**Autores:** Claudia Regina de Oliveira Zanini, Paulo César Brandão Veiga Jardim, Cláudia Maria Salgado, Fabrícia Lanusse de Urzêda e Mariana Cabral Nunes

**- A ser submetido**

## 4.1 ARTIGO 1

### Título:

**O EFEITO DA MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA E NA PRESSÃO ARTERIAL DO PACIENTE HIPERTENSO**

**MUSIC THERAPY EFFECTS ON THE QUALITY OF LIFE AND THE BLOOD PRESSURE OF THE HYPERTENSIVE PATIENTS**

### Título resumido:

**MUSICOTERAPIA, QUALIDADE DE VIDA E PA DO HIPERTENSO**

**Palavras-Chave:** Hipertensão, Musicoterapia, Terapia Complementar, Qualidade de Vida, Saúde Pública

**Key-words:** Hypertension, Music Therapy, Adjuvant Treatment, Quality of Life, Public Health

## RESUMO

**Fundamento:** A hipertensão arterial (HA) é uma doença de massa, com conseqüências para o aparelho cardiocirculatório, pois suas complicações elevam as taxas de morbi-mortalidade. Controlar a pressão arterial (PA) diminui complicações e pode preservar a qualidade de vida (QV) dos pacientes. Estudos mostram efeitos positivos da música como coadjuvante no tratamento de diversas patologias.

**Objetivo:** Avaliar o efeito da musicoterapia na QV e no controle da PA de pacientes hipertensos.

**Métodos:** Realizou-se ensaio clínico controlado que avaliou pacientes de ambos os sexos, maiores que 50 anos, HA estágio 1, em uso de medicação, matriculados em serviço multiprofissional para tratamento da HA. Divididos em grupos experimental (GE) e controle (GC). O GE, além do tratamento convencional, participou de sessões musicoterápicas semanais por doze semanas. O GC permaneceu sob tratamento padrão do serviço. Antes e após a intervenção foi aplicado nos dois grupos o questionário SF-36 e verificada a PA. A voz, importante elemento da comunicação, reflexo do estado físico, psíquico e emocional, foi o principal recurso utilizado. Estatística: testes *T-Student* e *Wilcoxon* (significantes  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Grupos inicialmente semelhantes quanto a sexo, idade, escolaridade e QV avaliada. Na comparação inicial e final dos pacientes do GE observamos melhora significativa na QV ( $p < 0,05$ ) e no controle da PA ( $p < 0,05$ ). Sem modificações na adesão.

**Conclusões:** A musicoterapia contribuiu para melhora da QV e do controle da PA, sinalizando que esta atividade pode representar um reforço na abordagem terapêutica em programas de atendimento multidisciplinar ao paciente hipertenso.

## SUMMARY

**Background:** Arterial Hypertension (AH) is a mass disease, with consequences for the cardiocirculatory system, since its complications raise the rates of morbidity and mortality. Controlling blood pressure (BP) reduces complications and may preserve the quality of life (QOL) of patients. Studies show positive effects of music therapy as an adjuvant in the treatment of several diseases.

**Objective:** To evaluate the effect of music therapy on the QOL and BP control of hypertensive patients.

**Methods:** This was a controlled clinical study that evaluated patients of both genders, aged over 50 years, with stage 1 hypertension, in use of medication and enrolled in multidisciplinary service for treatment of hypertension. They were divided into an experimental group (EG) and a control group (CG). The EG, in addition to the conventional treatment, participated in weekly music therapy sessions for twelve weeks. The CG received the standard treatment of the service. Before and after the intervention, the SF-36 questionnaire was applied in both groups, and the BP of each patient was measured. The voice, an important element of communication, reflecting the patient's physical, mental and emotional state, was the main resource used. Statistics: Student T-test and Wilcoxon test were considered significant at  $p < 0.05$ .

**Results:** The groups were initially similar in gender, age, education, and the assessed QOL. In the initial and final comparison of EG patients, we observed a significant improvement on the QOL ( $p < 0.05$ ) and BP control ( $p < 0.05$ ), with no change in adherence.

**Conclusions:** Music therapy has contributed to an improvement on the QOL and BP control of patients, suggesting that this activity may represent a therapeutic approach to help strengthen the programs of multidisciplinary care of hypertensive patients.

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença de massa com graves conseqüências por ser um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Suas complicações elevam as taxas de morbi-mortalidade<sup>1</sup> e, em sua evolução, podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos<sup>2</sup>. Para o tratamento da HA são indicadas medidas farmacológicas e não-farmacológicas. As intervenções não farmacológicas podem ser prescritas por todos os

profissionais de saúde e são importantes para a redução da pressão e para a adoção de um estilo de vida saudável.

A existência de uma equipe multiprofissional é um fator que sabidamente contribui para melhores resultados no cuidado ao hipertenso. De acordo com as V Diretrizes de Hipertensão Arterial<sup>3</sup>, o que sugere a existência de uma equipe multiprofissional para lidar com o paciente hipertenso é a filosofia de trabalho, que visa o bem-estar dos pacientes e da comunidade.

Dentro deste contexto, o musicoterapeuta pode se adequar como um dos participantes da equipe multiprofissional e, particularmente na HA, pode contribuir no tratamento não-medicamentoso. A musicoterapia é definida como: a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.<sup>4</sup>

Em diversas pesquisas englobando a influência da música, têm sido observados efeitos em diferentes situações clínicas, influenciando variações fisiológicas, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, respiração, eletroencefalograma, temperatura corporal e respostas galvânicas da pele, assim como parâmetros bioquímicos dos sistemas endócrino e imunológico, além de variações emocionais e sensibilidade à dor<sup>5-9</sup>.

A contribuição da musicoterapia nos diferentes contextos hospitalares (internação, hospital-dia e serviço ambulatorial) tem sido reconhecida por minimizar os efeitos da hospitalização, entre outros, influenciando diretamente na qualidade de vida do paciente<sup>10</sup>.

Por qualidade de vida, entende-se o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e saúde<sup>11</sup>. Trata-se de um constructo, que agrupa cinco categorias maiores: utilidade social, felicidade/afeto, satisfação, alcance de objetivos pessoais e vida normal<sup>12</sup>.

A presente investigação, utilizando como abordagem terapêutica a musicoterapia, prioriza a melhora integral do indivíduo e sua qualidade de vida, o que abrange aspectos biológicos e psicossociais.

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da musicoterapia no tratamento de pacientes hipertensos com relação à sua qualidade de vida e ao controle da pressão arterial.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um ensaio clínico controlado, delimitando como objeto de estudo “a inserção da Musicoterapia como possibilidade de tratamento da Hipertensão Arterial numa equipe multidisciplinar”.

A pesquisa de campo foi realizada na Liga de Hipertensão Arterial (LHA) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), sendo a população formada por hipertensos matriculados no referido serviço.

Para o número de pacientes, foi definido um tamanho de amostra mínima de 23 pacientes para cada grupo, para detectar uma diferença de 25 pontos, entre os grupos, nos scores das dimensões avaliadas pelo SF-36, a partir dos valores de referência descritos por Ciconelli<sup>13</sup>, considerando-se um  $\alpha$  de 5% e poder de 80%.

Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos; idade acima de 50 anos; pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg e  $< 100$ mmHg e pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$ mmHg e  $< 160$ mmHg (ambas aferidas na última consulta antes da entrevista inicial); em uso de dose estável de medicação anti-hipertensiva; residentes em Goiânia; em acompanhamento regular na LHA há pelo menos um ano.

Como critérios de exclusão foram considerados: diabetes descompensado; seqüelas de acidente vascular cerebral; insuficiência cardíaca (ICC) descompensada; insuficiência renal crônica (IRC); insuficiência hepática; infarto do miocárdio nos últimos seis meses; outras doenças crônicas incapacitantes; utilização de psicofármacos; ser atendido em processo

psicoterápico; ser sujeito de pesquisa em outro projeto desenvolvido pela equipe multiprofissional da LHA/HC/UFG.

O número de pacientes cadastrados que freqüentavam a LHA era de 1400, dos quais cerca de 200 satisfaziam as condições para a pesquisa. Os grupos, experimental (GE) e controle (GC), foram compostos aleatoriamente através de sorteio. Os pacientes do GE foram atendidos em sessões musicoterápicas e os do GC não receberam esta intervenção. Os dois grupos continuaram com o tratamento padrão da Liga de Hipertensão Arterial, com consultas periódicas com médico, enfermeira e nutricionista, além da participação nas reuniões educativas em grupo.

Participaram dos grupos somente aqueles pacientes que, após entrevista inicial, manifestaram o desejo de participar da pesquisa voluntariamente, o que foi devidamente documentado no *TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da UFG.

Os atendimentos musicoterápicos foram realizados com freqüência semanal por um período de doze semanas. Cada sessão teve a duração de sessenta minutos e contou com a participação de todos os membros do GE. Foram utilizados os seguintes métodos musicoterápicos descritos por Bruscia<sup>14</sup>: Re-criação Musical, Improvisação Musical, Composição Musical e Audição Musical ou Experiência Receptiva. Segundo o autor, re-criação é um termo mais abrangente que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem uma audiência. Na improvisação, o cliente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso. “Nas experiências de composição o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com músicas ou fitas de áudio”. Em experiências receptivas, “o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. A música utilizada pode ser ao vivo ou

gravações”.

Outras atividades desenvolvidas durante as sessões musicoterápicas foram exercícios de respiração e de relaxamento, além de exercícios para o desenvolvimento da consciência corporal, como importantes componentes para o bem estar físico e mental do ser humano. A voz, como potente elemento da comunicação humana e como reflexo do estado físico, psíquico e emocional, foi o principal recurso utilizado no *setting* musicoterápico. Em algumas sessões utilizou-se um violão e/ou um atabaque, para conduzir apoio harmônico ou rítmico para a produção sonoro-musical do grupo. A musicoterapeuta pesquisadora teve como co-terapeuta uma acadêmica do último ano do Curso de Musicoterapia da UFG.

Como parâmetros de controle dos dados quantitativos para o nível de pressão arterial foram consideradas as anotações registradas em prontuário na última consulta antes do início das sessões musicoterápicas e na primeira consulta após a intervenção. As medidas foram realizadas com aparelho semi-automático digital OMRON - HEM 711 devidamente calibrado. Também foi avaliada no mesmo período a adesão ao tratamento. Este dado foi obtido do prontuário do paciente. No serviço considera-se aderente o paciente que segue adequadamente o tratamento e freqüenta regularmente as consultas agendadas. O paciente pode ser considerado: aderente, não aderente e parcialmente aderente.

Para avaliar o efeito da musicoterapia na qualidade de vida, foi aplicado nos dois grupos, de acordo com as recomendações que constam em sua versão original, o questionário genérico *SF-36 (The Medical Outcomes Study 36 - Item Short Health Survey)*, antes (momento 1 - M1) e após (momento 2 - M2) o período de intervenção. Este foi validado no Brasil, sendo dividido em oito tópicos que se referem às seguintes dimensões do viver: **CF** - capacidade funcional (limitação na realização de alguma atividade física devido a saúde), **AF** - aspectos físicos (problemas com o trabalho ou atividades de vida diária devido a problemas de saúde), **D** - dor (limitações devido a dor), **EGS** - estado geral de saúde (percepção de saúde: ruim - excelente), **V** - vitalidade

(percepção do nível de vitalidade), **AS** - aspectos sociais (interferência de problemas físicos ou emocionais nas atividades sociais), **AE** - aspectos emocionais (interferência de problemas emocionais com o trabalho ou outras atividades) e **SM** - saúde mental (percepção da saúde mental). O questionário permite uma pontuação de 0 a 100 pontos, sendo o número maior indicativo de melhor qualidade de vida<sup>13</sup>.

## **Análise Estatística**

Para elaboração do banco de dados e análise estatística foi utilizado o programa do SPSS (version 10.0; SPSS, Chicago, IL, USA). A pontuação referente ao questionário aplicado foi comparada entre os grupos (GE e GC) nos momentos 1 e 2 (início e final da intervenção), utilizando o *Teste T-Student* para duas amostras independentes (dados com distribuição normal) e *Teste de Mann-Whitney* (dados que não apresentaram distribuição normal). Para a comparação intra-grupo em M1 e M2, foi utilizado o *Teste T-Student* para amostras pareadas (dados com distribuição normal) e *Teste de Wilcoxon* (dados que não apresentaram distribuição normal). Para comparar as variáveis categóricas utilizou-se o *Teste Qui-Quadrado*. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados significantes para todas as análises.

Não houve fonte de financiamento para a realização do presente estudo.

## **RESULTADOS**

Como vemos na tabela 1, os dois grupos foram semelhantes com relação à idade, sexo e escolaridade, não havendo diferenças significantes entre estes parâmetros ( $p > 0,05$ ). A média geral de idade foi de  $67,1 \pm 9,28$  anos. Cada grupo foi constituído por 23 indivíduos. O grupo controle foi inicialmente composto por 11 pacientes do sexo feminino (45,5%) e 12 do sexo masculino enquanto o experimental foi constituído por 16 hipertensos do sexo

feminino (69,6%) e 7 do sexo masculino. Uma paciente do grupo controle não foi considerada para a análise por ter falecido no decorrer do estudo. Dos 45 pacientes estudados, 69,6 % tinham idade  $\geq 60$  (sessenta) anos. Mais de 80% eram analfabetos ou tinham ensino fundamental incompleto. Só 3 indivíduos concluíram o ensino médio e um concluiu o ensino superior (tabela 1).

**Tabela 1:** Caracterização da Amostra

Caracterização		GC	GE	p
Idade (média $\pm$ dp)		67,2 $\pm$ 9,6	66,5 $\pm$ 9,1	0,765
Sexo	Masculino	12	07	0,102
	Feminino	10	16	
Escolaridade	Analfabeto	04	09	0,220
	Ens. Fund. Incompleto	15	09	
	Ens. Fund. Completo	02	01	
	Ensino Médio	01	03	
	Ensino Superior	00	01	

Na tabela 2 são apresentados os resultados do GE e do GC, referentes às várias dimensões do viver, fazendo-se uma comparação, *entre os grupos*, das médias dos escores no Questionário SF- 36 antes e após o processo de intervenção musicoterápica (Momentos 1 e 2 - M1 e M2).

**Tabela 2 -** Comparação entre os escores do Questionário SF-36, aplicado nos dois grupos no M1 (Inicial) e no M2 (Final), quanto às dimensões do viver avaliadas.

Dimensão	GE (M1)	GC (M1)	p (M1)	GE (M2)	GC (M2)	p (M2)
CF*	60,0 $\pm$ 28,1	65,5 $\pm$ 28,1	0,515	70,6 $\pm$ 19,5	61,6 $\pm$ 31,3	0,247
D*	51,5 $\pm$ 34,8	46,8 $\pm$ 30,6	0,630	77,2 $\pm$ 23,0	52,2 $\pm$ 31,6	0,004
V*	57,3 $\pm$ 27,2	49,6 $\pm$ 32,0	0,393	72,2 $\pm$ 23,4	52,0 $\pm$ 29,8	0,015
SM*	68,5 $\pm$ 24,1	64,4 $\pm$ 24,8	0,572	83,8 $\pm$ 11,3	59,3 $\pm$ 27,4	0,001
EGS*	64,4 $\pm$ 19,6	64,9 $\pm$ 22,4	0,940	84,1 $\pm$ 12,6	67,0 $\pm$ 24,4	0,005
AF**	54,3 $\pm$ 43,7	52,3 $\pm$ 48,1	0,904	76,1 $\pm$ 37,3	54,5 $\pm$ 44,7	0,082
AS**	74,5 $\pm$ 35,2	68,2 $\pm$ 34,9	0,331	89,9 $\pm$ 21,4	71,0 $\pm$ 32,4	0,026
AE**	66,3 $\pm$ 41,8	60,6 $\pm$ 46,7	0,784	95,6 $\pm$ 15,3	59,1 $\pm$ 39,7	0,001

Valores expressos em média  $\pm$  desvio-padrão; \*Teste T-Student \*\*Teste Mann-Whitney

CF - capacidade funcional/AF - aspectos físicos/D - dor/EGS – estado geral de saúde/  
V - vitalidade/AS - aspectos sociais/AE - aspectos emocionais/ SM - saúde mental

Observa-se que antes da intervenção (M1) os grupos não apresentavam diferença significativa em qualquer das dimensões avaliadas (tabela 2) e em M2, após a intervenção, apresentavam diferença favorável ao GE na maioria das dimensões. Só não foram encontradas diferenças significativas na capacidade funcional (CF) e aspectos físicos (AF), apesar de ter havido elevação dos escores no GE, ao final da intervenção.

Na tabela 3 estão descritos os valores referentes à média dos escores obtidos entre os participantes de cada um dos grupos (GE e GC) no Questionário SF- 36. Nesta é feita comparação intra-grupo entre o momento inicial, antes da intervenção musicoterápica e o momento final, após o período de intervenção. Destaca-se que a elevação de valores numéricos indica evolução positiva nas dimensões avaliadas, enquanto que a diminuição de valores mostra “piora” nos parâmetros avaliados em relação à qualidade de vida.

**Tabela 3** - Comparação intra-grupo dos escores das dimensões do viver avaliadas através do Questionário SF-36 no M1 e no M2

Dimensão Avaliada	GC (M1 e M2) <i>p</i>	GE (M1 e M2) <i>p</i>
CF*	0,141	0,032
D*	0,312	<0,001
V*	0,587	0,005
SM*	0,242	0,002
EGS*	0,612	<0,001
AF**	0,887	0,017
AS**	0,521	0,040
AE**	0,502	0,004

\*Teste *T-Student* \*\*Teste *Mann-Whitney*

No GC não houve significância estatística em qualquer dos parâmetros avaliados ( $p > 0,05$ ) e no GE houve aumento significativo em todas as dimensões avaliadas ( $p < 0,05$ ).

Os resultados da pressão arterial no início e no final do protocolo são apresentados na tabela 4. Vemos que no Grupo que participou das atividades de musicoterapia (GE) houve uma diminuição significativa tanto da PAS quanto

da PAD entre o início e o final da intervenção. Já no Grupo Controle não observamos mudanças significativas.

**Tabela 4** - Valores das médias da PAS (PA Sistólica) e da PAD (PA Diastólica) nos GE e GC, antes e após o período de intervenção musicoterápica.

<i>Grupo</i>	<i>PAS 1 (mmHg)</i>	<i>PAS 2 (mmHg)</i>	<i>p*</i>	<i>PAD 1 (mmHg)</i>	<i>PAD 2 (mmHg)</i>	<i>p*</i>
GE	149,7 ± 6,4	133,8 ± 13,4	<0,001	89,1 ± 9,1	80,1 ± 10,6	<0,001
GC	145,4 ± 5,6	141,0 ± 19,8	0,278	86,9 ± 11,3	83,9 ± 12,4	0,160

*Valores expressos em média ± desvio-padrão; \*Teste T-Student*

Não foram observadas modificações com relação à adesão entre os dois grupos de acordo com os parâmetros propostos.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que a musicoterapia teve um efeito benéfico na qualidade de vida e no controle da pressão arterial de indivíduos em estágio 1 de hipertensão arterial e nos levam a indicar que esta abordagem terapêutica pode ser sugerida como tratamento não-medicamentoso complementar a esta clientela.

As sessões musicoterápicas realizaram-se no âmbito da Saúde Pública, através de atendimentos em grupo em um serviço ambulatorial destinado a pacientes hipertensos, com a presença média de 20 (vinte) pacientes por sessão. No decorrer do processo musicoterápico foram utilizadas experiências musicais ativas, como improvisar, compor e re-criar canções, além de experiências musicais receptivas ou passivas e atividades em que foram realizados exercícios de relaxamento e de respiração.

No Brasil, ainda há poucos estudos sobre musicoterapia relacionada à Cardiologia. No primeiro artigo publicado, em 2001, nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, em pesquisa sobre a aplicação da musicoterapia receptiva na clínica médica e cardiológica, através de audições musicais, a musicoterapeuta atendeu, individualmente, dez pacientes, incluindo cinco etapas em seus

procedimentos: estímulo musical, sensação, situação, reflexão e alteração de comportamento. Utilizou o questionário de Avaliação de Riscos à Saúde (*University of Michigan*), que foi aplicado antes e após o processo de dezesseis sessões de Musicoterapia. Os resultados demonstraram melhora dos níveis de estresse, da satisfação pessoal, do consumo de alimentos ricos em fibras e maior motivação para o viver<sup>15</sup>.

Dois anos depois, Marconato e cols.<sup>16</sup> ressaltaram que a inserção da musicoterapia numa unidade de dor torácica (UDT) trouxe para a equipe médica “a oportunidade de se familiarizar com uma nova abordagem ao paciente cardiopata, através da compreensão de que a instabilização clínica é decorrente do desequilíbrio simultâneo e holográfico dos sistemas imunológico, nervoso e endócrino”. A autora, após um estudo prospectivo, realizando sessões individuais de musicoterapia receptiva, através de audições musicais, com duração de sessenta minutos, no qual participaram doze pacientes em estado de observação para estabilização clínica ou estratificação de risco de uma unidade de dor torácica, observou resultados como redução da pressão arterial sistólica de 0,8% a 22,4% e redução da pressão diastólica de 2,5% a 38%.

Em um ensaio clínico foram avaliadas oitenta e quatro crianças e adolescentes na faixa etária de um a dezesseis anos, nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Estas foram submetidas à sessão de trinta minutos de musicoterapia, utilizando audição de música clássica e observadas no início e fim das sessões quanto à frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, temperatura e outras variáveis, além da escala facial de dor. Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, após a intervenção, quanto às avaliações objetivas das frequências cardíaca e respiratória ( $p= 0,04$  e  $p= 0,02$ ) e avaliação subjetiva da escala facial da dor ( $p< 0,001$ ), concluindo que houve uma ação benéfica da música<sup>5</sup>.

Em um outro estudo, o objetivo foi examinar se a audição diária de um tipo de música pode ajudar na diminuição da pressão arterial de pacientes idosos internos em uma instituição. Estudados dois grupos homogêneos quanto

aos valores da pressão arterial, idade e medicação, sendo que o experimental ouviu músicas selecionadas por 25 minutos, todos os dias, durante quatro semanas. A pressão arterial foi aferida duas vezes por semana. No grupo experimental (n=12) houve diminuição significativa na média da pressão arterial, sendo de 11.8 mmHg na sistólica ( $p=0,008$ ) e 4.7 mmHg na diastólica ( $p=0,218$ ). No grupo controle não houve mudanças significativas. Os resultados sugerem que ouvir música pode reduzir a pressão arterial e que a Musicoterapia pode ser utilizada para o tratamento da HA<sup>17</sup>.

Todas as intervenções acima mencionadas tiveram um relevante papel no processo de adaptação ao tratamento e no cuidado integral ao indivíduo, portanto interferindo nas dimensões que compõem a qualidade de vida dos pacientes cardíacos acompanhados.

Em nosso estudo, observamos que houve elevação dos escores em todas as variáveis do questionário SF-36 nos pacientes do GE, indicando melhora na qualidade de vida daqueles que participaram das sessões musicoterápicas após os três meses de intervenção. Vale destacar que estes resultados foram evidenciados tanto na análise de cada grupo (intragrupo), quanto entre os grupos (intergrupos).

Na avaliação intergrupos também houve mudanças favoráveis na quase totalidade das dimensões, sendo que apenas na capacidade funcional e nos aspectos físicos não houve significância estatística, apesar da melhora em valores absolutos. Ressalta-se que as dimensões do viver - dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental - são aspectos mais subjetivos do viver e estes devem ser considerados importantes no tratamento de uma doença crônica, visto que os pacientes têm que conviver com seus sintomas por muito tempo.

Com relação ao controle da pressão arterial também houve diferença significativa na PA, tanto na sistólica quanto na diastólica, ao compararmos os valores anteriores e posteriores às doze sessões musicoterápicas realizadas com o GE, enquanto no GC não houve diferença significativa.

Em estudo exploratório sobre as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do portador de hipertensão arterial, Peres e cols.<sup>18</sup> destacaram que os aspectos psicossociais e as crenças de saúde parecem interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a hipertensão e nas práticas de saúde adotadas. Entre os fatores que dificultam o controle da pressão, 75% dos pacientes referiram-se aos aspectos emocionais (nervosismo, irritação, ansiedade e preocupação), sendo que apenas 30% da amostra afirmou tentar controlar a emoção e buscar sair da situação de stress.

Para Gusmão<sup>19</sup>, na última década, o interesse pela avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos aumentou significativamente e diversos estudos vêm sendo desenvolvidos. A autora defende que os métodos usados para reduzir a pressão não devem interferir negativamente na qualidade de vida, sendo este importante fator para uma boa adesão ao tratamento.

Em nossa pesquisa, o instrumento utilizado, o questionário SF-36, permitiu uma avaliação do perfil de saúde dos pacientes, destacando aspectos clínicos, sociais e emocionais. A categoria em que foi maior a diferença entre os scores inicial e o final foi referente aos aspectos emocionais. Esse fato pode ser entendido por ser a musicoterapia uma atividade terapêutica que, através dos elementos musicais, do fazer musical, propicia o acolhimento de toda e qualquer expressão, dando possibilidade ao paciente de expressar seus conteúdos internos e de ser ouvido pelo grupo e pela musicoterapeuta, dividindo alegrias, tristezas, angústias, medos e vitórias frente a sua enfermidade. Os aspectos emocionais refletem-se nos aspectos sociais, que envolvem as relações interpessoais do paciente e atividades sociais; na saúde mental e a percepção que se tem desta. Outras dimensões avaliadas positivamente, como dor e vitalidade, também têm relação com o estado emocional/mental e vão influenciar na visão que o paciente tem de seu estado geral de saúde.

A inserção da musicoterapia como possibilidade terapêutica no tratamento da hipertensão arterial vai ao encontro de uma abordagem holística na relação com o paciente, na qual “o ser humano constitui-se num conjunto de

sistemas integrados e totalmente interdependentes, sendo importante o especialista familiarizar-se com as afecções que podem estar associadas à doença cardíaca”<sup>20</sup>.

É pertinente enfatizar que, no caso específico da HA, a manutenção do bem estar durante a terapêutica medicamentosa é da maior importância, uma vez que a maioria dos pacientes são previamente assintomáticos e os benefícios do tratamento são preponderantemente a longo prazo.<sup>21</sup>

Além disto, a inserção da Musicoterapia, utilizando como principais recursos a voz e o corpo, instrumentos que todos os indivíduos possuem, viabiliza a implantação desta forma de atendimento em outros projetos na área da Saúde Pública, atendendo a comunidade e, principalmente, atingindo uma clientela que não teria acesso a esta modalidade terapêutica, por meio de atendimentos ambulatoriais.

Como limitações do estudo, podemos considerar que a pesquisa foi conduzida com um número relativamente pequeno de pacientes e por um tempo curto, apesar de estar de acordo com os critérios estipulados na metodologia. Outro ponto é que os pacientes hipertensos considerados em estágio 2 ou 3 de HA não participaram de nosso estudo. Entretanto, nossos resultados estimulam a continuidade desse tipo de avaliação com um grupo maior, por tempo mais prolongado e com a mensuração mais detalhada de critérios de adesão para uma possível confirmação de nossos resultados preliminares.

Os dados apresentados sinalizam que a Musicoterapia, ao propiciar atividades em grupo visando a adoção de hábitos saudáveis e a diminuição do estresse<sup>3</sup>, pode ser uma abordagem terapêutica coadjuvante no tratamento da HA e que o musicoterapeuta pode ser inserido em programas de atendimento multidisciplinar a esta clientela, pois contribui para o controle da pressão arterial e para a melhoria da qualidade de vida do paciente hipertenso.

## **Agradecimentos**

A todos os profissionais que participam da Liga de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e aos pacientes hipertensos que participaram como sujeitos de pesquisa.

## **Potencial Conflito de Interesses**

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

## **Fontes de Financiamento**

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

## **Vinculação Acadêmica**

Este artigo é parte da tese de Doutorado de Cláudia Regina de Oliveira Zanini pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás.

## **REFERÊNCIAS**

1. JARDIM, PCBV. Educação em saúde e controle da pressão arterial. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.
2. PASSOS VMA, ASSIS TD, BARRETO SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006; 1 (15): 35-45.
3. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: BG Cultural; 2006.

4. UBAM - União Brasileira das Associações de Musicoterapia. Revista brasileira de musicoterapia [editorial]. 1996; 1 (2): 4.
5. HATEM TP, LIRA PIC, MATTOS SS. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. J Pediatr. 2006; 82(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-7557200600030006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-7557200600030006&script=sci_arttext)
6. GERASSIMOWITSCH G, SIDORENKO W, KUPTSCHINA A, TETERKINA T, KOROTKOW S. Reduction of Hypertonia. [Acessed 2006 Mar 01]. Available in: [http://www.scientificmusictherapy.com/Science/graphic.php?inc=/include/research\\_CDs\\_Links/09\\_Gynecology/09.php&title=Reduction%20of%20Hypertonia](http://www.scientificmusictherapy.com/Science/graphic.php?inc=/include/research_CDs_Links/09_Gynecology/09.php&title=Reduction%20of%20Hypertonia)
7. BENKOVITZ D. Music Therapy and Pain Management. In: Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia 2008. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008, p. 49-50.
8. HANSER S. Can Music Make us Healthy? The psychoneuroimmunology of music. In: Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia 2008. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008, p. 318-9.
9. DIDOLICH LCM. Musicoterapia y Distrés. In: Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia 2008. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008, p. 64-7.
10. MYSKJA A. Integrated music - an approach to improved health and wellbeing in nursing homes. In: Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia 2008. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008, p. 400-1.
11. LIPP M, ROCHA JC. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. Campinas (SP): Papyrus; 1994.

12. BRASIL VM. Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco definitivo: antes e após implante. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
13. CICONELLI RM, FERRAZ MB, SANTOS W, MEINÃO I, QUARESMA MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Bras. Reumatologia. 1999; 39(3): 143-50.
14. BRUSCIA KE. Definindo musicoterapia. 2nd ed. Rio de Janeiro (RJ): Enelivros; 2000.
15. MARCONATO C, MUNHOZ EC, MENIM MM, ALBACH MT. Aplicação da Musicoterapia Receptiva na Clínica Médica e Cardiológica. Arq Bras Cardiol. 2001; 77 (2): 138-9.
16. MARCONATO C. Musicoterapia Receptiva: a música no contexto clínico e hospitalar. [Monografia de Especialização]. Santa Catarina (SC): Curso de Musicoterapia da UNISUL; 2003.
17. TENG XF, WONG MYM, ZHANG YT. The Effect of Music on Hypertensive Patients. In: Engineering in Medicine and Biology Society. 29th Annual International Conference of the IEEE. 2007: 4649-51.
18. PERES DS, MAGNA JM, VIANA LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saude Publica. 2003; 37 (5): 635-42.
19. GUSMÃO JL. A qualidade de vida da pessoa com hipertensão arterial. In: PIERIN AMG. (org.) Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 263-74.

20. OLIVEIRA JRWA, OLIVEIRA LFS, PORTO CC. Uma visão holística no diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares. In: PORTO CC. Doenças do coração - prevenção e tratamento. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.16-8.

21. OLIVEIRA JRW. Os efeitos da terapia anti-hipertensiva sobre a qualidade de vida. Arq Bras Cardiol. 1989; 52/3: 111-13.

## 4.2 ARTIGO 2

### Título:

## MUSICOTERAPIA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS - UMA NOVA POSSIBILIDADE NA ABORDAGEM NÃO MEDICAMENTOSA

### RESUMO

**Fundamento:** A Hipertensão Arterial (HA) representa grande desafio para a saúde pública e entre as metas do seu tratamento é importante a manutenção da qualidade de vida dos pacientes.

**Objetivos:** avaliar o efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida (QV) de hipertensos participantes de um programa multidisciplinar de atendimento e comparar dois instrumentos de avaliação de QV, o *SF-36* e o Questionário de *Bulpitt e Fletcher*.

**Método:** Ensaio clínico controlado. Avaliados pacientes > 50 anos, HA estágio 1, matriculados em serviço multiprofissional para tratamento da HA. Divididos em grupos experimental (GE) e controle (GC). O GE, além do tratamento convencional do serviço, participou de sessões musicoterápicas semanais por doze semanas. O GC permaneceu sob tratamento padrão do serviço. Antes e após a intervenção foram aplicados aos dois grupos os questionários *SF-36* e de *Bulpitt e Fletcher*. O principal recurso terapêutico foi a voz. Análise estatística: Testes *T-Student*, *Wilcoxon* e correlações de *Pearson* ou *Spearman* (significantes  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Grupos inicialmente semelhantes quanto a sexo, idade, escolaridade e QV avaliada. Ao final, pacientes do GE tiveram melhora

significativa na QV nos dois instrumentos de avaliação. Houve correlação positiva entre os dois instrumentos utilizados para avaliar a QV.

**Conclusão:** Os dois instrumentos tiveram boa correlação e evidenciaram que a musicoterapia contribuiu para melhora da QV, podendo ser inserida em programas de atendimento multidisciplinar ao paciente hipertenso.

**Palavras-chave:** Musicoterapia, Hipertensão, Qualidade de Vida, Terapia Complementar.

### **Abreviações**

HA - Hipertensão Arterial

LHA/HC/UFG - Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

QV - Qualidade de Vida

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IRC - Insuficiência Renal Crônica

GE - Grupo Experimental

GC - Grupo Controle

SF-36 - The Medical Outcomes Study 36 - Item Short Health Survey

BHQLQ - Bulpitt's Hypertension Quality of Life Questionnaire

CF - capacidade funcional

AF - aspectos físicos

D - dor

EGS - estado geral de saúde

V - vitalidade

AS - aspectos sociais

AE - aspectos emocionais

SM - saúde mental

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a doença cardiovascular é a maior causa de incapacidade e morte precoce em todo o mundo [1]. A Hipertensão Arterial (HA) representa um dos maiores desafios em saúde pública por sua alta prevalência e por representar um importante fator de risco cardiovascular. Quando não devidamente tratada é responsável pelo aumento significativo da morbi-mortalidade por afecções do aparelho cardio-circulatório [2].

Os números que compõem a realidade brasileira são extremamente preocupantes e as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão referem que apenas 50,8% dos hipertensos são conscientes da sua condição, sendo que 40,5% deles estão tratados, mas apenas 10,4% têm sua pressão arterial controlada [3].

O tratamento da HA é realizado em todos os casos através de medidas não medicamentosas, também chamadas de tratamento não farmacológico ou mudanças do estilo de vida e, quando necessário, com o auxílio de drogas anti-hipertensivas. Na abordagem não medicamentosa há a indicação para a diminuição da ingestão de sal, manutenção do peso saudável, atividade física aeróbia regular, redução ou interrupção do consumo de bebidas alcoólicas e maior ingestão de alimentos ricos em potássio. Estas devem ser associadas a outras medidas, como interrupção do tabagismo, controle das dislipidemias, controle do diabetes, evitar drogas que possam elevar a pressão, medidas antiestresse, suplementação de cálcio e magnésio e aumento da ingestão de fibras [4].

Para serem obtidos melhores resultados no controle da HA há, na atualidade, uma quase unanimidade no reconhecimento da importância da abordagem aos pacientes por uma equipe multidisciplinar. A participação de profissionais com formações diversas contribui para um tratamento mais efetivo, principalmente proporcionando melhora na adesão à terapêutica, fato que

representa um dos maiores desafios nos cuidados aos hipertensos. Outro aspecto considerado crucial na adesão e que representa ponto de honra nos cuidados aos portadores de HA é a preocupação com a qualidade de vida (QV) do paciente.

A qualidade de vida é um conceito subjetivo que sofre influência de inúmeros fatores próprios da existência humana [5]. Vem sendo construído, considerando dimensões ou fatores físicos, psicológicos, de relacionamento social e de percepção do indivíduo relacionadas ao ambiente em que vive. É visto como um constructo eminentemente interdisciplinar, que implica na contribuição de diferentes áreas do conhecimento para aprimoramento conceitual e metodológico [6].

Em artigo sobre aspectos da QV relacionados à saúde, especificamente à HA, apresentando as características dos principais instrumentos de medida e resultados publicados [7], Trevisol, Moreira e Fuchs (2008) concluíram que portadores de condições crônicas apresentam pior qualidade de vida do que indivíduos de uma população geral e que, apesar da variabilidade de resultados, pacientes hipertensos apresentam pior qualidade de vida que pacientes sem hipertensão, pelo menos no componente de funcionamento físico.

Um dos profissionais que busca contribuir para a melhoria da QV em atendimentos na área da saúde é o musicoterapeuta. Este profissional em suas ações aplicadas à Medicina utiliza as técnicas/métodos musicoterápicos e as relações que se desenvolvem a partir delas como meios para abordar as necessidades biomédicas e/ou psicossociais do cliente para superar ou lidar com seus problemas [8].

Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito da Musicoterapia na QV de pacientes portadores de HA participantes de um programa multidisciplinar de atendimento em sistema público de saúde e fazer uma correlação entre os resultados de dois conhecidos e validados instrumentos de avaliação de QV, o *SF-36* [9] e o *Questionário de Bulpitt e Fletcher* [10].

## MÉTODOS

Trata-se de um ensaio clínico controlado, delimitando como objeto de estudo “a inserção da Musicoterapia como possibilidade de tratamento da Hipertensão Arterial numa equipe multidisciplinar”.

A pesquisa de campo foi realizada na *LHA - Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da UFG*, sendo a população formada por indivíduos sob seguimento neste serviço.

Para o número de indivíduos matriculados na LHA foi definido um tamanho amostral mínimo de 46 pacientes (23 para cada grupo de estudo), para detectar uma diferença de 25 pontos, entre os grupos, nos scores das dimensões avaliadas pelo SF-36, a partir dos valores de referência descritos por Ciconelli [9], considerando-se um  $\alpha$  de 5% e poder de 80%.

Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos; idade acima de 50 anos; pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg e  $< 100$ mmHg; pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$ mmHg e  $< 160$ mmHg (ambas aferidas na última consulta antes da entrevista inicial); em uso de dose estável de medicação anti-hipertensiva; residentes em Goiânia; em acompanhamento regular na LHA há pelo menos um ano. Como critérios de exclusão foram considerados: diabetes descompensado; seqüelas de acidente vascular cerebral; insuficiência cardíaca (ICC) descompensada; insuficiência renal crônica (IRC); insuficiência hepática; infarto do miocárdio nos últimos seis meses; outras doenças crônicas incapacitantes; utilização de psicofármacos; ser atendido em processo psicoterápico; ser sujeito de pesquisa em outro projeto desenvolvido pela equipe multiprofissional da LHA/HC/UFG.

Dos 1400 pacientes cadastrados e que freqüentavam a LHA, cerca de 200 satisfaziam as condições para a pesquisa. A partir destes indivíduos, os grupos, experimental (GE) e controle (GC), foram compostos aleatoriamente através de sorteio. Os pacientes do **GE** foram atendidos em sessões musicoterápicas e os do **GC** não receberam esta intervenção. Todos continuaram com o tratamento padrão da LHA, com consultas periódicas com

médico, enfermeira e nutricionista, além da participação nas reuniões educativas em grupo (Clube do Hipertenso).

Foram investigados somente aqueles pacientes que, após entrevista inicial, manifestaram o desejo de participar da pesquisa voluntariamente, o que foi devidamente documentado no *TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, de acordo com as recomendações da legislação vigente no Brasil, a *Resolução nº 196/96*, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da UFG, com protocolo nº 47/2004.

Os atendimentos musicoterápicos foram realizados com frequência semanal, por um período de doze semanas. Cada sessão teve a duração de sessenta minutos e contou com a participação dos membros do GE. Foram utilizados os seguintes métodos musicoterápicos descritos por Bruscia [8]: Re-criação Musical, Improvisação Musical, Composição Musical e Audição Musical ou Experiência Receptiva. Segundo o autor, re-criação é um termo mais abrangente que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem uma audiência. Na improvisação, o cliente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso. Nas experiências de composição o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com músicas ou fitas de áudio. Em experiências receptivas, o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. A música utilizada pode ser ao vivo ou gravações.

Outras atividades desenvolvidas durante as sessões musicoterápicas foram exercícios de respiração e de relaxamento, além de exercícios para o desenvolvimento da consciência corporal, como importantes componentes para o bem estar físico e mental do ser humano. A voz, como potente elemento da comunicação humana e como reflexo do estado físico, psíquico e emocional, foi o principal recurso utilizado no *setting* musicoterápico. Em algumas sessões utilizou-se um violão e/ou um atabaque, para conduzir apoio harmônico ou

rítmico para a produção sonoro-musical do grupo. A musicoterapeuta pesquisadora teve como co-terapeuta uma bolsista, aluna do último ano do Curso de Musicoterapia da UFG.

Para avaliar o efeito da musicoterapia na qualidade de vida, foi aplicado aos dois grupos, de acordo com as recomendações que constam em sua versão original, o questionário genérico *SF-36 (The Medical Outcomes Study 36 - Item Short Health Survey)*, antes (momento 1 - M1) e após (momento 2 - M2) o período de intervenção. Este foi validado no Brasil, sendo dividido em oito tópicos que se referem às seguintes dimensões do viver: **CF** - capacidade funcional (dez itens - dimensão que corresponde à capacidade e às dificuldades do indivíduo em executar atividades comuns do seu cotidiano), **AF** - aspectos físicos (quatro itens - reflete problemas com o trabalho ou atividades de vida diária devido a problemas de saúde), **D** - dor (dois itens - reflete a presença de dor, bem como sua intensidade e repercussão no trabalho e em casa), **EGS** - estado geral de saúde (cinco itens - dimensão que reflete a percepção em relação à sua saúde: ruim - excelente), **V** - vitalidade (quatro itens - reflete a percepção do indivíduo em relação à sua energia e disposição para realizar as atividades diárias), **AS** - aspectos sociais (dois itens - reflete a interferência de problemas físicos ou emocionais nas atividades sociais); **AE** - aspectos emocionais (três itens - reflete a ocorrência de problemas no trabalho ou em casa, decorrentes de problemas emocionais como depressão ou ansiedade); e **SM** - saúde mental (cinco itens - reflete a percepção do indivíduo em relação ao humor e ao seu estado emocional frente aos últimos acontecimentos). O questionário permite uma pontuação de 0 a 100 pontos, sendo o número maior indicativo de melhor qualidade de vida [9].

Foi também aplicado, nos momentos M1 e M2, um questionário específico para pacientes hipertensos, de Bulpitt & Fletcher (*Bulpitt's Hypertension Quality of Life Questionnaire - BHQLQ*), que foi traduzido e validado no Brasil por GUSMÃO, MION JR. e PIERIN [10]. O questionário de Bulpitt e Fletcher foi idealizado para ser utilizado com pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. Aborda aspectos de bem-estar físico, psicológico e

percepção do paciente sobre o efeito do tratamento anti-hipertensivo em seu estilo de vida. O questionário inclui questões referentes ao quadro clínico, efeitos colaterais do medicamento, aspectos sociais, profissionais, afetivos e sexuais, possivelmente relacionados à hipertensão arterial ou ao seu tratamento [11].

### **Análise Estatística**

Para elaboração do banco de dados e análise estatística foi utilizado o programa do SPSS - Statistical Package of Social Science (version 10.0; SPSS, Chicago, IL, USA). A pontuação referente ao questionário aplicado foi comparada entre os grupos (GE e GC) nos momentos 1 e 2 (início e final da intervenção), utilizando o *Teste T-Student* para duas amostras independentes (dados com distribuição normal) e *Teste de Mann-Whitney* (dados que não apresentaram distribuição normal). Para a comparação intra-grupo em M1 e M2, foi utilizado o *Teste T-Student* para amostras pareadas (dados com distribuição normal) e *Teste de Wilcoxon* (dados que não apresentaram distribuição normal). Para comparar as variáveis categóricas utilizou-se o *Teste Qui-Quadrado* ou *Teste de Fisher*. Para analisar a correlação entre os valores dos escores dos Questionários *SF-36* e de *Bulpitt e Fletcher*, foram utilizados as correlações *de Pearson* ou *de Spearman*. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados significantes para todas as análises.

## **RESULTADOS**

Os dois grupos foram semelhantes com relação à idade, sexo e escolaridade, não havendo diferenças significativas entre estes parâmetros ( $p > 0,05$ ). A média geral de idade foi de  $67,1 \pm 9,28$  anos. Cada grupo foi constituído por 23 indivíduos. Uma paciente do grupo controle não foi considerada para a análise por ter falecido no decorrer do estudo. Dos 45 pacientes estudados, 69,6 % tinham idade  $\geq 60$  (sessenta) anos. Quanto à escolaridade, 58,6% tinham ensino fundamental completo ou incompleto, somente 3 indivíduos concluíram o ensino médio e um concluiu o ensino superior (tabela 1).

**Tabela 1:** Características da Amostra quanto à Idade, Sexo e Escolaridade

Caracterização		GC	GE	p
<b>Idade</b> (média ± dp)		67,2 ± 9,6	66,5 ± 9,1	0,765
<b>Sexo</b>	Masculino	12	07	0,102
	Feminino	10	16	
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	04	09	0,220
	Ens. Fund. Incompleto	15	09	
	Ens. Fund. Completo	02	01	
	Ensino Médio	01	03	
	Ensino Superior	00	01	

A comparação entre os escores dos Questionários *SF-36* e de *Bulpitt* e *Fletcher*, aplicados nos dois grupos no M1 (Inicial) e no M2 (Final), quanto às dimensões do viver e à QV é apresentada na tabela 2.

**Tabela 2** - Comparação entre os escores dos Questionários *SF-36* e de *Bulpitt* e *Fletcher*, aplicados nos dois grupos no M1 (Inicial) e no M2 (Final), quanto às dimensões do viver e à QV

Dimensão ( <i>SF-36</i> )/ Score ( <i>Bulpitt</i> e <i>Fletcher</i> )	GE(M1)	GC (M1)	p (M1)	GE (M2)	GC (M2)	p (M2)
<b>CF*</b>	60,0 ± 28,1	65,5 ± 28,1	0,515	70,6 ± 19,5	61,6 ± 31,3	0,247
<b>D*</b>	51,5 ± 34,8	46,8 ± 30,6	0,630	77,2 ± 23,0	52,2 ± 31,6	0,004
<b>V*</b>	57,3 ± 27,2	49,6 ± 32,0	0,393	72,2 ± 23,4	52,0 ± 29,8	0,015
<b>SM*</b>	68,5 ± 24,1	64,4 ± 24,8	0,572	83,8 ± 11,3	59,3 ± 27,4	0,001
<b>EGS*</b>	64,4 ± 19,6	64,9 ± 22,4	0,940	84,1 ± 12,6	67,0 ± 24,4	0,005
<b>AF**</b>	54,3 ± 43,7	52,3 ± 48,1	0,904	76,1 ± 37,3	54,5 ± 44,7	0,082
<b>AS**</b>	74,5 ± 35,2	68,2 ± 34,9	0,331	89,9 ± 21,4	71,0 ± 32,4	0,026
<b>AE**</b>	66,3 ± 41,8	60,6 ± 46,7	0,784	95,6 ± 15,3	59,1 ± 39,7	0,001
<b>Bulpitt e Fletcher</b>	55,8 ± 13,7	49,7 ± 18,6	0,235	62,4±11,9	51,0 ±19,6	0,024

Valores expressos em média ± desvio-padrão; \*Teste *T-Student* \*\*Teste *Mann-Whitney*

**CF** - capacidade funcional/**AF** - aspectos físicos/**D** - dor/**EGS** – estado geral de saúde/  
**V** - vitalidade/**AS** - aspectos sociais/**AE** - aspectos emocionais/ **SM** - saúde mental

Observa-se que antes da intervenção (M1) os grupos não apresentavam diferença significativa em qualquer das dimensões avaliadas (SF-36) e no escore do Questionário de *Bulpitt e Fletcher* (tabela 2). Após a intervenção, em M2, GE e GC apresentaram diferença significativa favorável ao GE tanto no Questionário de *Bulpitt e Fletcher* como na maioria das dimensões avaliadas pelo SF-36. Só não foram encontradas diferenças significativas na Capacidade Funcional (CF) e Aspectos Físicos (AF), apesar de ter havido elevação dos escores no GE, ao final da intervenção.

Na tabela 3 estão descritos os valores referentes à média dos escores obtidos entre os participantes de cada um dos grupos (GE e GC) no Questionário SF- 36 e no Questionário de *Bulpitt e Fletcher*. Nela é feita uma comparação intra-grupo, entre o momento inicial, antes da intervenção musicoterápica e o momento final, após o período de intervenção. Destaca-se que nos dois instrumentos a elevação de valores numéricos indica evolução positiva nas dimensões avaliadas, enquanto que a diminuição de valores mostra “piora” nos parâmetros avaliados em relação à qualidade de vida.

No GC não houve variação com significância estatística em qualquer dos parâmetros avaliados ( $p>0,05$ ) e no GE houve aumento significativo em todas as dimensões avaliadas ( $p<0,05$ ).

**Tabela 3** - Comparação intra-grupo, dos escores dos Questionários SF-36 e de *Bulpitt e Fletcher*, aplicados nos dois grupos no M1e no M2

<i>Dimensão (SF-36) / Score (Bulpitt e Fletcher)</i>	<b>GC (M1)</b>	<b>GC (M2)</b>	<i>p</i>	<b>GE (M1)</b>	<b>GE (M2)</b>	<i>p</i>
<b>CF*</b>	65,5	61,6	0,141	60,0	70,6	0,032
<b>D*</b>	46,8	52,2	0,312	51,6	77,2	0,000
<b>V*</b>	49,5	52,0	0,587	57,2	72,2	0,005
<b>SM*</b>	64,4	59,3	0,242	68,5	83,8	0,002
<b>EGS*</b>	64,9	67,0	0,612	64,4	84,1	0,000
<b>AF**</b>	52,3	54,5	0,887	54,3	76,1	0,017
<b>AS**</b>	68,2	71,0	0,521	74,5	89,9	0,040
<b>AE**</b>	60,6	59,1	0,502	66,3	95,6	0,004
<b>Bulpitt e Fletcher</b>	49,7	51,0	0,505	55,8	62,4	0,022

\*Teste T-Student \*\*Teste Mann-Whitney

A partir das respostas dadas às questões descritivas do Questionário de *Bulpitt e Fletcher* foi possível observar outras características dos dois grupos estudados. Com relação à quantidade de horas de sono/dia houve, no M1, o nº de horas dormidas do GC foi de  $6,95 \pm 1,38$  e do GE foi  $7,02 \pm 1,70$  ( $p = 0,885$ ) e no M2, o valor do GC foi de  $6,61 \pm 1,09$  e do GE foi  $7,28 \pm 1,32$  ( $p = 0,072$ ), apesar de não significativo.

Não houve diferenças significativas entre os grupos com relação a manifestações físicas, como funcionamento do intestino, dores de cabeça e tonturas; e, relacionadas à frequência de relações sexuais. A percepção dos participantes dos dois grupos (GE e GC), ao se compararem com outras pessoas de sua idade, também não teve diferença em suas respostas no *Questionário de Bulpitt e Fletcher* relativas à capacidade de concentração e a forma de praticar caminhada.

Quanto às razões que incapacitavam os indivíduos para a realização de suas atividades habituais, tanto no GC como no GE apareceram como motivos no M1 e no M2 dores, cansaço, indisposição ou desânimo.

Ao citar as atividades de lazer ou divertimento, o GC enumerou: fazer academia, ir a festas, freqüentar a igreja, fazer caminhada, participar de grupo de idosos, visitar a casa de parentes e amigos pescar, ir para o campo, cantar e jogar futebol. No GE, além destas opções de lazer, surgiram outras: ver TV, escutar som, viajar, fazer jardinagem, andar de bicicleta, nadar, fazer hidroginástica, ir ao forró (festa para dançar), cuidar de passarinhos e fazer bordado. A partir destes dados, foi possível fazer uma comparação entre os dois grupos no M1 e no M2, quanto ao nº de pacientes que relataram ter atividades de lazer ou divertimento (tabela 4). Observa-se que no M1 os dois grupos referiram a mesma freqüência de atividades de lazer, enquanto no M2 houve diferença significativa, sendo esta mais freqüente no GE.

**Tabela 4:** Comparação entre o GC e o GE, quanto ao nº de pacientes que relataram ter atividades de lazer ou divertimento no M1 e no M2

Momento	GC n (%)	GE n (%)	p*
M1	11 (50)	15 (65,2)	0,373
M2	06 (27,3)	18 (78,3)	0,001

\**Teste de Fisher*

Ao relatar de que forma o estado de saúde interfere no lazer, os participantes do GC citaram no M1 falta de ar, dores e cansaço. No M2, além destes motivos apontaram a falta de disposição, a depressão (SIC), o fato de não poder comer o que gosta e de não conseguir se exercitar. No GE, foram citados mal estar, medo de queda e dores no M1 e, no M2, falta de disposição, nervosismo e dores.

No que diz respeito à correlação entre os dois instrumentos utilizados para a avaliação da QV dos pacientes, tanto antes como após o período de intervenção musicoterápica (M1 e M2), pode-se afirmar que o *Questionário SF-36* teve correlação com o escore do *Questionário de Bulpitt e Fletcher* em todas as dimensões do viver avaliadas pelo primeiro, ou seja, os resultados de cada dimensão (CF, AF, V, D, EGS, SM, AE e AS) condizem com o escore referente às questões fechadas do segundo (instrumento específico). Esta correlação (Tabela 5) aconteceu nos resultados que englobam a relação entre os grupos e intra-grupos. Tanto no M1 como no M2 todos os valores de *p* são significantes (< 0,05).

**Tabela 5.** Correlação entre o escore do *Questionário de Bulpitt e Fletcher* e as dimensões do viver avaliadas pelo *Questionário SF-36*

	M1		M2	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>CF*</b>	0,600	<0,001	0,777	<0,001
<b>D*</b>	0,665	<0,001	0,583	<0,001
<b>V*</b>	0,672	<0,001	0,772	<0,001
<b>SM*</b>	0,717	<0,001	0,694	<0,001
<b>EGS*</b>	0,762	<0,001	0,583	<0,001
<b>AF**</b>	0,630	<0,001	0,719	<0,001
<b>AS**</b>	0,617	<0,001	0,637	<0,001
<b>AE**</b>	0,637	<0,001	0,625	<0,001

\* *Correlação de Pearson*; \*\**Correlação de Spearman*

## DISCUSSÃO

A medida e a avaliação da QV durante o tratamento anti-hipertensivo têm contribuído para a compreensão dos profissionais da saúde sobre como os pacientes respondem à terapia nos aspectos físicos, psicológicos e de bem-estar social e, como esses fatores juntamente com os efeitos indesejáveis dos medicamentos, influenciam a adesão ao tratamento [11]. A HA é uma doença assintomática e os efeitos secundários do próprio tratamento podem estar associados à menor aderência podendo chegar ao abandono do uso de medicamentos. Este conjunto de fatores pode acabar interferindo na QV desses pacientes [12].

No acompanhamento à saúde dos pacientes hipertensos, segundo se observa, é grande a dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessária, constitui uma decisão pessoal e envolve aspectos culturais [13]. A percepção que o paciente possui da doença, influenciará na sua QV, interferindo em suas condições de saúde e em outros aspectos gerais da vida pessoal.

Para avaliar de uma forma mais abrangente a QV dos pacientes envolvidos nesta pesquisa optou-se por utilizar dois instrumentos. O primeiro, um instrumento genérico (*Questionário SF-36*) que tem como principal característica a multidimensionalidade, avaliando o indivíduo como um todo, por meio de dimensões específicas [11] e o segundo, um instrumento específico, o *Questionário de Bulpitt e Fletcher*. Questionários específicos, apesar de menos utilizados, têm como vantagem maior sensibilidade a mudanças [5]. O instrumento que foi utilizado neste estudo considera os aspectos relacionados à sintomatologia provocada pelos efeitos adversos das drogas anti-hipertensivas, como alteração na função sexual, boca seca, tosse seca, etc. Ele avalia determinados aspectos da QV de forma individual e específica.

Gusmão, em investigação também com hipertensos e utilizando da mesma maneira os *Questionários SF-36* e o de *Bulpitt e Fletcher*, obteve que a dimensão referente à saúde mental foi um dos aspectos mais afetados na avaliação deste grupo de pacientes [11]. Quando este investigador realizou a validação do *Questionário de Bulpitt e Fletcher* para sua aplicação em língua portuguesa, na comparação com o SF-36, observou correlação estatisticamente significativa entre todos os domínios, à exceção de dois: os aspectos sociais e o estado geral de saúde [10].

Em nosso estudo foram utilizados os dois instrumentos mencionados para a avaliação da QV dos pacientes, antes e após o período de intervenção musicoterápica (M1 e M2). Verificou-se que, com o decorrer das sessões musicoterápicas houve mudança significativa da QV, havendo melhora nas dimensões do viver: aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, estado geral de saúde, vitalidade e dor. Nas dimensões capacidade funcional e aspectos físicos houve também melhora nos escores, apesar de não atingir significância estatística.

A partir da análise dos dados, pode-se afirmar que os escores do *Questionário SF-36* tiveram correlação com o escore do *Questionário de Bulpitt e Fletcher* em todas as dimensões do viver avaliadas. Percebe-se, com isto, que os resultados referentes aos dois instrumentos utilizados expressam uma

consonância e se reforçam, complementando uma visão mais integral do paciente com HA.

Acredita-se na importância de ter uma visão global e holística do paciente para que haja uma abordagem mais voltada para o cuidado do ser, de suas possibilidades, ao invés de uma intervenção voltada unicamente para a patologia, que prioriza somente a cura de uma debilidade física e/ou emocional. Laham [14] afirma que é importante focar a saúde e a enfermidade como um contínuo, tendo uma visão dinâmica deste processo que envolve a identidade da pessoa, organizando sua vida cotidiana, individual, familiar e social, tudo se desenvolvendo em três níveis: físico, psíquico e social. Trata-se do modelo ou perspectiva bio-psico-social, na qual a enfermidade é resultado de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que interagem de modo complexo em cada pessoa, influenciando diretamente em sua QV.

Deve-se observar que, em todas as sondagens feitas sobre QV, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção [15].

Estudos têm sido realizados comprovando a eficácia da Musicoterapia em diversos contextos, seja em períodos de internação ou atendimentos ambulatoriais [16-20], levando à diminuição da ansiedade, do estresse, das dores e de sintomas depressivos e como consequência contribuindo para a melhoria da QV.

À semelhança de nossa investigação, em pesquisa desenvolvida em Cuba, quarenta pacientes foram divididos em GE e GC, sendo todos hipertensos vulneráveis ao estresse. Foram realizadas sessões musicoterápicas individuais, utilizando a técnica de audição musical, duas vezes por semana, por quarenta e cinco minutos. As análises dos escores dos testes, realizados antes e após o período de intervenção musicoterápica, e da aferição da pressão arterial, antes e após cada sessão musicoterápica, evidenciaram: diminuição significativa da vulnerabilidade ao estresse; redução da ansiedade, da depressão e dos transtornos psicossomáticos; diminuição dos transtornos do sono; redução das tensões físicas e mentais; aumento da

motivação e da energia para as tarefas cotidianas, além de um efeito positivo na evolução da HA. O pesquisador concluiu que há uma relação entre a vulnerabilidade ao estresse e a HA [21].

No decorrer do processo musicoterápico de nossa pesquisa foram utilizados os principais métodos musicoterápicos (re-criação, improvisação, composição e audição musical) e não somente o método de audição musical, como no estudo cubano. Todos os métodos e atividades realizadas buscaram: diminuir o estresse, promover a consciência corporal, o autoconhecimento, a motivação para o viver, a espontaneidade, estimular a integração do grupo, a veiculação de conteúdos internos, a auto-expressão, e, principalmente, a valorização de cada indivíduo, de cada identidade. Neste aspecto, em muitos momentos foram utilizados os nomes dos pacientes para a criação de improvisações musicais e/ou verbais e/ou corporais. O grupo era sempre estimulado a memorizar os nomes de todos os participantes e todas estas atividades proporcionaram o estabelecimento de vínculo entre eles e entre eles e a musicoterapeuta pesquisadora. Isto contribuiu para o sentimento de autovalorização de cada ser, independente da “rotulação” que, por vezes, acaba acontecendo, por participarem de um serviço de atendimento a uma determinada patologia, no caso a HA.

Concorda-se com estudo sobre crenças em saúde para o controle da HA que afirma que não se pode promover um processo educativo que vislumbre a mudança e a sustentação de um estilo de vida saudável sem compreender como as pessoas pensam e se sentem diante dos seus problemas de saúde. É necessário e possível investir todo o esforço para incentivar e permitir a participação ativa da pessoa no seu processo de saúde/doença por meio de uma abordagem interdisciplinar [22].

Segundo estudo descritivo sobre a percepção da gravidade e da QV de pacientes hipertensos, que utilizou também o Questionário SF-36, quando se alcança maior compreensão sobre a problemática que permeia a condição de ser portador de uma doença crônica pode-se definir estratégias mais apropriadas de assistência [23]. Da mesma forma, a promoção da saúde, por

meio de ações educativas, pode ser uma forma de gerar auto-responsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco, redução dos sintomas da doença crônica e melhoria da QV. [23-4]

A implantação da Musicoterapia, através de atendimentos em grupo para hipertensos, pode contribuir nos aspectos referenciados ao utilizar técnicas musicoterápicas incluindo temas de educação em saúde, por exemplo, em improvisações ou composições musicais do próprio grupo de pacientes acerca dos seus conhecimentos e sentimentos frente à HA. Esta ação do musicoterapeuta pode estar presente e integrada em programas e/ou serviços disponíveis no âmbito da Saúde Pública, contribuindo para a QV desta população carente que tem acesso somente a esses serviços ambulatoriais.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization 2007. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/guidelines/Full%20text.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf)1. Accessed 02 Feb 2009.
2. Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil. Tema: hipertensão arterial - conceito. <http://www.opas.org.br>. Accessed 01 Feb 2009.
3. Brandão, A.A. (2008). Como tratar: hipertensão arterial. São Paulo: Manole e Sociedade Brasileira de Cardiologia.
4. Jardim, P.C.B.V., Monego, E.T., Sousa, A.L.L. (2004). A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In A.M.G. Pierin (Ed.), Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar (pp.119-37). São Paulo: Manole.

5. Schulz, R.B., Rossignoli, P., Correr, C.J., Fernández-Llimós, F., Toni, P.M. (2008). Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arq Bras Cardiol*, 90(2), 139-144.
6. Seidl, E.M.F., Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
7. Trevisol, D.J., Moreira, L.B., Fuchs, S.C. (2008). Qualidade de vida e hipertensão arterial. *Hipertensão*, 11(4), 138-142.
8. Bruscia, K.E. (2000). *Definindo musicoterapia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros.
9. Ciconelli, R.M., Ferraz, M.B., Santos, W., Meinão, I., Quaresma, M.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Bras. Reumatologia*, 39(3), 143-50.
10. Gusmão, J.L., Mion Jr., D., Pierin, A.M.G. (2005). Avaliação da qualidade de vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento. *Hipertensão*, 8 (1), 22-29.
11. Gusmão, J.L. (2005). *Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
12. Cavalcante, M.A., Bombing, M.T.N., Luna Filho, B., Carvalho, A.C.C., Paola, A.A.V., Povoá, R. (2007) Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arq Bras Cardiol*, 89(4), 245-50.

13. Brito, D.M.S., Araújo, T.L., Galvão, M.T.G., Moreira, T.M.M., Lopes, M.V.O. (2008) Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*, 24(4), 933-40.
14. Laham, M.A. (2006) *Escuchar al corazón: psicología cardíaca. actualización en psicocardiología*. Buenos Aires: Lumiere.
15. Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A., Buss, P.M. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
16. Walworth, D., Rumana, C.S., Nguyen, J., Jarred, J. (2008) Effects of live music therapy sessions on quality of life indicators, medications administered and hospital length of stay for patients undergoing elective surgical procedures for brain. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 349-59.
17. Leardi, S., Pietroletti, R., Angeloni, G., Necozone, S., Ranalletta, G., Del Gusto, B. (2007) Randomized clinical trial examining the effect of music therapy in stress response to day surgery. *British Journal of Surgery*, 94(8), 943-7.
18. Cassileth, B.R., Vickers, A.J., Magill, L.A. (2003) Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. *Cancer*, 98(12), 2723-9.
19. Guzzetta, C.E. (1989) Effects of relaxation and music therapy on patients in a coronary care unit with presumptive acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 18(6), 609-16.
20. Mandel, S.E., Hanser, S.B., Secic, M., Davis, B.A. (2007) Effects of music therapy on health-related outcomes in cardiac rehabilitation: a randomized controlled trial. *Journal of Music Therapy*, 44(3), 176-97.

21. Peraza Chil, E., Pérez, D.F.Z.P. (2003) La Musicoterapia - un nuevo enfrentamiento al estrés y la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Psicología*, 20(1). [http://www.dict.uh.cu/Revistas /PS2003/PS03201j.doc](http://www.dict.uh.cu/Revistas/PS2003/PS03201j.doc) Accessed 20 Feb 2009.
22. Pires, C.G.S., Mussi, F.C. (2008) Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(supl.2), 2257-2267.
23. Reis, M.G., Glashan, R.Q. (2001) Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida: *Rev Latino-am Enfermagem*, 9(3), 51-7.
24. Simonetti, J.P., Batista, L., Carvalho, L.R. (2002) Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes com hipertensão arterial. *Rev Latino-am. Enfermagem*, 10(3), 415-22.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Os resultados deste estudo vêm ao encontro de nossas indagações pois, ao comparar dois grupos com características iniciais homogêneas, observamos após as sessões musicoterápicas melhora significativa do GE, tanto no controle da PA quanto na QV, enquanto no GC não foram verificadas as mesmas alterações. Os dois instrumentos de avaliação da QV tiveram boa correlação, pois todas as dimensões do viver avaliadas pelo *Questionário SF-36* tiveram correlação com os escores do *Questionário de Bulpitt e Fletcher*. Além disso, recomenda-se o uso conjunto dos dois instrumentos, um genérico e um específico, como forma de proporcionar uma visão mais integral dos pacientes estudados.

Outro fato que merece destaque é a faixa etária dos indivíduos estudados e beneficiados. Nesta pesquisa a média geral de idade dos participantes foi de 67,1 anos o que também abre uma boa possibilidade para atuação neste importante grupo que é o dos pacientes idosos. No Brasil, por exemplo, segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que até 2025 haverá a sexta maior população idosa do mundo e a confirmação dos benefícios para este grupo etário reforça a importância deste tipo de atuação.

Deve ainda ser destacado que a proposição da Musicoterapia como nova abordagem terapêutica a pacientes hipertensos, utilizando como principais recursos, a voz e o corpo, que são viáveis e acessíveis, abre a oportunidade para a implantação desta modalidade de atendimento no âmbito da saúde pública. Desta maneira poderá ser beneficiada uma clientela que não teria acesso a este tipo de cuidado em regime ambulatorial convencional. No entanto, é preciso ampliar o conhecimento da população em geral com relação a esta terapia não-medicamentosa ou complementar, visto que ainda se trata

de uma intervenção inovadora no campo da Cardiologia e, principalmente, direcionada a pacientes com HA.

Além disto, vislumbra-se a perspectiva da intervenção, através da Musicoterapia, no tratamento de pacientes com diversas afecções como a síndrome metabólica, a diabete, os problemas respiratórios, a obesidade, entre outras que são alvos das políticas de saúde pública em nosso país. Nestes casos, ao lado dos possíveis benefícios no aspecto físico, poderá também haver uma ação terapêutica mais humanizada, vendo os indivíduos dentro de um contexto bio-psico-social e podendo influenciar na melhoria dos índices da qualidade de vida.

Neste tipo de atendimento devem ser observados vários elementos, relacionados ao paciente, à doença, à instituição, ao relacionamento com a equipe de saúde, às crenças de saúde, aos hábitos de vida, à cultura. Todos estes fatores em última análise interferem na qualidade de vida e influenciam diretamente na adesão.

Dentro deste contexto fica a convicção de que o trabalho multiprofissional, como é preconizado pelas V Diretrizes Brasileiras de HA, contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, onde cada membro deve atuar de acordo com as especificidades de sua formação, mas vivenciar os objetivos gerais e ações comuns de promoção à saúde por meio de eventos educativos, treinamentos e projetos de pesquisa.

Propõe-se, como ação do musicoterapeuta inserido numa proposta multidisciplinar ou interdisciplinar de atendimento ao paciente hipertenso: realizar sessões em grupo visando a diminuição do estresse, a adoção de hábitos saudáveis e a melhoria das relações intra e interpessoais dos pacientes, motivando-os para o tratamento e para mudanças de vida. Serão assim proporcionados espaços para o compartilhar de experiências e para a auto-expressão de sentimentos através de métodos e técnicas musicoterápicas, atividades musicais, exercícios de respiração e de relaxamento. Estes espaços e vivências musicoterápicas podem também ser ampliados para trabalhos com os membros da equipe multidisciplinar, tanto para que os profissionais tenham

maior conhecimento das especificidades da ação do musicoterapeuta quanto para contribuir para a melhoria das relações intra e interpessoais entre os mesmos.

No decorrer do processo musicoterápico de nossa pesquisa foram utilizados os principais métodos musicoterápicos (re-criação, improvisação, composição e audição musical) e não somente o método de audição musical, com o qual tem sido desenvolvida a maior parte dos estudos na área de Cardiologia. A inclusão de outras atividades como exercícios de respiração e de relaxamento, aliadas a jogos musicais, contribuiu para a melhoria dos resultados alcançados. Todo este conjunto de ações, tendo um olhar da Musicoterapia Humanista fortaleceu a proposta ora defendida, contribuindo para a humanização do tratamento.

Finalmente, para melhor exemplificar o acontecer deste compartilhar e da expressão de sentimentos e experiências no *setting* musicoterápico, temos uma paródia que foi composta pelo grupo participante da intervenção aqui proposta, no decorrer de seu processo musicoterápico. A composição da paródia foi motivada pelo questionamento da musicoterapeuta pesquisadora:

“O que é hipertensão para você?”

A composição surgiu das respostas de cada participante ao questionamento inicial que, à medida que foram sendo anotadas, agruparam-se em frases, em versos e na letra final, que depois foi adequada a uma melodia conhecida.

Cabe ressaltar a importância de o musicoterapeuta ter “a escuta” direcionada à expressão de cada indivíduo, apesar da sessão ser realizada em grupo. Outro ponto a ser considerado é o inegável potencial terapêutico do grupo, que facilita a inserção dos sujeitos em sua realidade a partir da leitura que fazem da realidade do outro participante da experiência.

Pode-se observar que os sentimentos, presentes na letra e no título, referem-se tanto às dificuldades do viver de um paciente acometido por uma doença crônica como a HA, como também dizem respeito às mudanças de vida, de atitudes e comportamentos para melhorar a QV frente ao diagnóstico e

à esperança que se tem ao compartilhar e vivenciar experiências com um grupo terapêutico. Sabe-se que, para o paciente, somente com a consciência de sua situação é possível ter a estrutura necessária para mudanças efetivas em seu modo de vida, em sua realidade.

### **ASSIM EU LEVO A VIDA**

Grupo de Musicoterapia da LHA

*Paródia da música “Deixa a vida me levar”  
(refrão) - Composição de Serginho Meriti*

*Como é difícil fazer regime / É participar  
Mas não poder comer tudo / É uma agonia.  
Dar vontade de comer / E não poder  
Dá tristeza, dá solidão / É perturbação!*

*É preocupação / É ruim demais  
Uma hora tá boa / Outra tá ruim!  
Traz insegurança, nervosismo / Chateação.  
Tomar remédio todo dia / É uma agonia!*

*A coluna dói também / Como fazer com a hipertensão?  
É combater com exercício / É andar de bicicleta  
É andar, ir à festa / Ouvir música!  
Levantar cedo / E caminhar.*

*Tomar remédio todo dia / Não esquecer da hora  
É participar de grupos / E confiar em DEUS!  
É felicidade / Que a gente tem  
É estar sempre junto / Ao encontro de alguém.*

*Felicidade foi você / Foi você quem trouxe  
De braços, com todos ao lado / Seremos felizes!*

*Como fazer com a hipertensão? / É participar  
Participar de grupos / E confiar em DEUS!*

Os resultados obtidos, tanto no melhor controle da pressão arterial quanto na maioria dos aspectos da qualidade de vida avaliados, são apenas o início de uma caminhada, pois esta é uma linha de pesquisa ainda incipiente envolvendo a Musicoterapia como tratamento não medicamentoso da HA.

Outros estudos devem ser propostos para ampliar o conhecimento acerca dos efeitos da Musicoterapia nesta área. São necessárias novas investigações em outros grupos de hipertensos, como aqueles com níveis mais elevados de pressão, em indivíduos de outras faixas etárias e em grupos especiais.

Portanto, com os resultados aqui descritos, as perspectivas são animadoras e abre-se uma excelente possibilidade para melhorar o tratamento da HA, contribuindo adicionalmente para uma abordagem diferenciada dos pacientes, com uma visão holística, que tanto vem sendo almejada nos últimos anos.

## REFERÊNCIAS

---

ALDRIDGE, D. *Health, the individual, and integrated medicine - revisiting na aesthetic of health care*. Londres: Jessica Kingsley, 2004. 224 p.

AMARAL, G.F. et al . Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 29, n. 2, p.161-168, 2007.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Classification of Functional Capacity and Objective Assessment*. Disponível em: <<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4569>> Acesso em: 30 abr. 2009.

BALLY, K. et al. Effects of Patient-Controlled Music Therapy During Coronary Angiography on Procedural Pain and Anxiety Distress Syndrome. *Crit Care Nurse*, v. 23, n. 2, p.50-57, 2003. Disponível em: <<http://ccn.aacnjournals.org/cgi/content/full/23/2/50>>. Acesso em: 05 fev. 2009.

BARCELLOS, L.R.M. *Cadernos de musicoterapia n.3*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994. 64 p.

\_\_\_\_\_. *Musicoterapia: alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004. 142 p.

\_\_\_\_\_. Musicoterapia e atribuição de sentidos: o paciente como narrador musical de sua[s] história[s]. In: OLIVEIRA, H.; CHAGAS, M. (org.) *Corpo expressivo e construção de sentidos*. Rio de Janeiro: Mauad X e Bapera, 2008. p.23-54.

BENENZON, R.O. *La nueva musicoterapia*. 2. ed. Buenos Aires: Lumen, 2008. 384 p.

BORELLI, F.A.O et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Rev Bras Hipertens*. v.15, n. 4, p. 236-239, 2008.

BRADT J, DILEO C. Music for people with coronary heart disease (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. Oxford: Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=protocols&mfn=1211&id=&lang=p&t&dblang=&lib=COC&print=yes>> Acesso em 10 abr. 2009.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações e Programas - *Ministério da Saúde*

*desenvolve campanha de prevenção às doenças cardiovasculares.* Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22837](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22837)> Acesso em: 20 mar. 2009.

BRISCOE , C. *et al. The physiological basis of music therapy.* 2003. Disponível em: <<http://www.portfolio.mvm.ed.ac.uk/studentwebs/session4/64/physiolo.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2006.

BRUSCIA, K.E. *Definindo musicoterapia.* 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000. 332 p.

BUSS, P.M. Saúde, sociedade e qualidade de vida. *Invivo - Museu da vida.* 2003. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8&infolid=34>> Acesso em: 02 abr 2009.

CHACKO, N.J. *et al. Slow Breathing Improves Arterial Baroreflex Sensitivity and Decreases Blood Pressure in Essential Hypertension.* *Hypertension*, v. 46, n. 7, p. 714-718, 2005. Disponível em : <<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/46/4/714?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=breathing&searchid=1&IRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>>. Acesso em: 29 abr. 2009.

CICONELLI, R.M. *et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36).* *Rev. Bras. Reumatologia*, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COELHO, L.M.E. *Escutas em Musicoterapia: a escuta como espaço de relação.* 2002. 128 p. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Semiótica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

DILEO C, BRADT J. Music for preoperative anxiety (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, n. 4, 2008. Oxford: Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=protocols&mf=1438&id=&lang=pt&dblang=&lib=CO&print=yes>>. Acesso em: 06 abr. 2009.

DILEO, C., BRUSCIA, K., SHULTIS, C., DENNERY, K. Predictors of Quality of Life in Hospitalized Cardiac Patients. *Journal of Health Psychology*. v. 13, n. 8, p. 982-987, 2008. DOI: 10.1177/1359105308097960

DULEBA, D.; NUNES, T.R. Quando eu soltar a minha voz - proposta para ampliar um olhar musicoterápico. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. vol.8, p.42-54, 2006.

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA. *Definição de Musicoterapia.* Revista Brasileira de Musicoterapia. Rio de Janeiro: UBAM, Ano I, n. 2, 1996.

GONZÁLEZ REY, F.L. *Personalidade, saúde e modo de vida.* São Paulo: Thomson, 2004. 208 p.

GUSMÃO, J.L., MION JR., D., PIERIN, A.M.G. Avaliação da qualidade de vida do

paciente hipertenso: proposta de um instrumento. *Hipertensão*, v. 8, n. 1, p. 22-29, 2005.

GUSMÃO, J.L. *Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados*. 2005. 114 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

HAMEL, W.J. The effects of music intervention on anxiety in the patient waiting for cardiac catheterization. *Intensive and Critical Care Nursing*, v. 17, n. 5, p. 279-285, 2001.

JARDIM, P.C.B.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000400015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 abr. 2009.

LAHAM, M.A. *Escuchar al corazón: psicología cardíaca. actualización en psicocardiología*. Buenos Aires: Lumiere, 2006. 200 p

LIPP, M.; ROCHA, J. C. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. Campinas - SP: Papyrus, 1994. 130 p.

MACHADO, C.A. Adesão ao tratamento - tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertens*. v. 15, n. 4, p. 220-221, 2008.

MARCONATO, C. et al. Aplicação da Musicoterapia Receptiva na Clínica Médica e Cardiológica. *Arq Bras Cardiol*. v. 77, n. 2, p. 138-9, 2001.

METZGER, L.K. Heart Health and Music: A Steady Beat or Irregular Rhythm? *Music Therapy Perspectives*. v. 22, n. 1, p. 21-25, 2004-a.

\_\_\_\_\_. Assessment of use of music by patients participating in cardiac rehabilitation. *Journal of Music Therapy*. v. 41, n. 1, p. 55-59, 2004-b.

MILLER, M. et al. Positive Emotions and the Endothelium: Does Joyful Music Improve Vascular Health? *Circulation*, v.118, supp., p.1148, 2008. Disponível em: <[http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting\\_abstract/118/18\\_MeetingAbstracts/S\\_1148-a?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&searched=1&FIRSTINDE X=0&displaysectionid=Lifestyle+Interventions&volume=118&issue=18+Supplement&res ourcetype=HWCIT](http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting_abstract/118/18_MeetingAbstracts/S_1148-a?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&searched=1&FIRSTINDE X=0&displaysectionid=Lifestyle+Interventions&volume=118&issue=18+Supplement&res ourcetype=HWCIT)> Acesso em: 05 abr. 2009.

OLIVEIRA JR., W.A.; OLIVEIRA, L.F.S.; PORTO,C.C. Uma visão holística no diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares. In: PORTO, C. C. *Doenças do coração - prevenção e tratamento*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 16-8.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - Representação Brasil. *Tema: hipertensão arterial - conceito*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 01 Feb. 2009.

O'KELLY, J., KOFFMAN, J. Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*, v. 21, n. 3, p. 235-241, 2007.

PINHEIRO, Carlos Hermano da Justa et al. Modificação do padrão respiratório melhora o controle cardiovascular na hipertensão essencial. *Arq. Bras. Cardiol.* vol. 88, n. 6, p. 651-659, 2007.

PÓLIT, V. Musicoterapia humanista - um modelo de psicoterapia musical. México: Libra y el Instituto Mexicano de Musicoterapia Humanista, 2008. 407 p.

PREID, Robert. *Music Can Help Restore Stroke Patients' Sight*. Disponível em: <<http://health.msn.com/health-topics/vision/articlepage.aspx?cp-documentid=100235271>>. Acesso em: 01 Abr. 2009.

QUEIROZ, G.J.P. Os tipos de ouvinte. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Rio de Janeiro, vol. 6, p.12-21, 2002.

SANTOS, H.S.; ZANINI, C.R.O. A linguagem verbal no *setting* musicoterápico. In: CONGRESSO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO DA UFG - CONPEEX, 3., 2006, Goiânia. *Anais eletrônicos ...*. Goiânia: UFG, 2006.

SANTOS, M.J.C.; HAIBARA, A.S. Reflexos cardiovasculares e hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.* vol. 8, n. 1, p. 30-40, 2001.

SARACENI, C. *et al.* Aplicación de la musicoterapia a pacientes afectados de hipertensión esencial. In: BENENZON, R. *Aplicaciones clínicas de la musicoterapia*. Buenos Aires: Editora Lumen, 2000. p.199-226.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo: BG Cultural, 2006. 48 p.

UHLIG, S. Voice Forum: The Voice as Primary Instrument in Music Therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. v. 9, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.voices.no/mainissues/mi40009000299.php>>. Acesso em: 09 abr. 2009.

WATKINS, G.R. Music Therapy: Proposed Physiological Mechanisms and Clinical Implications. *Clinical Nurse Specialist*, v. 11, n. 2, p. 43-50, 1997.

ZANINI, C.R.O. *Coro terapêutico - um olhar do musicoterapeuta para o idoso no novo milênio*. 2002. 143 p. Dissertação (Mestrado em Música) - Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

\_\_\_\_\_. Musicoterapia e saúde mental: um longo percurso. In: VALADARES, A.C. (org.) *Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental*. São Paulo: Vetor, 2004. p.181-205.

\_\_\_\_\_. O curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás - a formação e a identidade profissional do musicoterapeuta. *Revista da UFG*, vol. 7, n. 2, 2005.

## **APÊNDICES**

---

**APÊNDICE 1 - Parecer do Comitê de Ética**

**APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

**APÊNDICE 3 - Sessões Musicoterápicas**

**APÊNDICE 4 - Aceite do Artigo 1**

## APÊNDICE 1



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 047/04

Goiânia, 27/05/2004

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Profª Cláudia Regina de Oliveira Zanini

TÍTULO: “O efeito da intervenção musicoterápica no tratamento da hipertensão arterial – Uma proposta para a saúde pública”

Área Temática: Grupo III

Patrocinador:

Número do Estudo do Patrocinador:

Data da versão do Estudo:

Data da Versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Local de Realização: Hospital das Clínicas/UFG – Liga de hipertensão arterial

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal **analisou e aprovou** o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

**Prof. Joffre Rezende Filho**  
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Título da Pesquisa: “O Efeito da Intervenção Musicoterápica no Tratamento da Hipertensão Arterial - Uma Proposta para a Saúde Pública”**

Pesquisadora Responsável: Ms. Claudia Regina de Oliveira Zanini  
RG: 1314848 (SSP-GO) – CPF: 359679861-20

Esta pesquisa tem como objetivo geral investigar se a Musicoterapia pode contribuir de forma positiva no tratamento de pacientes com pressão alta e buscar contribuições para esta área de conhecimento, partindo da prática clínica.

Para sua realização, pedimos a sua colaboração no sentido de autorizar a utilização de informações produzidas durante um processo musicoterápico, a partir das fichas musicoterápicas, entrevistas, questionários e sessões musicoterápicas propriamente ditas, que poderão ser registradas através de relatórios, gravações e/ou filmagens. Sua participação é voluntária. Seus dados pessoais serão confidenciais e não serão liberados sem o seu consentimento por escrito, além de garantir que sua contribuição não acarretará em prejuízos para sua pessoa.

Gostaria de enfatizar que estarei garantindo o anonimato em relação às informações levantadas na coleta de dados, sendo que estas serão utilizadas para fins científicos.

Em caso de dúvida acerca da pesquisa, pode-se procurar, a qualquer momento, a pesquisadora Claudia Regina de Oliveira Zanini nos seguintes telefones: 241- 4497/ 9901-3860 para esclarecimentos.

Seus dados clínicos, durante a pesquisa, serão acompanhados pela equipe multiprofissional da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

**Esclareço que os resultados dessa pesquisa serão publicados em eventos ou periódicos científicos e que os dados serão utilizados para reflexão de aspectos marcantes para a atuação do musicoterapeuta em atendimentos como prevenção ou tratamento de pacientes com Hipertensão Arterial.**

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

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

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO DA PESQUISA

EU, \_\_\_\_\_,

**RG:** \_\_\_\_\_, **abaixo assinado, tendo recebido as informações a respeito da pesquisa:** “O Efeito da Intervenção Musicoterápica no Tratamento da Hipertensão Arterial - Uma Proposta para a Saúde Pública”, **e ciente dos direitos abaixo relacionados, concordo em participar do estudo como sujeito mediante os seguintes critérios:**

- A garantia de receber esclarecimento sobre o estudo a qualquer momento pelos pesquisadores.
- A liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso leve à qualquer penalidade prejuízo ou interrupção de meu acompanhamento, assistência e tratamento no hospital.
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial e sigiloso das informações relacionadas com a minha privacidade.
- Compromisso de me proporcionar informação utilizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando.
- Compromisso de que não me trará em hipótese alguma, gastos financeiros para a minha participação deste estudo.

**Tenho ciência do exposto acima, concordo em participar do estudo como sujeito, dou fé, assino e recebo uma cópia deste documento.**

Goiânia, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Ms. Claudia Regina de Oliveira Zanini  
Pesquisadora Responsável

## APÊNDICE 3

### SESSÕES DE MUSICOTERAPIA

A seguir são demonstradas sucintamente as ações desenvolvidas no decorrer das doze sessões musicoterápicas. Coloco-me em primeira pessoa, como musicoterapeuta que conduziu o processo terapêutico com o grupo. As atividades, em sua maioria, foram realizadas em círculo.

#### 1ª Sessão

- Faço agradecimento pela presença do grupo e por terem aceitado participar da pesquisa.
- Contrato terapêutico.
- Uma paciente pede que o grupo faça a oração *Pai Nosso* para agradecer o trabalho de Musicoterapia que irá começar.
- Apresentação do grupo (nomes: verbalizando, com gestos, com vocalização) - cada paciente faz e o grupo repete. Quando termina a roda, peço para juntos voltarmos a falar ou cantar os nomes de todos.
- Exercícios de Respiração (prática e explanação sobre a respiração diafragmática e sua importância como fonte de vida e equilíbrio).
- Improvisação Vocal não Referencial.
- Re-criação Musical - *Peixe Vivo* - folclore mineiro (sugestão de uma paciente).

#### 2ª Sessão

- Improvisação Musical Referencial - A partir de seqüência harmônica ao violão (I, IV, II, V7 e I graus de Dó Maior), canto e peço que todos completem com o nome do colega de grupo: "*Bom Dia, ..... (nome do paciente), Bom Dia, ..... (todos falam o nome do paciente), Bom Dia para todos vocês.* (Todos os pacientes são citados nessa improvisação)
- Recordamos nomes do grupo.

- Re-criação Musical (faço acompanhamento ao violão): músicas religiosas, Rosa (Pixinguinha), Balada Goiana (Manoel Amorim), Peixe Vivo, Pra você gostar de mim (Joubert Carvalho). Um paciente diz: “não tenho voz mais canto assim mesmo”. Digo: “todos nós temos voz. Aqui todos podem cantar”.
- Exercícios de Respiração (ressalto que os exercícios podem ser feitos em momentos fora da sessão de Musicoterapia).
- Massagem nas costas (em duplas).
- Relaxamento (Conduzido, passando por cada parte do corpo).
- Re-criação Musical - “Quando eu era neném” (paciente canta e o grupo bate palmas).
- Fechamento com verbalização (um paciente faz agradecimento pelo trabalho nas sessões de Musicoterapia).

### **3ª Sessão**

- Valorização da identidade (Coloca-me ao lado de cada paciente e peço aos demais que lembrem o nome e cantem para ele, que não deve dar dicas. Ajudo-os a lembrar quando realmente é necessário).
- Jogo de memória musical (Em grupo, os pacientes escolhem músicas que estão ligadas a boas memórias e separam uma palavra de cada música do grupo. Depois os outros grupos passam a tentar encontrar as músicas escolhidas a partir das palavras - “Qual é a música?”). Ressalto que quando outras músicas são lembradas com a mesma palavra do grupo dizem respeito à vida e a história sonora de cada um. Mesmo não sendo a música do grupo, a memória é valorizada e todos que sabem ajudam a cantar a canção.
- Re-criação Musical - Cantamos a canção “Te Ofereço Paz” (Walter Pini - *Eu te ofereço paz, te ofereço amor, te ofereço amizade. Ouço tuas necessidades, vejo tua beleza, sinto teu sentimento. Tua sabedoria surge de uma fonte superior e reconheço esta fonte em ti. Caminhemos juntos.*) Ao final peço que passem a improvisar, colocando outros verbos no lugar de “caminhemos” da última frase. Surgem: cantemos, brinquemos, aprendemos, vivemos, trabalhemos e outras.
- Oração (Uma paciente pergunta aos demais se querem rezar o Pai Nosso para agradecer a sessão de hoje e todos o fazem de pé).

- Re-criação Musical - A mesma paciente canta “Ave Maria” (com melodia de Gounod) e o grupo passa a cantar com ela, todos de pé.
- Finalizo agradecendo a presença de todos.

#### **4ª Sessão**

- Improvisação Musical Referencial (Baseada em harmonia ao violão, peço que completem a canção com o nome de cada um e que cada paciente lembrado complete com uma palavra oferecida ao grupo). A letra é: *Bom Dia, Bom dia, ..... (todos falam o nome do paciente), Bom Dia! (2x) A palavra do ..... (nome) é ..... (palavra)! (2x)*

As palavras escolhidas foram: amor (2x), felicidade (3x), fé, alegria, paz, amizade, união, família, compreensão, salvador, amizade, pão, liberdade, encontro, solidão e saúde.

- Lembro de cada palavra escolhida e digo que, mesmo que tenham repetido a palavra, é importante pensar que para cada um a escolha tem um significado particular. Alguns pacientes comentam as palavras escolhidas.
- Re-criação Musical - Proponho que nos lembremos de músicas que tenham em sua letra alguma das palavras escolhidas inicialmente.
- Algumas canções escolhidas: *É o Amor* (Zezé de Camargo), *Os Amantes* (Luiz Airão), *Felicidade* (Caetano Veloso), *Máscara Negra* (Zé Keti e P. Matos), *Oração pela Família* (Pe. Zezinho), *Pão da Vida* (religiosa). Ao final digo que podem lembrar de músicas durante a semana, em suas casas e, se quiserem, podem trazer na próxima sessão para cantar para o grupo.
- Exercício de Respiração. (Falo da importância de fazer os exercícios durante a semana, levando-os para o dia-a-dia)

#### **5ª Sessão**

- Momento Educativo: explanação sobre a campanha realizada nacionalmente pela nutrição - “5 ao Dia”, dizendo da importância de se consumir pelo menos cinco porções de frutas e legumes ao dia.

- “Parabéns pra você” (a pedido de uma paciente que aniversariou na semana passada). Todos cantam e, depois, uma paciente canta sozinha uma outra música para comemorar a data.
- Exercício de Respiração. (Utilizo um balão para demonstrar o mecanismo da respiração, faço desenhos no quadro, prática de exercícios para perceber o funcionamento do diafragma. Peço que cada um preste muita atenção na forma como respira.)
- Improvisação Vocal não Referencial.
- Troca de papel na condução do grupo (participantes trocam de lugar comigo e, com gestos musicais, regem o grupo utilizando variações dos seguintes parâmetros do som: altura, intensidade e duração).
- Re-criação Musical:
  - . Uma paciente canta “Ba-Be-Bi-Bo-Bu” (música infantil), colocando a letra e o nome de cada participante do grupo. Os demais pacientes cantam e batem palma juntos.
  - . Música “Cristo é a Felicidade” (Palito Ortega).
  - Fechamento com todos batendo palmas para a canção trazida, que tem em sua letra o seguinte trecho: *“Sem ter amor nesta vida não há quem seja feliz de verdade... Poder abraçar um amigo e sentir o valor de uma grande amizade... Cristo é a felicidade...”*

## **6ª Sessão**

- Improvisação Musical Referencial (Baseada em harmonia ao violão, peço que completem a canção com o nome de cada um e que cada paciente lembrado responda a uma pergunta: “O que é hipertensão para você?”). A letra é: *Bom Dia, ..... (nome do paciente), Bom Dia ..... (todos falam o nome do paciente)! (2x) Hipertensão para você, o que é? ..... (pausa para a resposta)* (Cada pessoa falava sua resposta e eu cantava, repetindo a resposta, valorizando a expressão de cada um)
- A co-terapeuta anota as respostas no quadro e, ao final, passamos a comentar as respostas.
- Depoimentos de participantes sobre hábitos de vida e mudanças após o conhecimento do diagnóstico (“ser hipertenso”), a partir das respostas à questão inicial da improvisação. Quando uma paciente fala que não tem tomado os remédios todos os

dias, o grupo comenta a importância de tomar porque cada medicamento tem um período certo para fazer efeito. Cada um fala quantos medicamentos faz uso, o que varia entre dois e doze comprimidos ao dia. É uma das frases que tivemos como resposta a o que é hipertensão para você: “tomar remédio todo o dia”.

- Sugestão de paciente para fazermos uma composição a partir das respostas anotadas. O grupo concorda com a sugestão.

- Composição - começamos a elaborar a letra, utilizando as falas do início. Digo que digitarei e levarei na próxima sessão para continuarmos. (letra que foi apresentada nas Considerações Finais desta tese)

- Relaxamento (com audição de músicas do CD *Songs from the Beyond*, de Bindú) - A atividade é conduzida para que, sentado da forma mais confortável possível, o paciente sinta cada parte de seu corpo, percebendo-a, tensionando-a e relaxando-a. Também vou dizendo algo acerca da importância daquela parte do corpo, buscando valorizá-la.

## **7ª Sessão**

- Valorização dos participantes - Início a sessão falando da importância da participação de cada um dos pacientes.

- Memória - Recordamos o que foi feito na sessão passada e digo que trouxe cópias digitadas com o que já havíamos escrito da composição.

- Audição de uma mensagem (CD com leitura e fundo musical lento, trazido por uma paciente) com palavras sobre a paz e a força que todos necessitam. Ao final, pergunto se alguém quer comentar e alguns falam da beleza das palavras trazidas e agradecem a quem trouxe a gravação.

- Composição Musical: entrego a letra falando os nomes dos pacientes e digo que tem um pouco de cada um deles na letra, pois praticamente todos participaram. Convido os que faltaram à sessão passada a darem sua contribuição para a letra. Peço a uma paciente para explicar como foi feita.

- Sugestão do título: uma paciente sugere um título para a composição - “Assim eu levo a vida”. Fazemos votação para ver se ficamos com o título sugerido ou se alguém tem outra sugestão. O título é aprovado.

- Novos depoimentos de participantes sobre hábitos de vida após o conhecimento do diagnóstico (“ser hipertenso”). Um paciente diz que tem carro, mas optou em andar de bicicleta. Outra diz: “*A gente é que tem que gostar da gente*”.
- Composição: digo que podemos compor uma melodia nova ou fazer uma adaptação da letra a uma melodia já conhecida (paródia), o que o grupo prefere. Pergunto se alguém tem idéia de uma música ou estilo. Uma paciente sugere pagode e outra um rap. O grupo prefere pagode e um paciente sugere Zeca Pagodinho.
- Paródia: o grupo escolhe a música “*Deixa a vida me levar*”. Adaptamos a letra à melodia do refrão da música. Digo que na próxima sessão trarei a letra organizada com as modificações feitas para adaptar à melodia e os pacientes pedem um “batuque”.
- Exercício de Respiração.
- Fechamento: digo para levarem a letra da composição e para lembrarem dos exercícios de respiração em seu dia-a-dia.

## **8ª Sessão**

- Exercícios de Relaxamento e Alongamento (em pé e em círculo).
- Auto-massagem (rosto e membros superiores) e, em duplas, massagem nas costas.
- Exercício de Respiração (conduzida, mais lenta, trabalhando o controle do ar).
- Improvisação Vocal não Referencial.
- Troca de papel na condução do grupo (participantes trocam de lugar comigo e utilizam gestos para reger as variações dos seguintes parâmetros do som: altura, intensidade e duração).
- Composição Musical: passo a cópia da letra criada pelo grupo e novamente fazemos a leitura.
- Interpretação da canção composta, com acompanhamento de violão e atabaque.
- Fechamento com verbalização dos pacientes a respeito da experiência de compor uma música em conjunto, que fala da história de vida deles. A maioria dos pacientes se diz satisfeito por terem criado uma composição e por terem feito algo novo em sua vida.

## 9ª Sessão

- Uma paciente pergunta sobre a confraternização da Liga de Hipertensão (festa de final de ano que está sendo divulgada entre todos os assistidos pelo serviço) e outro pergunta se vamos fazer uma reunião com amigo secreto do “nosso grupo” (da Musicoterapia). Resolvemos falar sobre isto em nossa penúltima sessão.
- Re-criação Musical - Pergunto se alguém gostaria de cantar uma música e alguns pacientes cantam. Digo que não é necessário saber toda a música, pois todos podem cantar juntos. Uma paciente canta *Vem cá sabiá, vem cá* (música regional) e o grupo canta e bate palmas. Depois outros cantam: *Peixe Vivo* e *Cabelo Loiro* (autor desconhecido).
- Expressão de Conteúdos (paciente recita: *“A saudade é tão triste. Vivía na solidão. Hoje vivo no meio de vocês. Alimentando meu coração”*).
- Re-criação Musical - paciente levanta e canta perto de mim, dedicando-me a canção e dançando: *“Bota aqui o seu pezinho, bem juntinho com o meu... Porque tenho a Claudia para ser meu par”*. Depois ela lembra canções de Natal e o grupo a aplaude.
- Reconhecimento do grupo: um paciente elogia os dons artísticos daquela paciente que cantou anteriormente.
- Re-criação - Uma paciente pede Trem das Onze (Adoniran Barbosa) e diz que não sabe cantar. O grupo canta junto, acompanhando com palmas.
- Um paciente lembra da composição do grupo, pois faltou na sessão passada. Passo a letra para ele e para outros que pedem. Começamos a cantar e faço elogio àqueles que estão se lembrando da letra.

## 10ª Sessão

- Agradecimentos - uma paciente agradece o trabalho que estamos realizando e pede ao grupo para fazer uma oração. Todos se levantam para um Pai Nosso. No final ela diz: *“Estes são momentos para nós, quando deixamos os problemas dos outros e nos dedicamos a nós mesmos”*.
- Exercício de Respiração - Peço que cada um preste bastante atenção à sua respiração. Uma paciente fala que aprendeu a forma correta de respirar e passou a fazer caminhada respirando desta forma.

- Conduzo a respiração mais lenta, com controle maior do ar e digo que isto é um trabalho que deve ser apreendido aos poucos até se tornar uma forma mais natural de respirar. Volto a ressaltar que é importante levar esta aprendizagem para o dia-a-dia.
- Improvisação Vocal não Referencial
- Troca de papel na condução do grupo (participantes trocam de lugar comigo e, com gestos musicais fazem a regência, utilizando variações dos seguintes parâmetros do som: altura, intensidade e duração).
- Re-criação Musical - Pacientes sugerem algumas músicas e o grupo acompanha com palmas: *“Taí, eu fiz tudo pra você ...”*, *Trem das Onze* e *Boemia* (Adelino Moreira).
- Composição Musical: passo a cópia da letra criada pelo grupo.
- Interpretação da canção composta com acompanhamento de violão.
- Fazemos gravação e, ao final, pergunto se querem escutar. (Digo que a música reflete a realidade do grupo, pois fala do problema e das soluções que eles têm dado para a situação).
- Audição Musical (da gravação da produção sonora do grupo). Os pacientes dizem que gostaram de ouvir. Um deles diz: *“A gente vai melhorando com todo este acompanhamento junto com o que fazemos na Liga há algum tempo”*.
- Fechamento - Falo que estamos quase concluindo as sessões conforme havíamos combinado inicialmente e peço que não faltem as últimas duas sessões.

### **11ª Sessão**

- Agradecimento/Oração - Um paciente pede para fazer uma oração para todos nós e nossas famílias e todos ficam de pé.
- Observação do grupo: um paciente comenta que o grupo está bem completo hoje. Lembram apenas de uma pessoa que faltou.
- Uma paciente pede para agradecer a Deus pelo trabalho que estou desenvolvendo e pela união do grupo. Diz ter muitos afazeres, mas que estar ali é mais importante, é se cuidar. Quando ela termina um outro paciente sugere que abracem os companheiros que estão ao lado.
- Improvisação Musical Referencial (Baseada em harmonia ao violão, peço que completem a canção com o nome de cada um e que cada paciente lembrado responda

a uma pergunta: “Como você se sente aqui?”). A letra é: *Bom Dia, Bom Dia, ..... (todos falam o nome do paciente), Bom Dia! (2x) “Como você se sente aqui?” ..... (pausa para a resposta)* (Cada pessoa falava sua resposta e eu cantava, repetindo a resposta, valorizando a expressão de cada um).

As respostas foram as seguintes: “*muito bem*” (5x), “*muito feliz*” (4x), “*ótima*” (3x), “*como se estivesse na casa do Pai*”, “*maravilha*”, “*como se estivesse em minha casa*”, “*como uma família com nossos irmãos lutando pela saúde e por dias melhores*”, “*eu tenho uma coisa muito importante para dizer que com o acompanhamento de vocês tô me sentindo melhor e mais reforçado*”, “*na santa paz*” (2x), “*como se fosse um meteoro trocando e sentindo o perfume da nossa felicidade*”, “*me sinto muito alegre e saudável e quando cheguei estava muito triste - muito obrigada*”, “*muito feliz com todos os meus irmãos*”.

O grupo passa a pergunta para mim, cantando meu nome. Eu completo cantando: “*é realização, estou muito feliz em ver todos aqui, ver a união e ver vocês se cuidando e se conhecendo*”.

- Planejamento de nossa confraternização na próxima sessão, com amigo secreto.

- Depoimentos do grupo - Um paciente diz: “*Nós estamos assistindo uma realização concreta, se alguém precisa de ajuda podemos ajudar... É difícil reunir um grupo igual ao nosso. Nós aqui somos felizes. Deixei de viajar para estar aqui hoje com vocês.*”

Outra paciente fala: “*Aqui a gente conversa, relaxa, tendo orientação... É muito gratificante estar neste ambiente sadio, de confraternização, de amor, de paz.*”

- Reflexão - Digo que é importante pensar sobre o que vão levar daqui para o dia-a-dia. “*Vocês estão de parabéns porque vieram com vontade, com força, em dia de chuva, dia de calor...*” Pergunto: “*O que vão levar da Musicoterapia?*”

- Algumas respostas:

- “*É bom a gente se encontrar, ver os colegas fora daqui também.*”

- “*Mudou o meu jeito de viver em casa. Em função da nossa união eu mudei o ambiente em casa.*”

- “*... ter prazer de sentir bem, não pensar maldade. A srª fez uma coisa tão boa com a gente. Reunir e colocar todos nós neste pacote!*”

## 12ª Sessão

- Exercícios de Relaxamento e alongamento (em círculo e em pé).
- Massagem em pontos de tensão nas costas e nos ombros (feita em duplas).
- Exercício de Respiração - faço condução para respirar lenta e controladamente.
- Improvisação Vocal não Referencial (Digo: *“Cada um faz seu próprio som, sem se preocupar, pois não há forma certa ou errada, mas o som que se pode expressar naquele momento”.*)
- Troca de papel na condução do grupo (participantes trocam de lugar comigo e, com gestos musicais fazem a regência, utilizando variações dos seguintes parâmetros do som: altura, intensidade e duração).
- Re-criação Musical - Cantamos a música *“Amigos para Sempre”* (melodia de Emily Osment), com uma letra/versão adaptada com conteúdo religioso, trazida por uma paciente para o grupo.
- Cantamos a composição do grupo, *“Assim eu levo a vida”*, com acompanhamento ao violão.
- Leitura da mensagem - A paciente que trouxe *“Amigos para Sempre”* pede para ler a letra, pois é uma mensagem para o grupo.

### **Amigos para Sempre**

*“Amor a gente tenta conhecer*

*E encontrar o caminho*

*Juntos com Jesus para sempre*

*Você pode encontrar...*

*Amigos para sempre*

*Viveremos o futuro*

*E sempre caminharemos com Jesus...*

*Jesus é o Salvador e o perdão...*

*E quero ser feliz.”*

- Comentários - Um paciente elogia a letra, diz que nosso trabalho foi abençoado, pois foi muito especial.
- Re-criação Musical -

- . Pacientes cantam música de Natal (*Menino Jesus*).
  - . Outro paciente canta *O Rio de Piracicaba* (Tião Carreiro, Piraci e Lourival Santos).
  - . Todos cantam *Noite Feliz* (melodia de Franz Gruber).
- Fechamento com a confraternização (amigo secreto, com o sorteio dos nomes no momento de entregar o presente).

## APÊNDICE 4



### Sociedade Brasileira de Cardiologia

**Renato A. K. Kalil**  
Diretor de Comunicação

**Fernando Bacal**  
Editor-Chefe

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2008.

#### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o artigo **“O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso”**, dos autores **Claudia Regina de Oliveira Zanini, Paulo César Brandão Veiga Jardim, Cláudia Maria Salgado, Mariana Cabral Nunes, Fabrícia Lanusse de Urzêda, Marta Valéria Catalayud Carvalho, Dalma Alves Pereira, Thiago de Souza Veiga Jardim, Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza**, foi aceito para publicação no periódico *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.

**Fernando Bacal**  
Editor Chefe

Utilidade Pública Federal  
(Dec. 45.342 de 27/jan/1959)

Departamento de Cardiologia  
da AMB

DIRETORIA (Gestão 2006/2007):

Presidente  
**José Péricles Esteves**

Vice-Presidente  
**Oscar Dutra**

Presidente-Passado  
**Antônio Felipe Simão**

Presidente-Eleito  
**Antônio Carlos Palandri Chagas**

Diretor Científico  
**Dário Sobral**

Diretor Administrativo  
**Roberto Espercatte**

Diretor Financeiro  
**Antônio Luiz Brasileiro**

Diretor de Comunicação  
**Carlos V. Serrano Jr.**

Diretor de Promoção de Saúde  
Cardiovascular - SBC/FUNCOR  
**Álvaro Avezum**

Diretora de Departamentos  
Especializados  
**Marcia M. Barbosa**

Diretor de Relações com Estaduais  
e Regionais  
**Mário de Seixas Rocha**

Diretor de Relações Governamentais  
**Augusto Dê Marco Martins**

Diretor de Qualidade Profissional  
**Washington Barbosa de Araujo**

Editor dos Arquivos Brasileiros  
de Cardiologia  
**Fábio Vilas-Boas**

Coordenador de Normatizações  
e Diretrizes  
**Anis Hassi Jr.**

Coordenador do Portal  
**João Manoel Rossi Neto**

Coordenador da CJTEC  
**Dafton B. Précona**

Rio de Janeiro  
Av. Marechal Câmara, 160 bl. A  
3º andar - Centro  
20020-907 - Brasil  
Tel.: 55 21 3478-2700  
Fax: 55 21 3478-2770

Caixa Postal: 1594 / CEP: 20001-970  
Rio de Janeiro / RJ / Brasil

São Paulo  
Alameda Santos, 705 - 11º andar  
Conquista César  
01419-001 - São Paulo / SP  
Tel.: 55 21 3411-5500  
Fax: 55 21 3411-5504

sbc@cardiol.br  
www.cardiol.br



## **ANEXOS**

---

**ANEXO 1 - Normas de publicação - Artigo 1**

**ANEXO 2 - Normas de publicação - Artigo 2**

**ANEXO 3 - Questionário de Qualidade de Vida Específico**

**ANEXO 4 - Questionário de Qualidade de Vida Genérico**

## ANEXO 1

### ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

1. Os *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* (Arq Bras Cardiol) são uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia, indexada no Cumulated Index Medicus (NLM – Bethesda) – MEDLINE; EMBASE; LILACS, ISI, SCIELO – e classificada como Qualis C internacional (Medicina, CAPES).

2. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado e nem estar sendo analisado por outra revista. Todas as contribuições científicas são revisadas pelo Editor-Chefe, pelo Supervisor-Editorial e pelos Membros do Conselho Editorial. Só são encaminhados aos revisores os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas. Os trabalhos também são submetidos à revisão estatística, sempre que necessário. A aceitação será feita na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.

#### 3. Seções

3.1. Artigo Original: Os ABC aceitam todos os tipos de pesquisa original na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental.

3.2. Editorial: todos os editoriais dos ABC são feitos através de convite. Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

3.3. Revisões: os editores formulam convites para a maioria das revisões. No entanto, trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão bem-vindos. Não serão aceitos nessa seção, trabalhos cujo autor principal não tenha vasto currículo acadêmico ou de publicações, verificado através do sistema Lattes (CNPQ), Pubmed ou SCIELO. Eventualmente, revisões submetidas espontaneamente poderão ser re-classificadas como “Atualização Clínica” e publicadas nas páginas eletrônicas, na internet (ver adiante).

3.4. Correlação Anátomo-Clínica: apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anátomo-patológico.

3.5. Correlação Clínico-Radiográfica: apresentação de um caso de cardiopatia congênita, salientando a importância dos elementos radiográficos e/ou clínicos para a consequente correlação com os outros exames, que comprovam o diagnóstico. Ultima-se daí a conduta adotada.

3.6. Páginas Eletrônicas: Esse formato envolve a publicação de artigos na página da revista na internet, devidamente diagramados no padrão da revista, com as mesmas indexações e valor acadêmico. Todos os artigos fazem parte do sumário da revista impressa, porém só poderão ser acessados via internet, onde poderão ser impressos.

3.7. Atualização Clínica: Essa seção busca focar temas de interesse clínico, porém com potencial de impacto mais restrito. Trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão aceitos para revisão.

3.8. Relato de Caso: casos que incluam descrições originais de observações clínicas, ou que representem originalidade de um diagnóstico ou tratamento, ou que ilustrem situações pouco frequentes na prática clínica e que mereçam uma maior compreensão e atenção por parte dos cardiologistas serão aceitos para avaliação.

3.9. Comunicação Breve: experiências originais, cuja relevância para o conhecimento do tema justifique a apresentação de dados iniciais de pequenas séries, ou dados parciais de ensaios clínicos, serão aceitos para avaliação.

3.10. Imagem Cardiovascular: imagens clínicas ou de pesquisa básica, ou de exames complementares que ilustrem aspectos interessantes de métodos de imagem, que esclareçam mecanismos de doenças cardiovasculares, que ressaltem pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento serão consideradas para publicação.

3.11. Carta ao Editor: correspondências de conteúdo científico relacionadas a artigos publicados na revista nos dois meses anteriores serão avaliadas para publicação. Os autores do artigo original citado serão convidados a responder.

4. Processo de submissão: os manuscritos deverão ser enviados via internet, seguindo as instruções disponíveis no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br> do portal da SBC.

5. Todos os manuscritos são avaliados para publicação no menor prazo possível, porém, trabalhos que mereçam avaliação especial para publicação acelerada (“fast-track”), devem ser indicados na carta ao editor.

6. Os textos devem ser editados em word e as figuras, fotos, tabelas e ilustrações devem vir após o texto, ou em arquivos separados. Figuras devem ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI.

7. Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão ao editor, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide lista acima), declaração do autor de que todos os co-autores estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, explicitando ou não conflitos de interesse\* e a inexistência de problemas éticos relacionados.

8. Conflito de interesses: Quando existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que pode derivar algum conflito de interesse, essa possibilidade deve ser comunicada e será informada no final do artigo.

## 9. Ética

9.1. Os autores devem informar, no texto, se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua instituição em consoante à Declaração de Helsinki.

9.2. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, as normas estabelecidas no “Guide for the Care and Use of Laboratory Animals” (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D. C. 1996) e os Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) devem ser respeitados.

10. Citações bibliográficas: Os ABC adotam as Normas de Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

11. Idioma: os artigos devem ser redigidos em português (com a ortografia vigente) e/ou inglês.

11.1. Para os trabalhos que não possuírem versão em inglês ou que essa seja julgada inadequada pelo Conselho Editorial, a revista providenciará a tradução sem ônus para o(s) autor(es).

11.2 Caso já tenha a versão em inglês, a mesma deve ser enviada para agilizar a publicação.

11.3 As versões inglês e português serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da SBC (<http://www.arquivosonline.com.br>) e da SciELO ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)) permanecendo à disposição da comunidade internacional.

12. Avaliação pelos Pares (peer review): Todos os trabalhos enviados aos ABC serão submetidos à avaliação inicial dos Editores, que decidirão, ou não, pelo envio para revisão por pares (peer review), todos eles pesquisadores com publicação regular em revistas indexadas e cardiologistas com alta qualificação (Corpo de Revisores dos ABC <http://www.arquivosonline.com.br/conselhode revisores/>).

12.1. Os autores podem indicar até cinco membros do Conselho de Revisores que gostariam que analisassem o artigo, assim como podem indicar até cinco revisores que não gostariam que participassem do processo.

12.2. Os revisores farão comentários gerais sobre o trabalho e decidirão se ele deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações ou rejeitado.

12.3. Os Editores, de posse dos comentários dos revisores, tomarão a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os revisores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento.

12.4. Quando forem sugeridas modificações, essas serão encaminhadas ao autor principal para resposta e, em seguida, aos revisores para que verifiquem se as exigências foram satisfeitas.

12.5. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste do Corpo de Revisores.

12.6. Os autores têm o prazo de quinze dias para proceder às modificações solicitadas pelos revisores e submeter novamente o artigo. A não-observância desse prazo implicará na retirada do artigo do processo de revisão.

12.7. A decisão sobre a recusa sem encaminhamento para os revisores ocorrerá em até cinco dias; sendo aceito para revisão, o parecer inicial dos revisores deverá ser produzido, sempre que possível, no prazo de cinco semanas, e o parecer final em até oito semanas, a contar da data de seu recebimento.

12.8. As decisões serão comunicadas por correio eletrônico.

12.9. Os Editores não discutirão as decisões por telefone, nem pessoalmente. Todas as réplicas deverão ser submetidas por escrito para a revista.

12.10. Direitos Autorais: Os autores dos artigos aprovados deverão encaminhar para os ABC previamente à publicação, a declaração de transferência de direitos autorais, assinada por todos os co-autores (imprimir e preencher a carta no link: [http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/Transferencia\\_de\\_Direitos\\_Autorais .pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/Transferencia_de_Direitos_Autorais.pdf)

12.11. Limites de texto: A contagem eletrônica de palavras deve incluir a página inicial, resumo, texto, referências e legenda de figuras. **IMPORTANTE: OS ARTIGOS SERÃO DEVOLVIDOS AUTOMATICAMENTE SEM ENVIO PARA REVISÃO CASO NÃO ESTEJAM DENTRO DOS PADRÕES DA REVISTA.**

Artigo Original	Editorial	Artigo de Revisão/ Atualização Clínica	Relato de caso	Comunicação Breve/ Ponto de Vista	Carta ao Editor	Imagem Cardiovascular	Corelação Clínico-cirúrgica	Correlação Anátomo-Clinica
N máx. de autores	10	2	4	6	8	3	2	4
Título (caracteres incluindo espaços)	100	80	100	80	80	80	80	80
Resumo n máximo de palavras	250	----	250	100	----	----	----	----

Resumo n máximo de palavras - incluindo referências	5000	1000	6500	1500	1500	400	100	800
N máx. de referências	40	10	80	10	10	5	----	10
N máx de tabelas +figuras	8	2	8	2	2	--	1	1

13 Os artigos deverão seguir a seguinte ordem:

13.1. Página de título

13.2. Texto

13.3. Agradecimentos

13.4. Legendas de figuras

13.5. Tabelas

13.6. Figuras

13.7. Referências

13.8. Primeira Página:

- Deve conter o título completo do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, assim como um título resumido (inferior a 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do artigo;

- Devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para os Key-words (descriptors). Os descritores devem ser consultados nos sites: <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês ou [www.nlm.nih.gov/mesh](http://www.nlm.nih.gov/mesh), para termos somente em inglês;

13.9. Segunda Página:

- Resumo: O resumo deve ser estruturado em cinco seções, evitando abreviações e observando o número máximo de palavras. Nos Relatos de Casos, o resumo deve ser não estruturado (informativo). Não cite referências no resumo;

- Fundamento (racional para o estudo);
- Objetivos;
- Métodos (breve descrição da metodologia empregada);
- Resultados (apenas os principais e mais significativos);
- Conclusões (frase(s) sucinta(s) com a interpretação dos dados).

13.10. Texto: Deve ser dividido em introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões.

#### 13.10.1. Introdução:

- Não ultrapassar mais que 350 palavras.
- Faça uma descrição dos fundamentos e do racional do estudo, justificando com base na literatura.

13.10.2. Métodos: Descreva detalhadamente como foram selecionados os sujeitos da pesquisa observacional ou experimental (pacientes ou animais de experimentação, incluindo o grupo controle, quando houver), incluindo idade e sexo.

- A definição de raças só deve ser utilizada quando for possível de ser feita com clareza e quando for relevante para o tema explorado.
- Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (incluindo nome do fabricante, modelo e país de fabricação) e dê detalhes dos procedimentos e técnicas utilizadas de modo a permitir que outros investigadores possam reproduzir os seus dados.
- Justifique o emprego dos seus métodos e avalie possíveis limitações.
- Descreva todas as drogas e fármacos utilizados, doses e vias de administração.
- Descreva o protocolo utilizado (intervenções, desfechos, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística).
- Em caso de estudos em seres humanos indique se o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e se os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.
- Ao final da sessão de métodos, indicar as fontes de financiamento do estudo.

13.10.3. Resultados: sempre que possível, subdivididos em itens para maior clareza de exposição e apoiados em número não excessivo de gráficos, tabelas, quadros e figuras. Orienta-se evitar superposição dos dados como texto e tabela.

13.10.4. Discussão: relacionada diretamente ao tema a luz da literatura, salientando os aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações. O último período deve expressar conclusões ou, se pertinentes, recomendações e implicações clínicas.

13.10.5. Conclusões:

14. Agradecimentos: devem vir após o texto. Nesta seção é possível agradecer a todas as fortes de apoio ao projeto de pesquisa, assim como contribuições individuais.

14.1. Cada pessoa citada na seção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome, uma vez que pode implicar em endosso dos dados e conclusões.

14.2. Não é necessário consentimento por escrito de membros da equipe de trabalho, ou colaboradores externos, desde que o papel de cada um esteja descrito nos agradecimentos.

15. Referências: Os ABC seguem as Normas de Vancouver.

15.1. As referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto, formatadas sobrescritas.

15.2. Se forem citadas mais de duas referências em seqüência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, sendo separadas por um traço (Exemplo: 5-8).

15.3. Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23). As abreviações devem ser definidas na primeira aparição no texto.

15.5. As referências não podem ter o parágrafo justificado e sim alinhado à esquerda.

15.6. Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado.

15.7. Citar os autores da obra se forem seis ou menos ou apenas os seis primeiros seguidos de et al, se forem mais de seis.

15.8. As abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline – na publicação List of Journals Indexed in Index Medicus ou através do site <http://www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html> at <http://locatorplus.gov>.

15.9. Só serão aceitas citações de revistas indexadas, ou, em caso de livros, que possuam registro ISBN (International Standard Book Number).

15.10. Resumos apresentados em congressos (abstracts) só serão aceitos até dois anos após a apresentação e devem conter na referência o termo “resumo de congresso” ou “abstract”.

16. Política de valorização: Os editores estimulam a citação de artigos publicados nos ABC.

17. Tabelas: devem ser apresentadas quando necessárias para a efetiva compreensão do trabalho, não contendo informações redundantes já citadas no texto e numeradas por ordem de aparecimento. Indicar os marcadores de rodapé na seguinte ordem: \*, †, ‡, §, //, ¶, #, \*\*, ††, etc. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/normas/pdf/Manual-de-Formatacao-ABC.pdf>.

18. Figuras: para a submissão, as figuras devem ter boa resolução para serem avaliadas pelos revisores. As legendas das figuras devem ser formatadas em espaço duplo, estar em páginas numeradas e separadas, ordenadas após as Referências. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/normas/pdf/Manual-de-Formatacao-ABC.pdf>

19. Imagens (online): Para os artigos aprovados que contenham exames (exemplo: ecocardiograma e filmes de cinecoronariografia) devem ser enviados como imagens em movimento no formato AVI ou MPEG para serem disponibilizados no site <http://www.arquivosonline.com.br>.

## ANEXO 2



### Quality of Life Research

An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research

Editor-in-Chief: Ronald D. Hays

ISSN: 0962-9343 (print version)

ISSN: 1573-2649 (electronic version)

Journal no. 11136

Springer Netherlands

[Online version available](#)

[Online First articles available](#)

[ISOQOL](#) - [Description](#) - [Editorial Board](#)

[Instructions for Authors](#)

[Quality of Life Research](#)

[Types of papers](#) [Manuscript submission](#) [Manuscript preparation](#) [Heading levels](#) [After acceptance](#) [Copyright](#)

---

### Types of papers

Quality of Life Research welcomes scientific articles in the following categories:

- **Full-Length Original Articles (must include a structured abstract, maximum word limit of 4,000 words exclusive of abstract, tables, figures, and references)**
- Brief Communications (maximum word limit of 1,500 words, exclusive of abstract, tables, figures, and references). See section below on Brief Communications.

Authorship

We want to remind those submitting papers that authorship requires substantial contribution to the work. That is, all authors should have been involved in study conception and design, or analysis and interpretation of data, and drafting the article or revising it critically for important intellectual content.

#### Brief Communications

Brief communications are a maximum of 1,500 words, exclusive of abstract, figures, tables and references. Any topic can be submitted as a brief communication, but all manuscripts that report cross-cultural adaptations of existing measures will only be considered for publication as brief communications in Quality of Life Research. If a paper of this type provides substantially new methodological and/or substantive knowledge (e.g., a superior method of cross cultural adaptation, more thorough evaluation of the original instrument being adapted, multi language or multi country comparisons, etc.), authors should include a letter with their submission justifying the need for a full length report.

#### Language

We appreciate any efforts that you make to ensure that the language is corrected before submission. This will greatly improve the legibility of your paper if English is not your first language.

#### Ethical standards

Manuscripts submitted for publication must contain a statement to the effect that all human studies have been approved by the appropriate ethics committee (including the approval number) and have therefore been performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki. It should also be stated clearly in the text that all persons gave their informed consent prior to their inclusion in the study. Details that might disclose the identity of the subjects under study should be omitted.

The editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above-mentioned requirements. The author will be held responsible for false statements or failure to satisfy the above-mentioned requirements.

### **Manuscript submission**

#### Legal requirements

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

#### Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

#### How to submit

Authors should submit their manuscripts online. Electronic submission substantially reduces the editorial processing and reviewing times and shortens overall publication times. Please connect directly to the site and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

### **Submit online**

#### **Manuscript preparation - Title page**

The title page should include:

- A concise and informative title;
- The name(s) of the author(s);
- The affiliation(s) and address(es) of the author(s) ;
- The e-mail address, telephone and fax numbers of the corresponding author

- The number of words in the manuscript excluding the abstract, tables, figures, and references.

#### Abstract

Please provide a structured abstract of no more than 200 words which should be divided into the following sections:

- Purpose (stating the main purposes and research question) ; - Methods ; - Results ; - Conclusions

Keywords - Please provide 4 to 6 keywords which can be used for indexing purposes. Use terms from the Medical Subject Headings list from Index Medicus.

Abbreviations - Abbreviations and their explanations should be collected in a list.

#### Text

Text formatting; For submission in Word; • Use a normal, plain font (e.g., 12-point Times Roman) for text.

• Use italics for emphasis.; • Use the automatic page and line numbering functions.; • Do not use field functions.

• Use tab stops or other commands for indents, not the space bar.; • Use the table function, not spreadsheets, to make tables.;

• Use the equation editor or MathType for equations.

Note: If you use Word 2007, do not create the equations with the default equation editor but use MathType instead.

• Save your file in either of the two formats doc and rtf. Do not submit docx files.

#### Word template - **Heading levels**

Please use no more than three levels of displayed headings.

SI units - Please always use internationally accepted signs and symbols for units, SI units.

## Terminology

Generic names of drugs are preferred; if trade names are used, the generic name should be given at first mention.

Equations - Please use the standard mathematical notation for formulae, symbols etc.:

- Italic for single letters that denote mathematical constants, variables, and unknown quantities
- Roman/upright for numerals, operators, and punctuation, and commonly defined functions or abbreviations, e.g., cos, det, e or exp, lim, log, max, min, sin, tan, d (for derivative)
- Bold for vectors, tensors, and matrices.

Footnotes - Do not use footnotes (except for acknowledgement footnote on the title page).

Acknowledgments - Acknowledgments of people, grants, funds, etc. can be placed in a separate section before the reference list. The names of funding organizations should be written in full.

References - The list of References should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should only be mentioned in the text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list.

Citation in text - Citations in the text should be identified by numbers in square brackets. The numbers should be given in the order of appearance of the citations in the text. Some examples:

- Health-related quality of life research spans many disciplines [3].
- This result was later contradicted by Becker and Seligman [9].
- This effect has been widely studied [1-3, 7].

List style - Reference list entries should be numbered consecutively in the order cited

### **Journal article -**

1. Harris, M., Karper, E., Stacks, G., Hoffman, D., DeNiro, R., Cruz, P., et al. (2001). Writing labs and the Hollywood connection. *Journal of Film Writing*, 44(3), 213–245.

### **Article by DOI**

2. Slifka, M.K., Whitton, J.L. (2000) Clinical implications of dysregulated cytokine production. *Journal of Molecular Medicine*, doi:10.1007/s001090000086

### **Book**

3. Calfee, R. C., & Valencia, R. R. (1991). *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington, DC: American Psychological Association.

### **Book chapter**

4. O’Neil, J. M., & Egan, J. (1992). Men’s and women’s gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle* (pp. 107–123). New York: Springer.

### **Online document**

5. Abou-Allaban, Y., Dell, M. L., Greenberg, W., Lomax, J., Peteet, J., Torres, M., Cowell, V. (2006). Religious/spiritual commitments and psychiatric practice. Resource document. American Psychiatric Association. [http://www.psych.org/edu/other\\_res/lib\\_archives/archives/200604.pdf](http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf). Accessed 25 June 2007.

Tables • All tables are to be numbered using Arabic numerals.

- Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.
- For each table, please supply a table heading. The table title should explain clearly and concisely the components of the table.
- Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table heading.

Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.

Figures • All figures are to be numbered using Arabic numerals. ; • Figure parts should be denoted by lowercase letters.; • Figures should always be cited in text in consecutive numerical order. ; • For each figure, please supply a figure caption.; • Make sure to identify all elements found in the figure in the caption.; • Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the caption.

For more information about preparing your illustrations, please follow the hyperlink on the right to the artwork instructions.

## ESM

If Electronic supplementary material (ESM) is submitted, it will be published as received from the author in the online version only.

ESM may consist of

- information that cannot be printed: animations, video clips, sound recordings
- information that is more convenient in electronic form: sequences, spectral data, etc.
- large original data, e.g. additional tables, illustrations, etc.
- If supplying any ESM, the text must make specific mention of the material as a citation, similar to that of figures and tables (e.g., “. . . as shown in Animation 3.”).

For details on formats and other information, please follow the hyperlink on the right to the specific instructions for electronic supplementary material

**After acceptance** -Upon acceptance of your article you will receive a link to the special Springer web page with questions related to:

Open Choice -In addition to the normal publication process (whereby an article is submitted to the journal and access to that article is granted to customers who have purchased a subscription), Springer now provides an alternative publishing option: Springer Open Choice. A Springer Open Choice article receives all the benefits of a regular subscription-based article, but in addition is made available publicly through Springer’s online platform SpringerLink. We regret that Springer Open Choice cannot be ordered for published articles.

## **Springer Open Choice**

### **Copyright**

Copyright transfer Authors will be asked to transfer copyright of the article to the Publisher (or grant the Publisher exclusive publication and dissemination rights). This will ensure the widest possible protection and dissemination of information under copyright laws.

Open Choice articles do not require transfer of copyright as the copyright remains with the author. In opting for open access, they agree to the Springer Open Choice Licence.

Offprints/Reprints - Free and/or additional offprints can be ordered by the corresponding author. Twenty-five offprints of each contribution are supplied free of charge to the corresponding author.

Color in print - Online publication of color illustrations is free of charge. For color in the print version, authors will be expected to make a contribution towards the extra costs.

Proof reading - The purpose of the proof is to check for typesetting errors and the completeness and accuracy of the text, tables and figures. Substantial changes in content, e.g., new results, corrected values, title and authorship, are not allowed without the approval of the Editor.

After online publication, further changes can only be made in the form of an Erratum, which will be hyperlinked to the article.

Online first - The article will be published online after receipt of the corrected proofs. This is the official first publication citable with the DOI. After release of the printed version, the paper can also be cited by issue and page numbers.

## ANEXO 3

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (ESPECÍFICO)

(Bulpitt e Fletcher)

#### Seção 1

Por favor, assinale a alternativa correspondente à sua resposta ou coloque um número no local apropriado. Ex.: HORAS DE SONO ( 8 ).

1. No último mês você sentiu tontura ou teve algum desmaio?

( ) SIM                      ( ) NÃO

*Se NÃO, por favor pule para a questão 4.*

2. Se SIM, a tontura ou desmaio ocorreram enquanto você estava em pé?

( ) SIM                      ( ) NÃO

3. Por quantas horas no dia você sentiu tontura ou desmaio?

( ) Menos do que uma      ( ) 1 a 2 horas      ( ) mais do que duas horas

4. No último mês, você se sentiu freqüentemente sonolento durante o dia?

( ) SIM                      ( ) NÃO

5. Quantas horas, em média, você dorme por dia?

\_\_\_\_\_ horas

6. No último mês você sentiu fraqueza nas pernas?

( ) SIM                      ( ) NÃO

7. Você sentiu a vista turva ou embaçada no último mês?

( ) SIM                      ( ) NÃO

8. Você tem falta de ar quando caminha no chão plano em comparação a pessoas de sua idade?

( ) SIM ( ) NÃO

9. Seus tornozelos incham no final do dia?

( ) SIM ( ) NÃO

10. Comparando-se a outros homens e mulheres de sua idade, você tende a caminhar:

( ) mais lentamente ( ) mais rapidamente ( ) no mesmo passo

11. Com que freqüência normalmente seus intestinos funcionam?

Coloque o número de vezes por dia ( ) ou Número de vezes por semana ( )

12. Você apresenta intestino solto ou fezes líquidas com freqüência?

( ) SIM ( ) NÃO

13. No último mês, você ficou com o intestino preso muitas vezes?

( ) SIM ( ) NÃO

14. Quantas vezes, em média, você levanta durante a noite para urinar?

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) + que 2

15. No último mês você tem sentido a boca seca?

( ) SIM ( ) NÃO *Se NÃO, por favor passe para a questão 17*

16. Se SIM, a boca seca atrapalha você para falar ou comer?

( ) SIM ( ) NÃO

17. No último mês você tem sido incomodado por um gosto ruim na boca?

( ) SIM ( ) NÃO

18. No último mês você tem sido incomodado por nariz entupido ou escorrendo?

( ) SIM ( ) NÃO

19. Comparando-se a outras pessoas de sua idade, sua capacidade de concentração é: ( ) melhor que a média ( ) mesma que a média ( ) pior que a média

20. No último mês você sentiu vermelhidão no seu rosto ou pescoço?

( ) SIM ( ) NÃO

21. Durante o último mês, você foi freqüentemente incomodado por sonhos agitados que pareciam reais ou por pesadelos?

( ) SIM ( ) NÃO

22. Durante o último mês, você sentiu enjôo ou vomitou com freqüência?

( ) SIM ( ) NÃO

23. Você teve alguma lesão na pele no último mês?

( ) SIM ( ) NÃO

24. Você tem apresentado coceira no último mês?

( ) SIM ( ) NÃO

25. Seus dedos ficam pálidos quando está frio?

( ) SIM ( ) NÃO

*Se NÃO, por favor passe para a questão 27*

26. Se SIM, eles ficam doloridos?

( ) SIM ( ) NÃO

27. Você tem sofrido de dor de cabeça no último mês?

( ) SIM ( ) NÃO

*Se NÃO, passe para a questão 30*

*Se SIM, por favor passe para a questão 28 e 29*

28. Com que frequência suas dores de cabeça ocorrem?

- 1 ou mais vezes por dia
- 1 até 6 vezes por semana
- menos que uma vez por semana

29. Em que hora do dia sua dor de cabeça ocorre?

- ao acordar pela manhã
- durante o dia, sem estar presente quando você acorda
- durante à noite

30. Você tem tido tosse seca no último mês?

- SIM
- NÃO

31. As próximas questões se referem a sua vida sexual. Sabemos que estas questões são de natureza muito pessoal, mas são importantes, pois estamos interessados em todos os aspectos do seu bem estar e gostaríamos que você as respondesse. Gostaríamos de enfatizar, novamente, que essa informação é confidencial.

Seu interesse em sexo está:

- menor
- o mesmo ou maior

32. Você tem relação sexual?

- SIM
- NÃO

Se NÃO, por favor pule para a questão 33

Se SIM, por favor pule para a questão 34

33. Suas razões para não ter relações sexuais são (assinale quantas alternativas forem necessárias)

- Falta de interesse
- Outra razão relacionada com sua saúde (por favor especifique)

---

34. Com que frequência você tem relações sexuais? Por favor, escreva no espaço o número de:

( ) vezes por semana      ( ) vezes por mês ou      ( ) vezes por ano

35.

Somente para homens

Durante a relação sexual você é incomodado por não conseguir manter uma ereção?

( ) SIM                      ( ) NÃO

Somente para mulheres

Durante a relação sexual você tem sentido dificuldade para se excitar (ficar molhada/lubrificada)?

( ) SIM                      ( ) NÃO

**Seção 2**

36. Por favor assinale a alternativa que melhor representa a sua situação

- ( ) emprego remunerado
- ( ) emprego não remunerado, mas trabalhando em casa ou com parentes
- ( ) desempregado, mas procurando por um trabalho
- ( ) desempregado, afastado por motivos de doença?
- ( ) aposentado

37. Se você assinalou em “emprego remunerado”, no último mês, quantos dias você faltou devido a sua doença? (por favor escreva o número de dias no espaço, ou assinale nenhum se você não teve falta devido à doença)

( ) dias

38. Se você faltou ao trabalho por motivos de doença, escreva qual foi a razão

---

39. Durante o último mês, você tem se sentido incapaz de realizar atividades domésticas habituais devido à sua doença?

( ) SIM                      ( ) NÃO

40. Se SIM, por quantos dias você esteve incapacitado de realizar suas atividades habituais devido à doença?

Por favor, escreva o número de dias ( )

41. Quais foram as razões pelas quais você esteve incapaz de realizar suas atividades habituais?

---

42. Você tem alguma atividade de lazer ou divertimento

( ) SIM                      ( ) NÃO

43. Se SIM, por favor escreva quais são as suas atividades de lazer ou divertimento

---

44. Seu estado de saúde tem interferido nas suas atividades de lazer ou divertimento?

( ) SIM                      ( ) NÃO

45. Se SIM, de que maneira?

---

46. O seu estado de saúde tem interferido de alguma outra maneira na sua vida recentemente?

( ) SIM                      ( ) NÃO

Se SIM, de que maneira? \_\_\_\_\_

---

## ANEXO 4

### QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (GENÉRICO)

#### SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

---

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Os dados a serem fornecidos nos manterão informados sobre como você se sente e sobre quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão marcando a resposta conforme indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que **sua saúde** é:

- (circule uma)
- |                  |   |
|------------------|---|
| Excelente .....  | 1 |
| Muito boa .....  | 2 |
| Boa .....        | 3 |
| Ruim .....       | 4 |
| Muito ruim ..... | 5 |

2. **Se comparada há um ano**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?**

- (circule uma)
- |  |   |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano .....    | 1 |
| Um pouco melhor agora do que há um ano ..... | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás .....          | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano .....   | 4 |
| Muito pior agora do que há um ano .....      | 5 |

3. Os itens abaixo são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades?** Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

<b>Atividades</b>	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Não dificulta de modo algum
a) <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e) Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h) Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
i) Andar <b>um quarteirão</b>	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule um número para cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c) Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como se sentir deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

6. Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupo?

- (circule uma)
- |                       |   |
|-----------------------|---|
| De forma nenhuma..... | 1 |
| Ligeiramente.....     | 2 |
| Moderadamente.....    | 3 |
| Bastante.....         | 4 |
| Extremamente.....     | 5 |

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

- (circule uma)
- |                  |   |
|------------------|---|
| Nenhuma.....     | 1 |
| Muito leve.....  | 2 |
| Leve.....        | 3 |
| Moderada.....    | 4 |
| Grave.....       | 5 |
| Muito grave..... | 6 |

8. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como o de dentro de casa)?

- (circule uma)
- |                        |   |
|------------------------|---|
| De maneira alguma..... | 1 |
| Um pouco.....          | 2 |
| Moderadamente.....     | 3 |
| Bastante.....          | 4 |
| Extremamente.....      | 5 |

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação **às últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo, sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- Todo o tempo..... 1  
 A maior parte do tempo..... 2  
 Alguma parte do tempo..... 3  
 Uma pequena parte do tempo..... 4  
 Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5