



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
FCMS – PUC-SP

Thiago dos Reis Hoffmann

**A Atuação dos “Músicos do Elo” em um Centro de
Hemodiálise: Uma Experiência Humanizadora que
Melhora a Qualidade de Vida e Sintomas de Depressão.**

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões de Saúde

Sorocaba

2014

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
FCMS – PUC-SP

Thiago dos Reis Hoffmann

**A Atuação dos “Músicos do Elo” em um Centro de
Hemodiálise: Uma Experiência Humanizadora que
Melhora a Qualidade de Vida e Sintomas de Depressão.**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Estudos Pós-
Graduados - Educação nas Profissões
da Saúde da PUC-SP, como requisito
para obtenção do título de Mestre
Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Antônio de Almeida

Sorocaba
2014

Bibliotecário Responsável: Antonio Pedro de Melo Maricato CRB-8 / 6922
Biblioteca Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Júnior.
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC-SP

H711 Hoffmann, Thiago dos Reis
A atuação dos “Músicos do Elo” em um centro de hemodiálise: uma experiência humanizadora que melhora a qualidade de vida e sintomas de depressão / Thiago dos Reis Hoffmann. -- Sorocaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Fernando Antonio de Almeida.
Dissertação (Mestrado Profissional) -- Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências
Médicas e da Saúde.

1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Humanização da
Assistência. 3. Música. 4. Qualidade de Vida. I. Almeida,
Fernando Antonio de. II. Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III.
Título.

Banca Examinadora:

DEDICATÓRIA

Dedico a minha formação como Mestre Profissional a meus pais Rita e Francisco Hoffmann, que, no decorrer da minha vida, proporcionaram-me além de extenso carinho e amor, os conhecimentos da integridade, da perseverança e de procurar sempre a força maior para o meu desenvolvimento como ser humano. Por essa razão, gostaria de dedicar e reconhecer à vocês, minha imensa gratidão.

À minha esposa Bárbara e ao meu filho João Roberto, minha família, pela compreensão além das expectativas das minhas ausências e cansaço, por compreender a importância da minha formação e sempre contribuírem para minha determinação em busca do melhor. À vocês, meu amor incondicional.

Agradeço especialmente aos meus queridos amigos e companheiros de estudo, todos que me ajudaram no percurso da vida acadêmica, compreendendo-me e ensinando-me para que eu conquistasse meu lugar ao sol.

A equipe do Centro de Diálise e Transplante Renal e seus representantes, Dra. Cibele, Dr. Ronaldo, Dr. Ênio, Dr. Ricardo, Dr. Francisco e Dr. Fernando.

Agradeço também aos pacientes por tão amorosamente me acolherem e compartilharem conosco, partes preciosas de suas vidas.

E aos Músicos do Elo, Wilson e Leiliane, por cantarem e me encantarem com seu raro dom, a música.

À todos vocês, meu eterno obrigado.

Thiago dos Reis Hoffmann

RESUMO

Indivíduos com doença renal crônica (DRC), além de terem que se submeter ao tratamento por hemodiálise (HD) durante 4 horas, 3 vezes por semana, sofrem mudanças importantes no seu modo de vida, nas relações familiares e sociais que culminam com o comprometimento de sua qualidade de vida (QV) maior risco de depressão. À semelhança do que já vem sendo realizado em vários países da Europa, é presumível que a intervenção de músicos especialmente capacitados para atuar no ambiente hospitalar e em outras áreas de cuidados (Músicos do Elo) seria uma estratégia humanizadora para o indivíduo com DRC em HD, que poderia resultar em melhora destas condições adversas. **Objetivo:** identificar as possíveis influências que a atuação dos Músicos do Elo, durante as sessões de HD, produziu na QV, nos parâmetros de depressão e na sensação subjetiva de bem estar dos pacientes submetidos à HD no Centro de Diálise e Transplante Renal (CDTR) de Sorocaba, SP. **Métodos:** Participaram do estudo 24 pacientes, maiores de 18 anos que realizavam hemodiálise há mais de 6 meses no CDTR. Destes, 12 pacientes formaram o grupo controle (sem intervenção) e 12 pacientes sofreram a intervenção dos Músicos do Elo, por 5 meses, nas sessões regulares de HD aos sábados. Avaliamos a QV pelo questionário *Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™)* – v.1.3 e o estado de depressão pela escala de Hamilton – *The Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)*. Foi aplicado aos pacientes um questionário aberto para avaliar a receptividade e os efeitos da intervenção e as falas dos entrevistados foram submetidas à análise temática e depois à técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre). **Resultados:** Observamos modificações favoráveis na QV no grupo que sofreu intervenção. Os marcadores de depressão mostraram-se altos em ambos os grupos, com significativa melhora apenas no grupo intervenção. Os pacientes aprovaram plenamente e expressaram sentimentos positivos durante e após a intervenção (atenção, acolhimento, interação, laços familiares, memórias agradáveis). **Concluimos** desta forma que a intervenção humanizadora proposta pelos Músicos do Elo trouxe melhorias para o ambiente e para a QV e bem estar dos pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Palavras Chave: Música, insuficiência renal crônica, qualidade de vida, humanização da assistência, equipe de assistência ao paciente, psicologia clínica, depressão.

ABSTRACT

Individuals with Chronic Kidney Disease (CKD), besides having to stay on treatment by hemodialysis (HD) for four hours, three times a week, also undergo important changes in their way of life, in family and social relationships that culminate with the impairment of their quality of life (QoL) and they're also at higher risk of depression. Similar to what is already being done in several countries of Europe, we believe that the intervention of musicians specially trained to work in hospitals and other health care areas (Músicos do Elo) would be a humanizing strategy for the individual with CKD in HD which could result in improvement of these adverse conditions. **Objective:** To identify the possible influence that the performance of the "Músicos do Elo" during HD sessions produced in QoL, in parameters of depression and in the subjective sense of well-being of patients undergoing HD at Centro de Diálise e Transplante Renal (CDTR) in Sorocaba, SP. **Methods:** The study included 24 patients, 18 years or older, on hemodialysis for more than 6 months at CDTR. Of these, 12 patients were included on control group (no intervention) and 12 patients underwent the intervention of the "Músicos do Elo" for five months on regular HD sessions on Saturdays. We evaluated the QOL by the questionnaire Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (SF-KDQOL™) - v.1.3 and state of depression by the Hamilton scale - The Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). Also, was applied to the patients an open questionnaire to assess how they accept and how the intervention affects their lives, and the speeches of the interviewees were submitted to thematic analysis and then to the technical analysis of the Collective Subject Discourse (Lefèvre). **Results:** We observed favorable changes in QoL in the intervention group. Markers of depression were high in both groups, with a significant improvement in the intervention group only. Patients fully approved and expressed positive feelings during and after the intervention (attention, host interaction, family ties, pleasant memories). We **conclude** therefore that the humanizing intervention proposed by "Músicos do Elo" brought improvements to the environment and to the QoL and well-being of patients with chronic renal failure on hemodialysis.

Keywords: Music, chronic renal insufficiency, quality of life, humanization of assistance, patient care team, clinical psychology, depression.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	08
LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE GRÁFICOS.....	10
INTRODUÇÃO:	11
1.1 A Vivência	11
1.2 Doença Renal Crônica	12
1.2.1 Qualidade de Vida na Doença Crônica.....	16
1.2.2 Depressão	17
1.3 Humanização e DRC.....	19
1.4 Música.....	20
1.5 Os “Músicos do Elo” e a sua Formação	22
1.6 Como se deu o encontro	25
2. OBJETIVO	28
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	30
3.1 Local e Período do Estudo	30
3.2 Participantes da Pesquisa.....	31
3.2.1 Grupos Estudados	31
3.3 Instrumentos de Avaliação	32
3.3.1 Avaliação Qualitativa	32
3.3.2 Avaliação Quantitativa	33
3.4 Procedimentos Amostrais, Estatísticos e de Análise dos Dados.	35
3.1 Aspectos Éticos da Pesquisa	36
4. RESULTADOS	38
4.1 Caracterização dos Pacientes.....	38
4.2 Qualidade de vida - KDQOL.....	39
4.3 Marcadores de Depressão - HAM.....	44
4.4 Entrevistas	45
5. DISCUSSÃO	56
5.1 Implicações da DRC e da TRS na Qualidade de Vida dos Pacientes.	56
5.2 Efeitos da intervenção dos Músicos do Elo.....	61

5.2.1	O discurso dos pacientes.	64
5.3	Diário de Bordo.	66
6.	CONCLUSÕES	70
7.	REFERÊNCIAS.....	72
8.	APÊNDICES	78
9.	ANEXOS	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADSC	Análise do Discurso do Sujeito Coletivo
CDTR	Centro de Diálise e Transplante Renal
DPA	Diálise Peritoneal Automática
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DRC	Doença Renal Crônica
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
FAV	Fístula Artério-Venosa
HAM-D	Escala de Hamilton para Depressão
HD	Hemodiálise
KDQOL-SF	Kidney Disease and Quality of Life – Short Form
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TX	Transplante Renal

LISTA DE TABELAS

Tab. 01 – Parâmetros Sociodemográficos nos Grupos Controle e Intervenção	40
Tab. 02 – Parâmetros do KDQOL no Grupo Controle nos Períodos Inicial e Final	42
Tab. 03 – Parâmetros do KDQOL-SF no Grupo Intervenção nos períodos Pré e Pós Intervenção	43
Tab. 04 – Média dos Grupos Controle e Intervenção para os Parâmetros do KDQOL no Período Pré Intervenção.....	44
Tab. 05 – Número de Participantes da Pesquisa com Indicadores de Depressão no Primeiro e Segundo Momento.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Graf. 01 – Que sensações você viveu quando os músicos vieram tocar para você?	48
Graf. 02 – Você se lembrou de alguma coisa enquanto os músicos tocavam pra você?	49
Graf. 03 – Qual o sentido da música para você?	50
Graf. 04 – Qual é a sensação de tempo na presença da música?	52
Graf. 05 – Houve alguma diferença no ambiente de tratamento?.....	53
Graf. 06 – Você percebeu alguma mudança nos funcionários após a atuação dos músicos?	54
Graf. 07 – Existe algum comentário a mais que você gostaria de fazer sobre a intervenção musical que vem sendo feita com os pacientes no CDTR?	55

INTRODUÇÃO

1.1 A Vivência

Atuo como psicólogo hospitalar no Centro de Diálise e Transplante Renal (CDTR) em Sorocaba. Em minhas vivências no CDTR, tenho como rotina a visita aos pacientes durante o processo de hemodiálise, percebendo a dificuldade que estes pacientes enfrentam na convivência com a doença crônica, a dependência do outro, a fragilidade no olhar e a carência de compreensão a respeito de sua saúde. Pessoas que não conseguem se desvencilhar da doença, tanto física quanto psicologicamente, que vivenciam apenas as questões relacionadas à doença renal crônica (DRC), dentro e fora do centro de diálise, praticamente “respirando” a doença.

Recentemente tivemos a oportunidade de receber em nosso serviço de hemodiálise os “Músicos do Elo”, uma dupla de pessoas com formação musical e com uma proposta humanizadora do ambiente hospitalar que, em busca de seu aperfeiçoamento e formação dentro de centros hospitalares, iriam desenvolver uma atividade musical que já existe em centros de cuidados à saúde europeus há 15 anos, mas até então não havia sido realizada em nosso meio, ou mesmo pesquisada e avaliada com rigor científico. Os Músicos do Elo são mais do que apenas músicos tocando para pacientes, pois têm uma proposta de atuação humanizadora e participativa dentro das instituições de saúde, buscando um novo olhar para o processo de adoecimento e sua relação com a qualidade de vida.

A presença dos Músicos do Elo em nosso ambiente de trabalho foi o mote principal para o desenvolvimento deste estudo. Vislumbramos a possibilidade dos pacientes vivenciarem uma nova experiência, sensações e vimos cientificamente a possibilidade de avaliarmos as influências qualitativas e quantitativas desta intervenção no dia a dia, dos pacientes e suas consequências secundárias na clínica e nos colaboradores.

1.2 Doença Renal Crônica

A DRC é uma síndrome decorrente da perda progressiva e irreversível da função glomerular, tubular e endócrina dos rins^{1,2}. Seu tratamento consiste na substituição da função renal pelo processo dialítico ou pelo transplante renal.

A terapia renal substitutiva (TRS) pode ser realizada em três modalidades: a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal (TX renal). Na diálise peritoneal, um cateter flexível é implantado cirurgicamente no peritônio criando um "filtro natural de diálise", entre o sangue do paciente e a solução estéril inserida na cavidade peritoneal por este cateter. O peritônio é forrado com minúsculos vasos sanguíneos, assim, os resíduos e a água acumulados no sangue fluem através dos vasos sanguíneos para a solução de diálise. Após a permanência de algumas horas retira-se a solução de diálise já saturada de substâncias tóxicas. A terapia acontece com as trocas sucessivas (4 vezes por dia) da solução de diálise³. Esta modalidade denomina-se diálise peritoneal ambulatorial contínua ou DPAC. Todo este processo é cercado por cuidados extremos, inicialmente com um longo treinamento com enfermeiros

especializados, após, rigorosa assepsia do ambiente e da pessoa que irá realizar ou auxiliar no procedimento de troca das bolsas, pois o grande problema nesta modalidade de TRS são as infecções (peritonite). Uma segunda modalidade de diálise peritoneal é realizada de forma automatizada, por meio de uma máquina computadorizada, que propicia trocas no período noturno, semelhante à primeira, mas denominada diálise peritoneal automática (DPA).

A segunda modalidade e alvo deste trabalho é a hemodiálise. Consiste em um processo artificial de filtração do sangue, que faz a remoção de substâncias tóxicas do sangue por meio de um filtro artificial mecânico, em substituição parcial aos rins orgânicos não-funcionantes. O sangue é retirado do corpo por meio de uma agulha de grosso calibre inserida em uma fístula artério-venosa artificial (FAV) – resultante de uma pequena cirurgia que une uma artéria a uma veia do braço, sendo impulsionado por uma bomba até o dialisador, um filtro mecânico de diálise, acoplado à máquina de hemodiálise. Nesse filtro, o sangue é posto em contato com a solução de diálise, separado dela apenas por uma membrana semipermeável, através da qual se fazem as trocas de substâncias entre os dois compartimentos líquidos. Neste processo, as substâncias tóxicas passam do compartimento de maior concentração (sangue) para o de menor concentração (líquido de diálise), até equilibrar-se. Após ser filtrado, o sangue é devolvido ao paciente pela FAV, puncionada em um segundo ponto para esta finalidade.

Uma sessão de hemodiálise dura, em média, quatro horas e deve ser feita três vezes por semana. De acordo com as peculiaridades individuais, esses parâmetros podem variar um pouco. Durante as sessões de hemodiálise

podem ocorrer várias intercorrências como câimbras, hipotensão arterial (queda da pressão arterial), dor de cabeça, mal estar, febre, calafrios, arritmias cardíacas e outras complicações menos frequentes⁴. Embora o tratamento não seja agradável, ele preserva a vida dos portadores de uma doença cuja única perspectiva seria a morte.

O paciente que é indicado ou que escolhe a hemodiálise como forma de tratamento passa por severas alterações em sua rotina de vida, com restrições em seus aspectos físicos e com prejuízos à vida pessoal, familiar, profissional e social⁵.



Machado (2003)⁵ refere que em consequência destas complicações clínicas, há necessidade de restrição do consumo de água, da limitação na diversidade da alimentação e a observância desta orientação, fatores determinantes para o melhor prognóstico ao longo do tratamento, assim, devendo o paciente manter este comportamento durante todo o tempo.

As complicações provenientes das comorbidades da DRC acarretam com frequência debilidade física, fraqueza, impossibilidade de utilização dos membros superiores devido a presença da FAV, problemas ósseos,

vasculares, musculares, todos, levam o paciente a manter um diálogo próximo com a incapacidade e sentimentos de inutilidade. Para o autor, a rotina do paciente em diálise modifica-se também no âmbito familiar, onde se observa frequentemente a alteração dos papéis familiares. Tanto o homem quanto a mulher, antigos provedores do sustento familiar, ou pelo menos colaboradores e mantenedores das rotinas e cuidados do lar e da família, passam a ser dependentes dos demais integrantes da família⁵.

Segundo Buss e cols (2000)⁶ a debilidade emocional se faz presente nas doenças crônicas, visto que, se o paciente sente-se improdutivo para o trabalho, não terá forças para ser o chefe da família. A rotina de trabalho do paciente fica comprometida, em decorrência da periodicidade necessária do tratamento, além do fato do comprometimento físico após o término do procedimento. Os mesmos autores referem que é importante que o paciente crônico em tratamento mantivesse algumas rotinas, como por exemplo, o trabalho, contudo, este fato não ocorre. Assim, notoriamente, as perspectivas futuras e projetos individuais ficam comprometidos⁶.

Segundo Jodelet (1993)⁷ a DRC tem grande impacto na vida social do paciente, pois, dependendo da gravidade da doença, a família acaba por alterar as suas rotinas para poder cuidar e apoiar o doente, o que acaba por influenciar não só o relacionamento, como modifica o estilo de vida familiar.

Sabe-se que as doenças crônicas trazem consigo estigmas para os acometidos. Moscovici (1961) *apud* Jodelet (1993)⁷, reflete sobre as representações sociais que os sujeitos têm de enfrentar para conviver com a doença, insistindo na especificidade dos fenômenos representacionais nas sociedades contemporâneas que se caracterizam pela intensidade e fluidez

das trocas e comunicações, pelo desenvolvimento da ciência e mobilidade social. Cita que:

“...as representações sociais, como sistemas de interpretação, que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais.” (Jodelet, 1993 - p.5)

1.2.1 Qualidade de Vida na Doença Crônica

Existe um grande número de estudos na área da DRC, analisando e determinando indicadores de qualidade de vida (QV), níveis de estresse, depressão e ansiedade, assim como inúmeras outras comorbidades psicopatológicas^{5,6,8-17}. Entretanto, são escassos novos métodos de intervenção que deem funcionalidade aos progressos na atuação de profissionais de saúde com os indivíduos com DCR e que possam melhorar a QV destes indivíduos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, o que define qualidade de vida não é a presença ou ausência de doença, síndromes ou transtornos, mas sim um conjunto de situações que envolvem o bem-estar físico, social, emocional, financeiro e cultural do sujeito, ou seja, não somente o fato do adoecimento limita o sujeito, mas também o comprometimento e limitações de todos os seus costumes, ritos e vínculos, modificados em prol do tratamento contínuo imperativo.

Assim, podemos pensar que a qualidade de vida está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrangendo, além do citado pela OMS, aspectos como a capacidade funcional, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos, religiosos, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo⁹.

Registros apontam que no decorrer do tratamento, de acordo com o progresso da idade e a inversão de papéis sociais e estruturas familiares, podem ocorrer síndromes e transtornos associados ao nível de estresse, depressão e ansiedade¹⁸. Segundo Minayo (1993)¹⁹, toda e qualquer alteração destas variáveis notoriamente acarretará em modificações em todos os demais aspectos da vida do indivíduo.

1.2.2 Depressão

Uma das observações mais comuns dos profissionais que acompanham os pacientes crônicos é a depressão, caracterizada pela falta de ânimo, tristeza generalizada, choro constante, sensação de inutilidade ou cobrança excessiva, irritabilidade, distúrbios do sono, entre outros sintomas observados na clínica.

Apesar da gama de definições para Depressão ou Melancolia, defini-la em uma frase é desconsiderar a singularidade do sentimento humano. O

sofrimento vivenciado pelo indivíduo ainda passa por uma série de questionamentos a respeito de sua etiologia²⁰.

Melancolia é o termo mais antigo para definir as doenças do humor e da tristeza, remontada a citações na Grécia antiga e filosoficamente pensada por Hipócrates, utilizada mais como termo filosófico e de estado de espírito, além de desvinculada dos estudos médicos²¹.

Esta maneira de pensar o acometimento mental modificou-se apenas quanto Phillipe Pinel (1745-1826), médico, matemático e enciclopedista, passou a estudar a então denominada “loucura” como um ramo da medicina²².

Com o movimento científico do século XIX, o termo depressão, do latim “de-premere” (pressionar para baixo) passou a ser utilizado pela psiquiatria, visto que o primeiro conceito “remetia a um estado do romantismo muito presente na literatura e inadequado à ciência psiquiátrica”, como cita Teixeira (p.9)²¹.

“Sei que tenho tudo e que não há razão para tanto sofrer, mas sofro”, esta é a frase que define a depressão, como cita Peres (2006)²³. A falta quase completa da autoestima, a cobrança, críticas mentais e o ódio a si próprio, dores, perda de apetite, insônia e oscilações de peso também fazem parte do processo. O estado de confusão mental gerado pelo processo depressivo dificulta o raciocínio e contribui para a degradação das pulsões de vida. Comenta ainda que existe uma perda do pudor para que houvesse uma crítica tão cruel e desastrosa de si e desta forma o deprimido carrega consigo, constantemente a culpa e o remorso.

Segundo Zimmermann *et al.*(2004)¹⁰, além das características da personalidade e disposições genéticas, na DRC, o processo depressivo surge associado a uma série de perdas duradouras, como a função renal, o bem-estar, o papel familiar, a função sexual, entre outras, e pode interferir no prognóstico da doença.

1.3 Humanização e DRC

O tratamento atual da DRC não resulta em cura. Assim, as comorbidades (biológicas ou psicológicas) possivelmente acompanharão o paciente pelo tempo em que permanecer em tratamento, levando então ao questionamento: Como tratar atendendo a todas as necessidades do paciente?

Historicamente, somente os pacientes em estado terminal eram tratados de forma diferenciada em relação àqueles com perspectivas de cura, em função ao preceito relacionado à morte, levando a um pensamento puramente biologicista, voltado apenas ao órgão doente, aos procedimentos técnicos, indiferenciado dos sentimentos, medos e angustias dos pacientes e familiares. Independente da realidade de morte iminente, quando lidamos com o “crônico” podemos estar lidando, muitas vezes, com a morte emocional, com a morte das esperanças e expectativas de vida, como refere Moritz (2012)²⁴. O autor diz ser necessário tratar a dor, em um conceito de “conforto”, mas sem que haja a sensação e abandono, acrescentando o olhar biopsicossocial e espiritual ao sujeito e a família.

Esta temática trata da humanização que atualmente vem ganhando espaço nos serviços de saúde apoiada por políticas governamentais, tendo o engajamento dos próprios serviços de saúde e das instituições de educação em saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização (PNHAH), sendo a humanização definida como valor na medida em que busca resgatar o respeito à vida humana. O PNHAH prevê a organização dos serviços de saúde considerando dois ângulos interdependentes: a humanização do atendimento ao público (cuidar do usuário) e a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (cuidar do cuidador)²⁶.

1.4 Música

A música apresenta-se como uma expressão artística cultural universal, capaz de resgatar, através de seu poder evocativo, sensações que modificam o cotidiano afetivo, social e profissional, favorecendo a saúde mental, a prevenção do estresse e o alívio do cansaço²⁷. Ela é capaz de gerar a possibilidade de reflexão, o bem-estar e a integração. A música é um fato social e cultural que possibilita construir e agir nas lembranças e fazer uso destas²⁸.

Instituições de saúde de todo o mundo já reconhecem o valor social e terapêutico da arte aplicada à medicina, e a tendência de incluí-la entre as atividades hospitalares é crescente. Muitas formas de expressão artísticas têm sido desenvolvidas nos hospitais, desde as mais clássicas, como a pintura, teatro, literatura e música até o teatro clown, uma das mais atuais²⁷.

A intervenção musical traz diversos benefícios ao ser humano, tanto fisiológicos quanto psicológicos. Assim, desde a antiguidade, personagens históricos como Pitágoras já observavam os benefícios da música na saúde. Quanto a Alexandre, o Grande, este utilizava a música para convocar e incentivar seus soldados à guerra e promover relaxamento após o combate. Também os egípcios e outras civilizações antigas usavam a música em seus rituais por acreditarem, por exemplo, que ela poderia interferir na fertilidade das mulheres²⁹⁻³¹.

Na atualidade, alguns estudos vêm sendo desenvolvidos com a finalidade de compreender como a música interfere nos mecanismos fisiológicos, enquanto outros buscam explicar e aplicá-la na atividade de vida diária dos pacientes e no ambiente hospitalar³². Através da música pode-se também alcançar outros objetivos, como o de “aguçar” funções (função motora, principalmente). A intervenção musical proporciona um cuidado mais humanizado ao paciente, além de ser um recurso facilitador da comunicação³⁴.

A maioria dos trabalhos atuais envolvendo a música visa atividades humanizadoras lúdicas, desenvolvidas com crianças, contudo, os “Músicos do Elo” não se limitam à atuação infantil, mas seu trabalho pretende atender aos indivíduos de todas as idades que tenham sua saúde comprometida, atendendo também todos que convivam no ambiente hospitalar ou de atenção à saúde, incluindo, familiares, acompanhantes e a equipe de cuidadores (enfermeiros, médicos e funcionários).

1.5 Os “Músicos do Elo” e a sua Formação

O trabalho dos “Músicos do Elo”, que vêm se desenvolvendo em alguns países europeus desde 1999 e no Brasil desde 2011, busca inserir a atividade humanizadora de músicos no ambiente hospitalar. Propõe abrir espaço para cultura, procura o sujeito por trás do paciente e promove o “resgate a si próprio”. Além disso, lança um novo olhar de humanização aos serviços hospitalares, procurando resgatar o “sentido do sentimento”, tanto dos pacientes, quanto da equipe de saúde e demais profissionais dentro do hospital, agindo em conjunto com o paciente e seus familiares, re-significando a essência da vida³⁶.

Na França (Universidade de Estrasburgo), em Portugal (Orquestra Metropolitana de Lisboa), na Alemanha e Itália, os futuros Músicos do Elo são selecionados em função de suas competências técnicas musicais e também pelas suas atitudes pessoais, de relacionamento e capacidade de comunicação. A partir desta seleção passam por uma formação de um ano com características humanística, filosófica, de comunicação, psicológica, social e musical, incluindo o estágio em serviços de saúde de 6 meses.

O Músico do Elo formado é um verdadeiro profissional especializado. As modalidades e finalidades de seu trabalho se distinguem das várias formas de trabalho de músicos nos hospitais, que podemos categorizar como: músicos terapeutas, músicos amadores, concertistas (músicos fazendo shows) e, finalmente, músicos caridosos, emocionados pelas condições das pessoas hospitalizadas³⁶. Segundo a definição do idealizador do projeto em sua origem (Prof. Victor Flusser) os Músicos do Elo são indivíduos com formação

profissional em música, especialmente formados para atuar no meio hospitalar ou serviços de saúde e ao final de sua capacitação adquirem competências relacionais, sabendo inserir sua ação num projeto de serviço, criando elos com os pacientes, seus familiares e com as equipes hospitalares e, promovendo ainda, interações musicais com as diversas pessoas presentes no hospital. Desenvolvem em sua formação a reflexão musical e um trabalho psicológico sobre a dor, o estresse, a solidão, a ruptura, a angústia e a morte, permitindo partilhar e interagir com as diversas pessoas no hospital ³⁷. Sua formação inclui também conhecer as regras e o funcionamento dos diversos serviços hospitalares trabalhando em conjunto com a equipe multiprofissional e participando dos projetos de humanização do hospital ³⁸.

O trabalho dos Músicos do Elo se dá por meio de visitas hospitalares individuais, ou seja, cada profissional (ou grupo de profissionais) passa quarto a quarto, leito a leito, entoando canções e/ou sons para cada paciente, integrando-o no ato musical e, desde que apropriado, envolvendo também familiares, acompanhantes e profissionais da equipe de saúde. O repertório e o conjunto de instrumentos são previamente selecionados de acordo com a realidade cultural regional e, principalmente, a vivência de cada sujeito. Estas informações são coletadas através de observações anteriores da instituição pelos músicos²⁸.

Assim, os Músicos do Elo diferem dos músicos que atuam em shows ou concertos em hospitais, pois abrem um novo espaço de atuação com um trabalho baseado essencialmente na interação. “Eu me realizo no contato com o tu; eu venho a ser EU, dizendo TU. Toda a verdade esta no encontro” (Buber, 1937)³⁷.

“O seu ato musical é sempre único, original e se constrói a cada encontro. Assim a música no hospital não é um ato de apresentação musical, mas o espaço de diálogo musical criativo entre o músico atuante e as diversas pessoas presentes no hospital” (Flusser, 2005) ²⁸.

A atuação dos Músicos do Elo se baseia também na comunicação não verbal nas dimensões cinésica, proxêmica e tacêsica. Segundo estudos, apenas 7% dos pensamentos e emoções são transmitidas pelas palavras, 38% são transmitidas por sinais paralinguísticos e 55% por sinais do corpo. Os Músicos do Elo incorporam na sua metodologia de trabalho essas diversas dimensões da comunicação ^{39,40}.

Segundo o chefe do Serviço da Dor e do Serviço de Anestesia do Hospital Meyer de Florença, Prof. P. Busoni, quando um músico está atuando em um hospital, existe uma melhora da comunicação e uma preocupação focada nos ruídos emitidos e percebidos pelos pacientes. Considera a presença do músico mais valiosa do que a presença somente da música reproduzida, o músico é capaz de integrar-se à vida do hospital, capaz de preparar-se e conhecer os diversos momentos dentro da unidade ³⁵.

O Hospital Premier (São Paulo-SP) iniciou o 1º Curso de Formação de Músicos do Elo em Hospitais e Instituições de Idosos em 2011. O CDTR, unidade autônoma no Hospital Santa Lucinda acolheu para estágio não remunerado dois músicos que participaram do projeto e estes foram os únicos a integralizar a formação de Músicos do Elo sob a orientação do Prof. Victor Flusser ³⁶. Conhecendo o trabalho dos Músicos do Elo em centros europeus de atenção à saúde, sua metodologia de trabalho e atuação e, em razão as

características dos pacientes com DRC, achamos que poderíamos receber para estágio estes profissionais em formação no CDTR e entendemos que este trabalho viria atender às necessidades dos indivíduos com DRC em hemodiálise, de seus familiares e da equipe de saúde do serviço. Estes músicos atuaram por 5 meses no CDTR semanalmente, aos sábados, durante as sessões de hemodíálises dos dois primeiros turnos de hemodiálise do serviço.

1.6 Como se deu o encontro

Para o estágio no CDTR foram selecionados dois músicos em formação, Wilson Brisola Fabro e Leiliane Camargo. Foram apresentados à equipe técnica, aos médicos e demais funcionários, explicando como ocorreria sua atuação e acordamos que ocorreriam aos sábados. Os músicos iniciaram seu trabalho na clínica observando o ambiente sonoro, disposição dos equipamentos e a rotina dos funcionários e pacientes. Sugeriram então, pequenas modificações a fim de harmonizar o “clima sonoro” como, por exemplo, atenuação do mecanismo de abertura da porta do salão, colocando-se um pequeno retângulo de espuma amortecedor, evitando o atrito do metal contra o metal e reduzindo o som estridente da abertura da porta automática. Sugeriram também a redução do “bip” emitido pelas máquinas de hemodiálise (alertas e sensores), contudo este item não pode ser modificado visto sua importância como forma de alerta à enfermagem de algum problema no sistema ou com o paciente. Requisitaram também que durante as intervenções musicais, o volume dos 6 televisores do salão fosse reduzido.

Em suas observações eles evitaram conhecer as doenças de base ou mesmo o diagnóstico, restringindo seu reconhecimento à idade e origem dos pacientes e dos funcionários. Os músicos selecionaram previamente, de acordo com o estudo anterior, o repertório que incluiu música popular brasileira, sertanejo, canções de raiz e cantigas de roda. Como instrumentos foram utilizados o violão e viola caipira, flauta doce e transversal, chocalhos, reco-recos e tambores, além de alguns instrumentos confeccionados por eles que simulam sons da natureza como vento e água e não possuem nomes específicos.

Eles entravam na clínica entoando sons, tocando instrumentos e cantando, pelo corredor de acesso ao salão de hemodiálise, dirigindo-se a todos que estavam no caminho: Acompanhantes, pacientes ambulatoriais, equipe administrativa, médicos, enfermeiros e equipe de limpeza.

Dentro do salão os músicos habitualmente davam uma volta para chamar a atenção de todos, depois paravam junto de cada paciente e, olhando nos olhos de cada indivíduo, cantavam, tocavam e ofereciam instrumentos para convidar e estimular o paciente a participar naquela canção. Após alguns instantes deixavam o indivíduo e seguiam até o próximo. Os músicos passavam em todas as poltronas, à medida que os pacientes mostravam-se despertos e dispostos a participar delas.

Os músicos tocando e cantando, também ofereciam instrumentos e convidavam os funcionários a cantar e participar, principalmente quando houvesse interesse e a canção motivasse a atividade coletiva. Os pacientes não eram obrigados a participar das intervenções, desta forma, respeitou-se o livre arbítrio.

2. OBJETIVO

Este projeto teve como objetivo identificar as possíveis influências que a atuação dos Músicos do Elo, durante as sessões de hemodiálise, produziria na percepção subjetiva de bem estar, na qualidade de vida e no nível de depressão dos pacientes submetidos a tratamento dialítico no Centro de Diálise e Transplante Renal no Hospital Santa Lucinda em Sorocaba - SP.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo qualitativo e quantitativo é caracterizado como observacional e de coorte, concorrente de grupos paralelos, tendo por referencial teórico as representações sociais de Moscovici⁴¹, avaliando a atuação dos Músicos do Elo em uma atividade hospitalar específica (hemodiálise), e sua influência sobre a qualidade de vida dos pacientes expostos à intervenção através da percepção subjetiva de bem estar (abordagem qualitativa) e de questionários específicos para avaliar a qualidade de vida e níveis de depressão (abordagem quantitativa).

3.1 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no período de junho de 2012 a dezembro de 2013, no Centro de Diálise e Transplante Renal de Sorocaba. O período de intervenção foi de agosto a dezembro de 2012. O CDTR atende aproximadamente 150 pacientes em hemodiálise. Em cada turno de diálise os pacientes são atendidos em conjunto, no mesmo salão que conta com 25 máquinas individuais de diálise e mede aproximadamente 120 m². Em cada turno de diálise trabalham 15 a 18 pessoas, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, equipe de manutenção e equipe de limpeza.

3.2 Participantes da Pesquisa

Embora todos os pacientes que realizavam hemodiálise aos sábados no primeiro e segundo turnos tenham recebido a intervenção musical, participaram formalmente do estudo apenas 24 pacientes com idade acima de 18 anos, que realizam TRS por hemodiálise há mais de 6 meses no CDTR, no município de Sorocaba, SP. Doze pacientes receberam a intervenção e 12 constituíram o grupo controle. Estes últimos realizavam HD às sextas-feiras, portanto não estavam presentes nas intervenções.

Consideramos como critérios de exclusão do estudo a evidência ou aparente déficit intelectual, déficit auditivo grave ou doenças neurodegenerativas em grau avançado que impossibilitassem a aplicação ou compreensão dos questionários e da entrevista de avaliação. Todos estes critérios foram verificados no prontuário eletrônico do paciente (sistema NefroData®) e discutido entre os pesquisadores.

3.2.1 Grupos Estudados

Foram constituídos 2 grupos de trabalho, um grupo que passou pela intervenção e um grupo controle, ambos com 12 (doze) participantes. Selecionamos primeiro de forma aleatória o grupo de intervenção e, a partir dele, formamos o grupo controle de forma pareada, levando em consideração a idade, sexo, a doença de base que provocou a DRC e o mesmo turno em que realizavam hemodiálise.

Os Músicos do Elo em estágio no centro de hemodiálise fizeram a atuação semanalmente (aos sábados) com os pacientes que realizavam hemodiálise às terças-feiras, quintas-feiras e sábados. Estes pacientes compuseram o “grupo de intervenção” e os pacientes que realizam hemodiálise às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras foram considerados como “grupo controle”. Estes não tiveram qualquer contato com os Músicos do Elo.

As intervenções duravam por volta de uma hora, percorriam todo o salão, permanecendo aproximadamente 2 a 3 minutos com cada paciente. Os músicos desconheciam quem eram os pacientes participantes da pesquisa.

3.3 Instrumentos de Avaliação

3.3.1 Avaliação Qualitativa

Para a avaliação qualitativa foram realizadas entrevistas semi-estruturas com os pacientes submetidos às intervenções musicais. Estas entrevistas foram analisadas tendo como referencial teórico a teoria das Representações Sociais de Moscovici⁴¹ e as expressões-chave submetidas à análise do discurso do sujeito coletivo (ADSC) de Lefrève⁴², gerando ao final, uma redação descritiva das percepções dos sujeitos da pesquisa, a respeito do bem-estar. (Apêndice A)

O DSC é uma ação organizadora e de tabulação de dados verbais e qualitativos que consiste basicamente em analisar o material extraído de cada depoimento, criando-se uma resposta única sob a forma de um ou vários

discursos-síntese, escritos na primeira pessoa, utilizando-se o vocábulo original, não interpretado, como se a coletividade fosse o emissor do discurso.

São selecionadas de cada resposta, "expressões-chave" que são partes importantes das respostas dos sujeitos. Estas expressões correspondem às ideias centrais das respostas e, em um segundo momento, aglomeradas, irão gerar o dado quantitativo da análise⁴³.

Foi mantido pelo pesquisador um diário de bordo, a fim de obter, detalhadamente, as impressões da relação músico / paciente.

3.3.2 Avaliação Quantitativa

Para as avaliações quantitativas foram utilizados dois instrumentos de avaliação: *Kidney Disease and Quality of Life – Short Form* - versão 1.3 (KDQOL-SF™ - Anexo A) como instrumento de avaliação de qualidade de vida específico para pacientes com DRC em TRS e *The Hamilton Rating Scale for Depression* (Escala de Hamilton para Depressão, HAM-D – Anexo B) como instrumento de avaliação de depressão, tendo como referência a observação clínica^{44,45}.

O KDQOL-SF™ é um questionário específico traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira por Duarte (2005)⁴⁶. O KDQOL-SF™ inclui o SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*) acrescido de 43 itens específicos sobre doença renal crônica. O SF-36 é composto de 36 itens, divididos em oito dimensões: funcionamento físico (10 itens); limitações causadas por problemas da saúde física (4 itens); limitações

causadas por problemas da saúde emocional (3 itens); funcionamento social (2 itens), saúde mental (5 itens); dor (2 itens); vitalidade (energia/fadiga) (4 itens); percepções da saúde geral (5 itens) e estado de saúde atual comparado há um ano atrás (1 item), que é computado à parte. Com relação especificamente à doença renal, inclui 43 itens divididos em 11 dimensões: sintomas/problemas (12 itens); efeitos da doença renal sobre a vida diária (8 itens); sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens); condição de trabalho (2 itens); função cognitiva (3 itens); qualidade das interações sociais (3 itens); função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Inclui também três escalas adicionais: suporte social (2 itens); estímulo da equipe da diálise (2 itens) e satisfação do paciente (1 item). O item contendo uma escala variando de 0 a 10 para a avaliação da saúde em geral é computado à parte ⁴⁷. O escore de cada dimensão varia de zero (pior resultado) a 100 (melhor resultado), computado por uma planilha eletrônica própria.

A escala HAM-D foi desenvolvida na década de 60, mas se mantém como uma das mais utilizadas frente à confiabilidade e validade⁴⁸. No Brasil é utilizada e avaliada desde a década de 80 e considerada uma escala “padrão ouro” como avaliação científica do observador ⁴⁹. Foi utilizada a versão com 21 itens, que abrangem 7 aspectos: humor; vegetativos/somáticos; motores; sociais; cognitivos; ansiedade e irritabilidade.

Cada item da escala HAM-D possui pontuação de 0 a 2 ou de 0 a 4 e escore total de 62 pontos, dependendo da característica a ser avaliada. Em sua construção original não foi determinada uma pontuação de corte, contudo, muitos autores em suas pesquisas acabaram estabelecendo um “corte-padrão”, aceito pela maioria dos autores: os indivíduos com escores acima de

25 pontos são considerados gravemente deprimidos; com escores entre 18 e 24 pontos com depressão moderada; com escores entre 7 e 17 pontos com estado de depressão leve e escores abaixo de 7 pontos como ausência de sintomas depressivos.

Os Músicos do Elo fizeram intervenções regulares uma vez por semana (aos sábados) durante 5 (cinco) meses. Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida e de depressão foram aplicados antes do início da intervenção e ao final dos 5 meses de trabalho dos Músicos do Elo. Ao final da intervenção os pacientes participantes também responderam à entrevista semi-estruturada (gravada em áudio e transcrita) para identificar a percepção pessoal da atuação dos músicos sobre a vida das pessoas envolvidas.

3.4 Procedimentos Amostrais, Estatísticos e de Análise dos Dados.

O número de participantes em cada grupo foi definido por base da amostragem probabilística sistemática, levando em consideração como parâmetro um erro amostral tolerável de 15%, ou seja, teremos 85% de confiabilidade da análise⁵⁰. O cálculo da amostra baseou-se na função da amostragem probabilística, da seguinte forma:

$$n = [N * (1/E_0^2)] / [N + (1/ E_0^2)]$$
, onde: n = número da amostra; N = população estudada e E_0 = erro amostral tolerável.

Os dados foram analisados para identificar a percepção da atuação dos músicos sobre a vida das pessoas envolvidas de acordo com o roteiro proposto por Minayo e Lefèvre sobre a análise do discurso do sujeito coletivo^{19,42}.

Os dados quantitativos foram analisados e comparados pelo teste “t” de Student quando se tratava de variáveis contínuas com distribuição normal e através do teste de qui-quadrado (χ^2) quando se tratava de variáveis categóricas. O teste utilizado está apontado no texto e nas tabelas.

3.1 Aspectos Éticos da Pesquisa

Todos os procedimentos foram realizados de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96⁵¹. Para isso foi solicitada a autorização previa à direção da instituição CDTR (Apêndice B). O projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP (Apêndice C)

No TCLE há uma cláusula onde consta uma autorização de utilização dos dados do prontuário eletrônico do paciente, armazenados no prontuário eletrônico do paciente, o NefroData™, dentre eles os históricos dos instrumentos KDQOL-SF™ e HAM-D, rotineiramente aplicados aos pacientes, pelo psicólogo do CDTR e autor da pesquisa. Além disso, todos os pacientes e funcionários que estiveram expostos à intervenção assinaram uma autorização para uso de imagem, voz e dados biográficos com a finalidade de documentar em vídeo o trabalho de intervenção dos músicos durante as sessões de hemodiálise. Estas gravações e edição foram realizadas por Luiz Fernando Santoro.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos Pacientes

A tabela 1 apresenta as características demográficas e sociais dos participantes da pesquisa, pareados por sexo, ou seja, cada grupo possui 6 homens e 6 mulheres. Como se observa, 71% dos participantes são casados, seguidos de desquitados, viúvos ou solteiros representados por 29% da amostra. Observamos também, que a idade do grupo está entre 31 a 60 anos, 75% da amostra.

No critério de tempo de tratamento, ou seja, há quanto tempo o participante submete-se ao tratamento hemodialítico, tivemos a predominância participantes com tempo de tratamento entre 13 a 48 meses (46%), acima de 49 meses 33% e 21% entre 6 e 12 meses de tratamento. Desta forma, a maioria dos sujeitos está em TRS há mais de 1 ano.

Tabela. 1 - Parâmetros Sociodemográficos nos Grupos Controle e Intervenção

	Controle	Intervenção
<i>Sexo</i>		
Masculino	6	6
Feminino	6	6
<i>Estado Civil</i>		
Casado	8	9
Solteiro	2	1
Desquitado/Viúvo	2	2
<i>Idade (anos)</i>		
<30	0	1
31-60	10	8
>60	2	3
<i>Tempo de Diálise (meses)</i>		
<12 m	0	5
13 m - 48 m	6	5
>49 m	6	2
<i>Doença de Base</i>		
DM	2	5
HAS	8	7
Outras	2	0

4.2 Qualidade de vida - KDQOL.

O instrumento KDQOL analisa os sujeitos em 22 dimensões. Os valores que mais se aproximarem do máximo (100) consistem em melhores níveis de qualidade de vida, enquanto os valores mais próximos a 0 são considerados com pior qualidade de vida naquele determinado item. Nos grupos houve

pequena variação de pontuação, mas para considerarmos a qualificação dos resultados, classificamo-os da seguinte forma: as dimensões ou domínios que pontuassem entre 0 a 50, consideramos “baixa qualidade de vida”; aos que pontuassem acima de 50 consideramos com “boa qualidade de vida”.

No grupo controle (tabela 2), na avaliação pré-intervenção, encontramos 13 domínios com indicadores de boa de qualidade de vida (>50) e 9 com indicadores de baixa qualidade de vida. Na avaliação pós-intervenção, os valores encontrados foram 11 domínios com boa qualidade de vida (escores > 50) e 11 domínios com baixa qualidade de vida (escores ≤ 50). Neste grupo, observamos melhora significativa em um item (efeitos da doença renal) e piora significativa em dois itens (bem-estar emocional e saúde em geral).

No grupo Intervenção (tabela 3), na avaliação pré-intervenção, encontramos 16 domínios com indicadores de boa qualidade de vida e 6 com baixa qualidade de vida. Após a intervenção dos músicos, os domínios com indicadores de boa qualidade de vida foram para 16 e foram mantidos 6 com baixa qualidade de vida. Observamos valores significantes de melhora nos itens "sintomas/problema", "status do trabalho" e "diálise encorajamento pessoal" e nenhum item com piora significativa após a intervenção.

Tabela. 2 - Parâmetros do KDQOL no Grupo Controle nos Períodos Inicial e Final

	Início	Fim	Delta	p (teste "t")
A função sexual	71,9	- 91,7	19,8	0,11
A satisfação do paciente	63,9	- 70,8	6,9	0,13
Apoio social	43,1	- 41,7	-1,4	0,43
Bem-estar emocional	57,7	- 50,3	-7,3	0,05
Carga de doença renal	39,1	- 44,3	5,2	0,23
Diálise encorajamento pessoal	88,5	- 86,5	-2,1	0,36
Dor	61,7	- 55,2	-6,5	0,21
Dormir	61,5	- 60,0	-1,5	0,40
Efeitos da doença renal	50,3	- 60,2	9,9	0,01
Energia / fadiga	50,8	- 42,1	-8,8	0,11
Função cognitiva	79,4	- 73,3	-6,1	0,17
Função social	50,0	- 42,7	-7,3	0,20
Funcionamento físico	59,2	- 62,5	3,3	0,29
Geral de saúde	41,3	- 40,4	-0,8	0,45
Limitações físicas papel	27,1	- 41,7	14,6	0,13
Limitações papel – emocionais	13,9	- 33,3	19,4	0,06
Qualidade da interação social	58,3	- 48,9	-9,4	0,15
Saúde em geral	64,2	- 55,8	-8,3	0,05
SF-12 Composto Saúde Física	40,4	- 41,7	1,3	0,28
SF-12 Composto Saúde Mental	36,9	- 36,6	-0,3	0,44
Sintoma / problema	84,6	- 86,3	1,7	0,30
Status do trabalho	41,7	- 50,0	8,3	0,08

Tabela 3 - Parâmetros do KDQOL no Grupo Intervenção nos Períodos Pré- e Pós-Intervenção

	Pré	Pós	Delta	p (teste "t")
A função sexual	58,3	- 75,0	16,7	
A satisfação do paciente	75,0	- 83,3	8,3	0,14
Apoio social	83,3	- 77,8	-5,6	0,28
Bem-estar emocional	63,7	- 65,7	2,0	0,42
Carga de doença renal	43,8	- 44,3	0,5	0,48
Diálise encorajamento pessoal	66,7	- 91,7	25,0	0,03
Dor	59,0	- 54,4	-4,6	0,32
Dormir	62,3	- 69,0	6,7	0,09
Efeitos da doença renal	65,0	- 66,7	1,7	0,39
Energia / fadiga	63,3	- 66,7	3,3	0,34
Função cognitiva	87,2	- 91,1	3,9	0,11
Função social	65,6	- 71,9	6,3	0,18
Funcionamento físico	55,8	- 50,8	-5,0	0,24
Geral de saúde	56,7	- 67,5	10,8	0,12
Limitações físicas papel	16,7	- 29,2	12,5	0,22
Limitações papel - emocionais	47,2	- 72,2	25,0	0,08
Qualidade da interação social	78,9	- 85,6	6,7	0,11
Saúde em geral	70,8	- 73,3	2,5	0,19
SF-12 Composto Saúde Física	38,8	- 38,4	-0,4	0,44
SF-12 Composto Saúde Mental	47,7	- 53,7	5,9	0,08
Sintoma / problema	76,9	- 84,7	7,8	0,05
Status do trabalho	16,7	- 33,3	16,7	0,02

Apenas como registro e referência para outras amostras de pacientes renais crônicos em TRS, reunimos na tabela 4 os dados de KDQOL de ambos

os grupos estudados antes da intervenção, perfazendo assim amostra mais representativa destas variáveis.

Tabela 4 – Média dos Grupos Controle e Intervenção para os Parâmetros do KDQOL no Período Pré Intervenção.

	Média Pré	Desvio Padrão
A função sexual	65,10	9,58
A satisfação do paciente	69,44	7,86
Apoio social	63,19	28,48
Bem-estar emocional	60,67	4,24
Carga de doença renal	41,41	3,31
Diálise encorajamento pessoal	77,60	15,47
Dor	60,31	1,92
Dormir	61,88	0,59
Efeitos da doença renal	57,61	10,39
Energia / fadiga	57,08	8,84
Função cognitiva	83,33	5,50
Função social	57,81	11,05
Funcionamento físico	57,50	2,36
Geral de saúde	48,96	10,90
Limitações físicas papel	21,88	7,37
Limitações papel - emocionais	30,56	23,57
Qualidade da interação social	68,61	14,53
Saúde em geral	67,50	4,71
SF-12 Composto Saúde Física	39,57	1,14
SF-12 Composto Saúde Mental	42,29	7,69
Sintoma / problema lista	80,73	5,40
Status do trabalho	29,17	17,68

4.3 Marcadores de Depressão - HAM.

Com a Escala de Hamilton, instrumento responsável pela observação de marcadores de comportamento depressivo, observamos no grupo controle, na primeira avaliação, 11 participantes com indicadores de depressão moderada ou grave e apenas 1 participante sem indicadores de depressão ou depressão leve (tabela 5). Na segunda avaliação 11 sujeitos com indicadores de depressão moderada ou grave e 1 sem depressão ou depressão leve, praticamente os mesmos valores ($\chi^2 = 1,00$, não significante).

Tabela 5. Número de Participantes da Pesquisa com Indicadores de Depressão no Primeiro e Segundo Momento.

Grupo Controle			
	Início	Fim	p (χ^2)
Ausente/Depressão Leve	1	1	
Depressão Moderada/Grave	11	11	1,00
Grupo Intervenção			
	Pré	Pós	p (χ^2)
Ausente/Depressão Leve	2	6	
Depressão Moderada/Grave	10	6	0,02

No grupo Intervenção, notamos redução nos marcadores de depressão. Inicialmente na avaliação pré-intervenção, havia 10 participantes com sinais de depressão moderada ou grave e 2 sem indicadores de depressão ou depressão leve. Após a intervenção dos músicos, encontramos 6 sujeitos com

indicadores de depressão moderada ou grave e 6 indivíduos sem indicadores de depressão ou depressão leve ($\chi^2 = 0,02$) (tabela 5).

4.4 Entrevistas

Nas perguntas abertas observamos que 94% das repostas atendiam de forma clara o questionamento. Foram realizadas apenas 8 entrevistas entre os pacientes do grupo intervenção, pois 4 faleceram entre o final do estudo e o momento das entrevistas. (Apêndice D).

Serão apresentados resultados quali-quantitativos, sendo os resultados qualitativos apresentados sob a forma de DSC, e os quantitativos sob a forma de gráfico de frequência das idéias centrais por pergunta.

As idéias centrais para a pergunta “Que sensações você viveu quando os músicos vieram tocar para você?” foram:

- A- A música possibilita o resgate de sentimentos positivos durante a diálise;
- B- A música apresentada abre comparativas com outros tipos de músicas;
- C- A música pode trazer algum tipo de sentimento negativo ou desconfortável.

Discurso do Sujeito Coletivo:

A - A música possibilita o resgate de sentimentos positivos durante a diálise:

“Sentia que não estava sozinho na diálise, me senti viva(o), esquecia a agulha no braço. Eu vivi uma sensação boa, é lindo os ver cantando pra gente, ouvir essas músicas antigas. Quando eles chegavam perto, sentia a energia positiva, quando eles pegavam na gente e olhavam olho no olho. Me sentia viva(o) com música.”

B - A música apresentada abre comparativas com outros tipos de músicas

“Não é todo mundo que gosta, mas não tem problema, é pro bem né! Melhor que essas músicas bobagentas que tocam no rádio.”

C - A música pode trazer algum tipo de sentimento negativo ou desconfortável.

“Dá um pouco de vergonha, mas tá todo mundo cantando, então vai bem.”

Gráfico 01 da frequência relativa à questão:



As idéias centrais para a pergunta “você se lembrou de alguma coisa enquanto os músicos tocavam pra você?” foram:

- A- A música trouxe recordações da infância durante o processo de hemodiálise;
- B - A música trouxe recordações de relacionamentos afetivos;
- C - A música faz reflexões e associações com a melhora da saúde;
- D - A música traz outras lembranças.

Discurso do Sujeito Coletivo:

A - A música trouxe recordações da infância durante o processo de hemodiálise;

“Lembrei um pouco da minha infância e da época que as coisas eram mais fáceis. Lembrei-me do tempo de mocidade, das músicas que a gente ouvia, da época em casa, com a irmandade, que ficávamos ouvindo o rádio à tarde, das cantigas de roda que a

gente cantava. Lembrei-me da minha mãe cantando pra gente. Era muito bom.”

B - A música trouxe recordações de relacionamentos afetivos;

“Lembrei de quando eu namorava meu marido, ele gostava muito de ouvir musiquinhas no rádio.”

C - A música faz reflexões e associações com a melhora da saúde;

“Eu lembrei do tempo de mocidade, que a gente tinha saúde e não tinha muita preocupação.”

D - A música traz outras lembranças.

“É quase uma serenata o que eles fazem, traz lembranças de tanta coisa boa.”

Gráfico 02 da frequência relativa à questão:



As idéias centrais na pergunta “Qual o sentido da música para você?” foram:

A - A música tem um sentido afetivo;

B - A música com sentido espiritual;

C - A música tem outros sentidos.

Discurso do Sujeito Coletivo:

A - A música tem um sentido afetivo;

“Era como se eles quisessem me agradar, traziam alegria, felicidade, saúde, tudo de bom. Parecia que a gente ficava feliz sem motivo, mas o motivo era a vida.”

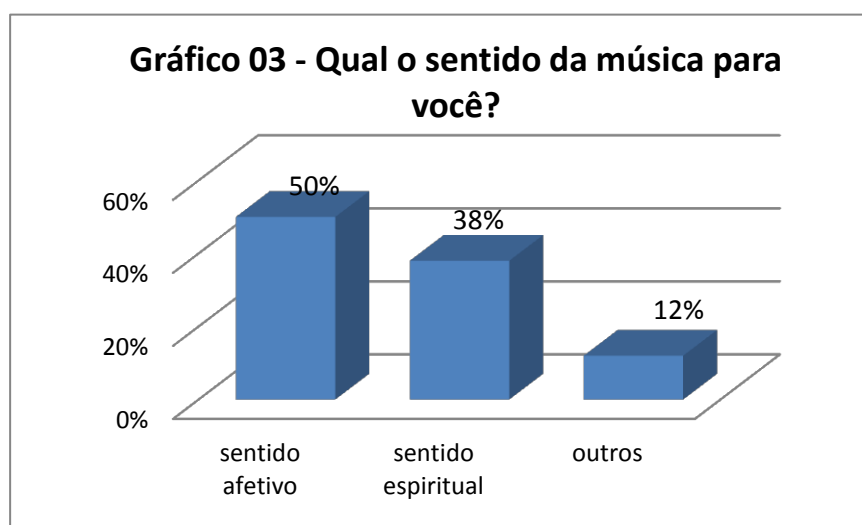
B - A música com sentido espiritual;

“Música é vida e faz bem pra alma, afinal, quem canta seus males espanta.”

C - A música tem outros sentidos.

“Tem música que fala coisa feliz, tem música que conta história, então cada uma fala uma coisa.”

Gráfico 03 da frequência relativa à questão:



As idéias centrais na pergunta “Qual é a sensação de tempo na presença da música?” foram:

A - A música trouxe a percepção de redução de tempo;

B - A música trouxe a percepção da redução da dor;

C - Outras percepções com a música.

Discurso do Sujeito Coletivo:

A - A música trouxe a percepção de redução de tempo;

“Toda vez que tem alguma coisa boa aqui o tempo passa mais rápido, rapidinho, voa. Eu não consigo dormir, então qualquer coisa ajuda, mas eles ficam pouco tempo.”

B - A música trouxe a percepção da redução da dor;

“É melhor que só assistir televisão, parece que não ia dar mais câimbras.”

C - Outras percepções com a música.

“A gente fica muito tempo aqui, eu durmo durante a diálise, mas demora né!”

Gráfico 04 da frequência relativa à questão:



As idéias centrais na pergunta “Houve alguma diferença no ambiente de tratamento?” foram:

- A - A música traz uma sensação de mudança no ambiente;
- B - A música trouxe uma mudança no comportamento dos funcionários;
- C - A música trouxe uma mudança na rotina.

Discurso do Sujeito Coletivo:

- A - A música traz uma sensação de mudança no ambiente;

“Fica mais animado, mais barulhento, mas é um barulho bom.

Com música tudo muda pra bom.”

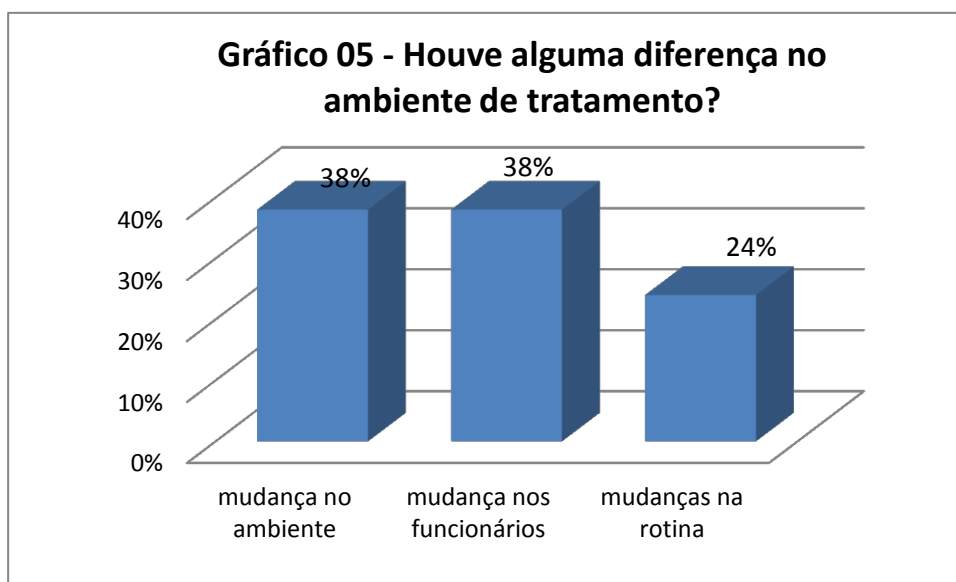
- B - A música trouxe uma mudança no comportamento dos funcionários;

“Os funcionários estavam mais pertos da gente, eles brincam mais, são uns amores e sempre estão ajudando a gente. Eles são muito bonzinhos, sempre estão sorrindo, então fica mais alegre dialisar.”

C - A música trouxe uma mudança na rotina.

“De sábado é assim mesmo, a gente brinca um monte, até da pra fazer uns bingos.”

Gráfico 05 da frequência relativa à questão:



As ideias centrais na pergunta “Você percebeu alguma mudança nos funcionários após a atuação dos músicos?” foram:

A - A música modificou a atuação dos funcionários em ordem emocional;

B - Os Funcionários participaram mais ativamente do processo;

C - Não houve modificação nenhuma modificação.

Discurso do Sujeito Coletivo:

A - A música modificou a atuação dos funcionários em ordem emocional;

“Os funcionários ficam mais animados, eles também gostam de ficar ouvindo as músicas e até os médicos vem ouvir. Notei que eles cantam e dançam junto com a gente.”

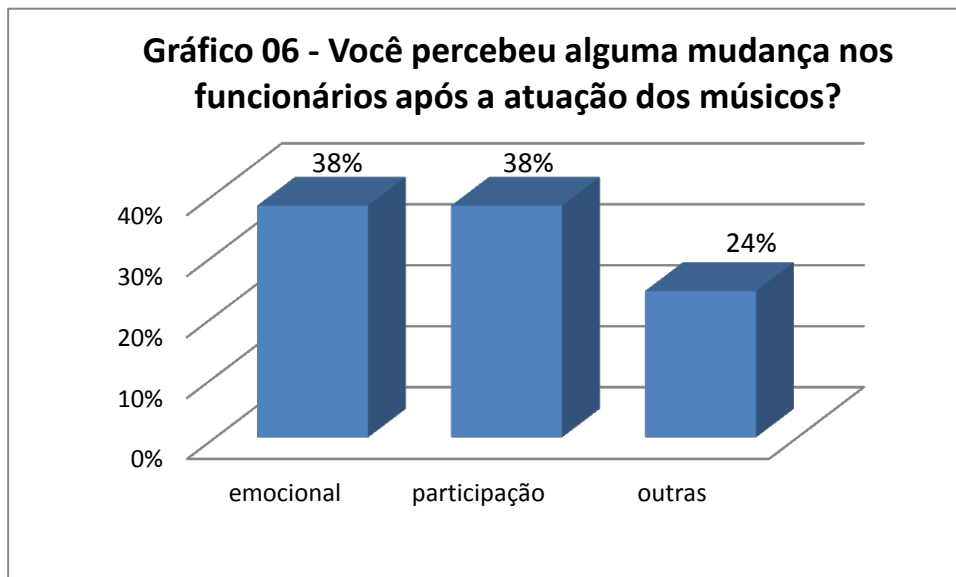
B - Os Funcionários participaram mais ativamente do processo;

“Sempre que tem atividades de sábado eles participam, tocam cantam e brincam, muito legal, né?”

C - Não houve modificação nenhuma modificação.

“Não, o pessoal é muito bom, tem uns xaropes, mas o resto ajuda.”

Gráfico 06 da frequência relativa à questão:



As idéias centrais na pergunta “Existe algum comentário a mais que você gostaria de fazer sobre a intervenção musical que vem sendo feita com os pacientes no CDTR?” foram:

A - Os pacientes pedem que não acabem estas intervenções;

B - Os pacientes pedem outras atividades complementares à música

C - Agradecimentos pela assistência prestada.

Discurso do Sujeito Coletivo:

A - Os pacientes pedem que não acabem estas intervenções;

“Gostaria que estas atividades não acabassem, porque eles são muito atenciosos, não só os músicos, mas qualquer uma destas coisas pra gente. A gente podia fazer uma listinha né? Nós gostamos muito.”

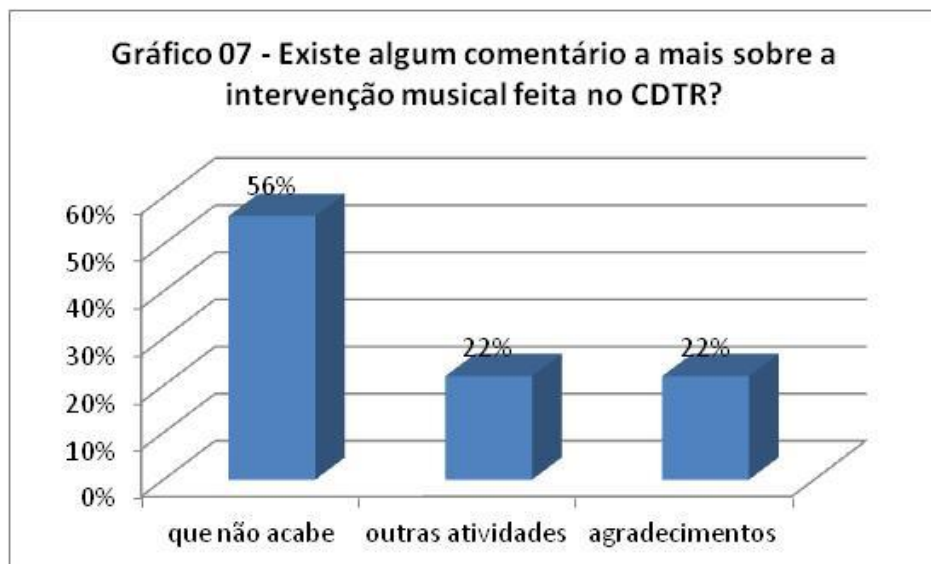
B - Os pacientes pedem outras atividades complementares à música

“Gostaria que eles colocassem mais coisas pra gente fazer, porque é muito difícil ficar aqui parada, sem fazer nada.”

C - Agradecimentos pela assistência prestada.

“Eu gosto de todo mundo, todo mundo me trata bem, gostaria que Deus desse em dobro o que eles fazem por nós.”

Gráfico 07 da frequência relativa à questão:



5. DISCUSSÃO

Faremos a discussão direcionando-a às categorias temáticas e usando algumas falas para representar o todo.

Como observado nos resultados (tabela 1) os participantes da pesquisa constituíram uma amostra representativa dos pacientes que habitualmente realizam TRS. A maioria das pessoas era casada, com a idade entre 31 a 60 anos e que vinham sendo submetidas ao tratamento dialítico há mais de 1 ano, ou seja, trabalhamos com pacientes que constituíam vida familiar e que, há mais de um ano, haviam modificado estes padrões por conta da necessidade de hemodiálise.

5.1 Implicações da DRC e da TRS na Qualidade de Vida dos Pacientes.

Os pacientes renais crônicos sofrem mudanças na qualidade de vida desde o início do tratamento. Com este estudo pudemos observar os principais pontos de impacto relatados pelos pacientes.

Na avaliação realizada nos grupos controle e intervenção com o instrumento KDQOL-SF, antes do início da intervenção, observamos que os grupos apresentavam pequenas diferenças, tendo o grupo controle menos domínios com escores > 50 (13 domínios do grupo controle *versus* 16 domínios do grupo intervenção). Com relação aos parâmetros do KDQOL-SF, não fizemos comparações sistemáticas entre os grupos, pois este não era objetivo

pré-definido do estudo. Entretanto, construímos uma tabela com os valores do conjunto dos participantes do estudo (controles e intervenção) apenas para termos um padrão de referência com um grupo maior de pacientes em hemodiálise, que possa ser comparado a amostras de outros estudos se houver interesse.

Saúde emocional é o equilíbrio das funções psíquicas, que se revela na capacidade de controlar e gerenciar as emoções, resultando em sentimento de bem-estar e na ausência de distúrbios emocionais. Alguns autores como Thomas (2005)¹² e Menezes (2007)¹¹ referem que a doença renal pode gerar nos pacientes sentimentos de ansiedade, estados depressivos, insegurança, perdas, angustia, apatia, medo do desconhecido, entre outros, refletindo-se também na adesão ao tratamento. Isto pode ser confirmado nos índices obtidos nos domínios relacionados ao psíquico/emocional dos pacientes com DRC, em particular, a “carga da doença renal” (41,41), “limitações papel emocional” (30,56), “SF-12 composto de saúde mental” (42,29) e “status do trabalho” (29,17). O mesmo pode ser observado em relação aos indicadores de depressão, onde, na avaliação inicial ou pré-intervenção, 21 dos 24 pacientes avaliados tinham depressão moderada ou grave pelos escores da escala de Hamilton. Quando o paciente inicia a TRS as mudanças tanto físicas quanto psicológicas, provocam uma quebra no equilíbrio do seu cotidiano. Diniz (2006)⁸ relata que a depressão é a alteração emocional mais encontrada nos pacientes com DRC, mesmo em seus estágios anteriores a TRS.

Freud nos mostra que a falta da perspectiva de vida incide diretamente em nossas pulsões:

“...um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático,... o representante psíquico dos estímulos que se originam de dentro do organismo e alcançam a mente” (Freud, 1906, p.142)⁵².

Segundo o autor, o sujeito é guiado por dois movimentos, a "vida" e a "morte", em pulsões relacionadas aos princípios do prazer. As pulsões de vida, ou “Eros”, refletem não somente as pulsões sexuais, mas ainda a autoconservação. As pulsões de morte, inicialmente introjetadas, tendem à autodestruição, manifestando-se então sob a forma da agressão e destruição. Assim, estes movimentos observados na TRS, direcionam inconscientemente o paciente às pulsões de morte, de negação, de hesitação do tratamento e de auto-destruição⁵².

Entre as avaliações do KDQOL-SF, chama a atenção a intensidade com que a doença se reflete na qualidade de vida do paciente. Por exemplo, no domínio "carga da doença renal", que avalia a extensão em que a doença renal causa frustração e interferência em sua vida, também se mostrou bastante afetada durante o estudo uma vez que a problemática advinda do tratamento hemodialítico pode repercutir por meio de sentimentos de inutilidade, desvalorização, depressão, assim como a sensação de ser um fardo para a família¹³. Neste domínio ambos os grupos apresentaram valores baixos tanto no momento pré como pós-intervenção.

O sono alterado pela rotina de diálise também é um fator estressor, porém, em nossos pacientes obtivemos escores razoáveis, entre 61 e 69. A ausência do sono noturno ou excesso de cochilos durante a diálise altera de forma expressiva o ciclo circadiano. A maioria dos distúrbios do sono (DS) são sub-diagnosticados na DRC. Uma revisão bibliográfica com 17 estudos

recentes mostrou que os DS são um problema comum apresentado por aproximadamente 80% desta população⁴⁹.

Segundo Daugirdas (1996)³, as alterações do sono podem vir em decorrência da reversão do padrão dia-noite, visto que os pacientes permanecem longos períodos conectados à máquina de diálise, facilitando os cochilos diurnos (alteração do ciclo circadiano), além das associações com as taxas de toxinas urêmicas encontradas nos pacientes.

Associada a sobrecarga da DRC, a dor já é um fator estressor desde as fases iniciais da doença, quando alguns pacientes apresentam dores nas pernas (especialmente na parte posterior), lombares ou no quadril. Dores por cistos com fluído ou cálculos renais, também resultados de doenças renais podem causar dor extrema em explosões ou espasmos¹⁶. Já na fase da HD, as dores associadas às câimbras, às punções para acesso à FAV, incomodo pelo tempo na mesma posição na cadeira, entre outros, podem contribuir para piorar a impressão negativa que têm do tratamento³.

As limitações físicas enfrentadas pelos pacientes com DRC em TRS monta outro cenário de dificuldade da condição precária destes indivíduos, pois observamos que os domínios "limitações físicas - papel" e "SF-12 composto de saúde física" tiveram escores baixos. Estudos mostram que a força muscular e flexibilidade dos pacientes ficam comprometidas em decorrência da neuropatia urêmica, da anemia, do sedentarismo, das alterações do metabolismo muscular e das características crônico degenerativas da DRC⁵³.

Por outro lado, pudemos notar que algumas funções se mantiveram estáveis, como a Função Cognitiva, que apresentou bons valores, mostrando

que a DRC e a TRS não alteraram o funcionamento do pensamento. A literatura atual tem demonstrado que somente uma pequena parte dos pacientes em hemodiálise mantém as funções cognitivas/comportamentais dentro de um nível de normalidade, quando aplicados instrumentos específicos para aptidão mental⁵⁴. Estes estudos sugerem que um possível déficit cognitivo dos pacientes em TRS possa ser atribuído ao efeito das toxinas urêmicas juntamente com uma rotina exaustiva de tratamento¹⁷. Entretanto, os valores que encontramos em nossa amostra neste domínio não corroboram com estes estudos, porém, não temos valores de referência para indivíduos normais sem DRC para que pudéssemos comparar aos indivíduos em HD.

Os escores obtidos no domínio "função sexual" nos surpreendeu, pois são elevados em ambos os grupos, o que não é compatível com a realidade que conhecemos destes pacientes. Em nossa opinião o instrumento não é capaz de detectar a ausência de atividade sexual (comum na maioria dos pacientes com DRC em TRS), pois a pergunta inicial é "você teve alguma atividade sexual nas últimas 4 semanas?" Quando o indivíduo responde que não teve atividade sexual, simplesmente pulam as duas questões seguintes que inquiram sobre satisfação sexual e libido, e o escore é apurado considerando apenas as pessoas que respondem estas duas questões finais. Os que não respondem estes itens, porque não tiveram atividade sexual no período, simplesmente não são considerados. No grupo intervenção tivemos 9 em 12 indivíduos que não tiveram qualquer atividade sexual no período de 4 semanas e 3 que responderam e elevaram os escores. No grupo controle tivemos, respectivamente, 8 e 4 participantes com estas características. Veja anexo B, pergunta 16, onde o escore positivo ou negativo só existe para os

indivíduos que respondem que tiveram alguma atividade sexual no período. O fato é que a grande maioria dos pacientes relatou ausência ou falhas na função sexual, indo desde a dificuldade em manter a relação sexual à ausência total de libido.

Podemos associar esta situação com alteração da imagem corpórea. Quintana (2006)⁵⁵ refere que, devido ao tratamento, o paciente que sobreviver é obrigado a adaptar a uma nova condição física. Cicatrizes geradas pelas fístulas, punções, hematomas, cateteres, exames e cirurgias, pele seca e manchas múltiplas, estas novas marcas corporais, acrescida dos acúmulo de líquidos, entre outras situações, geram estigmas nos pacientes, rotulando-os como portadores da DRC. Além disso, o eixo hormonal hipotálamo-hipófise-gonadal em pacientes com DRC em TRS está francamente comprometido, sendo comuns as alterações menstruais e ciclos anovulatórios e a oligospermia em homens^{3,56}.

5.2 Efeitos da intervenção dos Músicos do Elo.

Observamos que os escores de qualidade de vida nos diferentes domínios, medidos antes e depois da interação com os músicos sofreram alterações favoráveis e desfavoráveis. As modificações favoráveis mais relevantes neste grupo foram nos domínios "limitações do papel emocional", "SF-12 composto de saúde mental", "sintomas/problemas", "status para o trabalho", "diálise encorajamento pessoal", "qualidade e função da interação

social". Entretanto, nem todas estas alterações foram estatisticamente significantes.

O domínio "papel das limitações emocionais" sofreu significativa melhora, embora não estatisticamente significante ($p=0,08$), ou seja, observou-se uma tendência dos pacientes a enfrentar melhor as adversidades próprias da doença e do tratamento. Estes fatores acabam melhorando também a adesão ao tratamento.

Assim, corroborando o descrito por Rezende (2007) ⁵⁷, que a adesão ao tratamento da DRC inclui o aceite da terapêutica, as peculiaridades de cada paciente e o relacionamento com a equipe multidisciplinar, a presença dos músicos melhorou estes vínculos.

A melhora no relacionamento com a equipe profissional foi observada quando avaliamos o domínio "diálise encorajamento pessoal", com melhora significativa do ponto de vista estatístico ($p= 0,03$), que trata do encorajamento dado aos pacientes pelos profissionais que atuam na hemodiálise, interferindo favoravelmente no dia-a-dia do tratamento.

Os funcionários participaram junto com os músicos das intervenções, tocando e cantando. Aparentemente o grupo de pacientes observou a participação dos funcionários no processo da música como um facilitador, melhorando os vínculos interpessoais, com reflexo também nos domínios das "relações sociais", "qualidade da interação social" e "função social".

Com a mudança da rotina, o domínio "sintomas/problema" apresentou aparente melhora (no limite da significância estatística, $p= 0,05$). Este domínio reflete a maneira como os pacientes vêem e lidam com as comorbidades da

DRC, dentro e fora do processo dialítico. Assim, embora não fosse objetivo de avaliação do estudo, foram registradas com menor frequência as queixas comuns durante a HD. O espaço mental, antes ocupado com as possíveis intercorrências apresentadas, tais como dor de cabeça, falta de ar, câimbras, hipotensão, entre outras, dá lugar à música e às emoções e sentimentos que ela resgata.

A intervenção dos Músicos do Elo possivelmente repercutiu fora do ambiente de diálise, visto que o domínio "status do trabalho", que trata da disposição dos pacientes a realizar tarefas, laborais ou não, mostrou significativa melhora ($p=0,02$). Inegavelmente a disposição para o trabalho está ligada ao estado emocional, ou seja, sofreram influência da interação que os músicos inseriram no ambiente de HD.

Desta forma, observando todos estes efeitos positivos associados à presença dos Músicos do Elo no ambiente da hemodiálise não é de estranhar que os marcadores de sintomas depressivos, considerados hoje como um dos principais problemas emocionais entre os pacientes com DRC em TRS, tenham sofrido mudanças positivas no grupo que recebeu a intervenção($p=0,02$).

Como já foi descrito por Beck (2011)²⁰, a depressão, ou perda do interesse pela vida, pode ser terapeuticamente tratada por mudanças nas relações com o outro, o alívio da sensação de culpa e alterações ambientais, instância última tratada com a interação dos músicos. A interpretação de ter havido modificação do ambiente baseia-se no fato de que a troca de rotina pode funcionar como um catalisador para redirecionar o paciente a novas experiências adequadas aos níveis de tolerância de cada sujeito, elevando o nível de otimismo, a aspiração e o desempenho em novas atividades²⁰.

Assim, através da música, já descrita anteriormente como capaz de resgatar sensações, afetos e modificar o ambiente, a rotina de HD modificou-se com a presença dos Músicos do Elo e observamos que os pacientes experimentaram um resgate emocional e vivenciaram novas perspectivas de quebra de rotina dialítica²⁸.

5.2.1 O discurso dos pacientes.

Acerca das Representações Sociais:

“As representações se mostram semelhantes a teorias que ordenam ao redor de um tema (as doenças mentais são contagiosas, as pessoas são o que elas comem, etc). Uma série de proposições que possibilita que coisas ou pessoas sejam classificadas, que seus caracteres sejam descritos, seus sentimentos e ações sejam explicados e assim por diante”.

Moscovici (2003)

As representações sociais são ações simbólicas do sujeito com o mundo a sua volta, que modela ao mesmo tempo em que é modelado pelo homem. Esta máxima reflete o pensamento psicanalítico da obra freudiana “Sobre as teorias sexuais infantis”, de 1908, onde o autor constrói “teorias” a partir das

relações entre o universo infantil e o adulto. Teoria que traz bases culturais, sendo pela fala, escrita e visão, transmite e internaliza os aspectos da cultura⁵⁸.

Freud interessava-se pelos fenômenos de massa e notou que estas ocorriam por identificação de um líder, assim direcionou a teoria da mente para um sentido social, a fim de poder explicar esses fenômenos. Ao passar do nível coletivo para o individual, Freud desenvolveu uma teoria social da mente⁵⁹.

“...na vida anímica individual aparece integrado sempre, efetivamente, ‘o outro’, como modelo, objeto, auxiliar ou adversário, e, deste modo, a Psicologia Individual é ao mesmo tempo e desde um princípio Psicologia Social, em um sentido amplo e plenamente justificado”. Freud (1921, p. 91)

Desta forma, pensando no discurso do sujeito como um delineador do discurso do coletivo, as falas dos pacientes é um expositor dos sentimentos do coletivo refletindo sobre o tempo de diálise, diferenciado pela quebra positiva da rotina, o resgate das sensações de infância, de carinho e proteção. Claramente mostrando que houve um resgate das pulsões de vida neste pacientes, favorecendo o fortalecimento egóico.

5.3 Diário de Bordo.

A atuação dos Músicos do Elo dentro do ambiente hospitalar foi marcada por notoriedades e repleta de descobertas, tanto por parte dos profissionais envolvidos como pelos pacientes ao vivenciarem essa nova prática.

Observamos o redescobrir do significado e propriedades da música para cada paciente, o sentido de ser “encantado” pelo músico, que ao conduzir as canções, o observava, tocava e comovia tanto fisicamente quanto emocionalmente cada sujeito propiciando o resgate do sentimento acobertado pelo sofrimento e pela dor.

Presenciamos a criação das “bolhas musicais”, situação que propicia a ligação entre músico e paciente, e vislumbramos o seu aperfeiçoamento, uma vez que nossa realidade cultural e afetiva evoluiu esta “bolha” para um aspecto maior, onde estas “bolhas musicais” tomaram-se “bolhas de sabão”, que quando lançadas ao ar, unem-se, formando um aglomerado denso e forte, onde cada paciente unia-se em canção e intenção ao paciente ao lado, ao funcionário, ao músico, como “bolhas de sabão” soltas dentro do salão de diálise.

Segundo os músicos Wilson e Leiliane as expressões corporais eram respostas silenciosas as intervenções propostas.

“Olhos que brilhavam ao nos ver, mas com lágrimas que desciam em seu rosto ao piscar e ao estender meus braços apertavam minha mão com força. Rosto e corpo cobertos que ao pararmos cantando, abaixavam o cobertor até o nariz e com o olhar ficavam apenas nos seguindo. Observamos formas de linguagem corporal que quando chegávamos apresentavam uma

negativa, mas em seguida mudavam para ouvir o som que fazíamos. Alguns pacientes apresentavam olhares evasivos, contemplando ao longe, na maioria das vezes era mais uma timidez do que um desagrado. Em algum momento, um funcionário mais descontraído e aproveitando o musical de alguns pacientes, sugeriu: “Vamos fazer um coral!”.

A música chegava aos pacientes que estavam muito próximo à porta de tal forma que tocavam às maracás e cantavam com muita vontade entrando naquela “bolha imensa” e parecia que a hora do relógio parava e o som das máquinas sumia por alguns minutos. Estávamos dentro da bolha musical.”

Em determinado momento houve uma intervenção em alguns quartos do Hospital Santa Lucinda. No primeiro quarto havia três pessoas internadas, sendo duas pacientes e uma acompanhante; a primeira paciente, aparentemente em pós-procedimento oftalmológico (estava com um “tampão em um dos olhos) se emocionou de forma intensa. Sentia a música sem “ver” de onde vinha. A segunda paciente chorou do início ao fim da atuação. A acompanhante, antes com olhar introspectivo, com o direcionar da música, mudou sua fisionomia, participando e “degustando” o momento que lhe era oferecido.

No segundo quarto havia dois pacientes e dois acompanhantes – ambos do CDTR. Um paciente renal crônico muito debilitado que apresentava também mieloma múltiplo com uma sonda enteral para alimentação e um segundo renal crônico com demência avançada pós-AVC, também com sonda enteral. O primeiro era um paciente de difícil acesso em seu tratamento dialítico, irritadiço e contestador, tinha dificuldade em aceitar o tratamento crônico; contudo, mostrou-se aberto à música, cantou de forma contida,

“emocionou-se”, assim como sua acompanhante (filha). O segundo paciente, por conta de seu estado clínico, interagiu com olhares e movimentos aleatórios. Ao sair dos quartos, um enfermeiro que estava no corredor assistindo a atuação comentou: “- Eu já fui paciente... os músicos precisam estar muito preparados para não chorar junto, eu já estaria chorando...”

Os músicos pareciam mais comprometidos física e emocionalmente após a atuação, cansados e referiam estar esgotados, sem energia.

“- Eu me sinto sugada, gostaria de ir a um shopping, não ser vista, não ser notada.”

Talvez o paciente em hemodiálise, embotado pela doença, se mostre vazio de esperanças em decorrência de seu estado crônico e imutável, e através das propriedades do vínculo, muitas vezes confundindo empatia com compaixão possibilite a troca de “energias” entre paciente e músico.

É necessário refletir sobre as relações de empatia e compaixão, mas como limitar o vínculo sem prejudicar a bolha afetiva? Como ser o vinculador da ferramenta sem ser notado? Como preencher o vazio do paciente? É nossa função preenche-lo?

Ao propiciar esta experiência diferenciada à realidade contínua da diálise, foram produzidas diferentes formas de ver e viver o tempo dentro da realidade hospitalar. A presença dos Músicos do Elo, a música, o olhar e a atenção destes profissionais marcaram como um diferencial na rotina dos pacientes que passaram a pedir novas atividades durante o tempo de diálise, a refletir sobre o tempo dentro do salão e as possibilidades de melhorias, mostrando a música como fator diferencial dentro do tratamento

médico/medicamentoso já arraigado dentro do ambiente hospitalar pode levar o sujeito a refletir e rever a importância da qualidade de vida, da felicidade e das sensações de prazer sobre a saúde como um todo.

6. CONCLUSÕES

Após a intervenção dos Músicos do Elo no CDTR observamos que houve modificações tanto nos pacientes quanto na equipe de funcionários.

Inicialmente concluímos que os parâmetros de qualidade de vida dos pacientes em TRS obtidos através do KDQOL-SF é notoriamente abaixo dos padrões medianos discutidos pela literatura na população em geral, contudo, semelhante a outros estudos na DRC. Os marcadores que caracterizam estados depressivos observados através do HAM-D mostrou uma grande inclinação para o estado deprimido.

Após a intervenção dos Músicos do Elo, observamos significativas mudanças tanto na qualidade de vida, quanto no bem estar dos pacientes. Os marcadores de qualidade de vida sofreram melhoras nos parâmetros de saúde emocional, social, percepção da doença e determinação para execução de atividades.

Os marcadores de depressão indicaram que a metade dos pacientes que apresentavam sinais de depressão, apresentaram melhora substancial, deixando de integrar o grupo com depressão moderada a severa na avaliação da escala de HAM-D.

A percepção subjetiva dos pacientes a respeito da atuação dos Músicos do Elo foi comprovadamente confirmada através da análise de seus discursos, nos quais observamos mensagens da determinação e vontade de melhora da

qualidade de vida e bem estar, além de demonstrar também uma melhora nas relações sociais e afetivas da tríade paciente – funcionário – família.

Como observadores do processo, ainda que nele envolvidos, pudemos também concluir que a ação transformadora dos músicos no ambiente da hemodiálise, mesmo que por um período curto, provocou enorme mudança inicial que se consolidou com o tempo e, a partir deste segundo momento, deixou de ser só a música, os músicos e suas consequências, passando a provocar mudanças no comportamento das pessoas que vivenciaram o processo, que extrapolam a simples vivência musical. Os envolvidos no projeto passaram a ser mais pró-ativos, mais atenciosos e sensíveis com os pacientes (como se fosse uma descoberta da pessoa existente naquele “corpo doente”), pudemos observar melhora da relação entre os funcionários (como se fosse a descoberta da pessoa naquele “colega de trabalho”), enfim, todo o ambiente da hemodiálise se modificou. Sabemos também que se esta atividade musical for mantida e outras ações humanizadoras forem implementadas (como vêm acontecendo) iremos crescer como pessoas, mas se forem interrompidas a mesmice irá retornar ao nosso ambiente de trabalho.

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Chronic diseases [Internet]. 2005. Disponível : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/em, Acessado em: Julho 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Política Nacional ao Portador de Doença Renal [Internet]. Brasília. 2004. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm, Acessado em: Julho 2012.
3. Daugirdas J, Ing T. Manual de Diálise. Medsi. 1996; 2: 3-252.
4. ABCMED. Hemodiálise. Como funciona? Por que é indicada? [Internet]. 2012. Disponível: <http://www.abc.med.br/p/300555/hemodialise+como+funciona+por+que+e+indicada.htm>, Acessado em: Agosto 2012.
5. Machado L, Car M. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(3):27–35.
6. Buss P, Minayo M, Hartz Z. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cien Saude Colet. 2000; 5(1):7–18.
7. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. UFRJ - Educ. 1993; dez:1–21.
8. Diniz D, Shor N. Qualidade de Vida. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. UNIFESP – Esc Paul Med. 2006; 1:35–50.
9. Corrente R, Vecchia T, Mangini S, Bocchi J. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2005; 8(3). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>, Acessado em: Agosto 2012.
10. Zimmermann P, Carvalho J, Mari J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. Rev Psiquiatr. 2004; 26(3):312–8.
11. Menezes C, Maia E, Lima Junior J. O Impacto da Hemodiálise na vida dos portadores de Insuficiência Renal Crônica: uma análise a partir das necessidades humanas básicas. Nursing (Lond). 2007; 10(115):570–6.

12. Thomas C, Alchieri J. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Aval psicol.* 2005; 4(1):57–64.
13. Carreira L, Marcon S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Lat Am Enferm.* 2003; 11(6):823–31.
14. Barmar B. Comparison of Sleep/Wake Behavior in CKD Stage 4 to 5 and Hemodialysis Populations Using Wrist Actigraphy. *Am J Kidney Dis.* 2009; 53(4):665–72.
15. Turkmen A, Debruin V, Daher E, Almeida G, Medeiros C, Debruin P. Risk factors for depressive symptoms in large population on chronic hemodialysis. *Int Urol Nephrol.* 2012; 44(4):1229–35.
16. Castro G, Dias A. Vivências de portadores de doença renal crônica. *Rev UF Sta Maria.* 2004; 1:10-5.
17. Radié J, Ljutiê D, Sain M, Curkovi K. The possible impact of dialysis modality on cognitive function in chronic dialysis patients. *Nefro J Med.* 2010; 68:153–7.
18. Madan P, Kalra O, Agarwal S, Tandon O. Cognitive impairment in chronic kidney disease. *Nephrol Dial.* 2007; 22:440–4.
19. Minayo M, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad Saúde Públ.* 1993; 9(3):239–48.
20. Beck A, Alford B. Depressão: Causas e Tratamento. *Artmed.* 2011; 2:344-70.
21. Teixeira A. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Rev Psico UNESP.* 2005; 4(1):41–56.
22. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. FioCruz. *Esc Nasc Saúde Pub.* 1996; 2.
23. Peres U. Depressão e Melancolia. *Zahar.* Rio de Janeiro. 2006; 3:30-40.
24. Moritz R, (org). Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. *Atheneu.* 2012; 1:3–35.
25. Reiriz A, Scatola R, Buffon V, Santos C. Cuidados Paliativos, a Terceira Via entre Eutanásia e Distanásia: Ortotanásia. *Prática Hosp.* 2006; 3(48).
26. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília. 2001. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acessado em: Outubro 2013.

27. Ferreira C, Remedi P, Lima R. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(5):689–93.
28. Flusser V. Para uma definição da música em meio de saúde. *Cad Mus Hosp.* 2005; 1:3–6.
29. Standley J, Hanser S. Music therapy research and applications in pediatric oncology treatment. *J Pediatr Oncol Nurs.* 1995; 12(1):3–8.
30. Klein S A WM. Enhancing pediatric health care with music. *J Pediatr Heal Care.* 1996; 10(2):74–81.
31. Kneafsey R. The therapeutic use of music in a care of the elderly setting: a literature review. *J Clin Nurs.* 1997; 6(5):341–6.
32. Wong H, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart & Lung.* 2001; 30(5):376–87.
33. Leão E. A música como recurso complementar no controle da dor. *Âmbito Hospitalar.* 2004; 5(168):51–5.
34. Lefevre M. Playing with sound: the therapeutic use of music indirect work with children. *Child Fam Soc Work.* 2004; 9(4):333–45.
35. Flusser V. Cahiers de la musique à l'hôpital. *Charte des Music.* 2003; 3:1–5.
36. Flusser V. *Músicos do Elo.* Anna Blume. 2013; 1:69–73.
37. Buber M. *Je et Tu.* AUBIER. 1992; 1:15–50.
38. Flusser V. A Música no Hospital [Internet]. Strasbourg; 2000. Disponível: http://umb-www-01.u-strasbg.fr/musims/Templates/charte_du_musicien_intervenant_en_portugais.pdf, Acessado em: Janeiro 2013.
39. Birdwhistell R. *Kinesis and Context.* Psycho Babel. Pennsylvania Press. 1970; 1:55–70.
40. Hall E. A Dimensão Oculta. Fontes M. *Relógio d'Água.* 2005; 1:15.
41. Moscovici S. Representações sociais, investigações em psicologia social. *Vozes,* 2003; 7(2):50–88.
42. Lefèvre F. Discurso do Sujeito Coletivo [Internet]. 2005. Disponível: http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_sujeito_coletivo.htm, Acessado em: Janeiro 2013.

43. Lefèvre A, Crestana M, Cornetta V. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa. *Saúde e Soc.* 2003; 12(2):68–75.
44. Duarte P, Ciconelli R, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the “Kidney Disease and Quality of in Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2005; 38(2):261–70.
45. Calil H, Pires M. Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Depressão. *Rev Psiqu Clin* [Internet]. 2005; Disponível: <http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255a.htm>. Acessado em: Novembro 2012.
46. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM) *Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo*, 2003; 49(4).
47. Hays R, Kallich J, Mapes D, Coons S, Amin N, Carter W, et al. Development of Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Ver.1.3 - A Manual for Use and Scoring. [Internet]. RAND. Sta Monica; 1997; 1. Disponível: <http://gim.med.ucla.edu/kdqol/downloads/download.html>. Acessado em: Janeiro 2012.
48. Glaxo WI. The hamilton rating scale for depression. *J Oper Psychiatry.* 1997; 2(2):149–65.
49. Gorenstein C, Moreno R. A Escala de Avaliação de Depressão. *Casa Leitura Medica.* 2011; 1(1):5–15.
50. Barbetta P. Estatística Aplicada às Ciências Sociais. UFRJ - Educ. 2002; 5:5-10.
51. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Pesqui. Odontológica Bras. Brasília.* 2003. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-74912003000500006&lng=pt&nrm=iso &tlng=pt, Acessado em: Abril 2012.
52. Freud S. Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. *Amorrortu.* 1905; 3:15-50.
53. Medeiros R, Pinent C, Meyer F. Aptidão física de indivíduo com doença renal crônica. *J bras nefrol.* 2002; 24(2):81–7.
54. Dahbour S, Wahbeh A, Hamdan M. Mini mental status examination (MMSE) in stable chronic renal failure patients on hemodialysis: The effects of hemodialysis on the MMSE score. A prospective study. *Hemodial Int.* 2009; 13:80–5.

55. Quintana A, Muller A. Da Saúde à Doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. *Psicol Argumento*. 2006; 24(44):73-80.
56. Santos P. Relação do Sexo e da Idade com Nível de Qualidade de Vida em Renais Crônicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(5):356–9.
57. Rezende R, Porto I. Cuidado de enfermagem para clientela em hemodiálise: suas dimensões instrumentais expressivas. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009; 11(2):266–74.
58. Alves M, Naujorks M. As Representações Sociais dos Professores acerca da Inclusão de Alunos com Distúrbios Globais do Desenvolvimento. *Educ Espec*. 2010;15.
59. Freud S. Prefacio a juventude desorientada. *Imago*. 1976; 19:305–8.

8. APÊNDICES

Apêndice A – Questionário Semi-Estruturado

Questionário Semi-Estruturado

- Que sensações você viveu quando os músicos vieram tocar para você?
- Você se lembrou de alguma coisa enquanto os músicos tocavam pra você?
- Qual o sentido da música para você?
- Qual é a sensação de tempo na presença da música?
- Houve alguma diferença no ambiente de tratamento?
- Você percebeu alguma mudança nos funcionários após a atuação dos músicos?
- Existe algum comentário a mais que você gostaria de fazer sobre a intervenção musical que vem sendo feita com os pacientes no CDTR?

Apêndice B – Carta à Instituição

Carta à Instituição

Sorocaba, 03 de abril de 2012

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Ronaldo D'Ávila

Diretor Técnico do Centro de Diálise e Transplante Renal

Eu, Thiago dos Reis Hoffmann, psicólogo do Centro de Diálise e Transplante Renal, mestrando em Educação nas Profissões da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba – PUC/SP, sob orientação do Prof. Dr. Fernando Antônio de Almeida, pretendo realizar uma pesquisa intitulada "Influência do Músico Atuante durante as Sessões de Hemodiálise sobre a Qualidade de Vida de Portadores de Insuficiência Renal Crônica", com os pacientes submetidos à terapia renal substitutiva (hemodiálise) no Centro de Diálise e Transplante Renal.

Pedimos a sua autorização para o levantamento de dados e realização desta pesquisa nesta instituição, e para abordagem aos pacientes da clínica de hemodiálise.

Esclarecemos que os pesquisadores obedecerão as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato da clientela, bem como o do indivíduo, e estaremos atentos para não interferir na dinâmica de trabalho e funcionamento desta clínica.

Desde já agradecemos a atenção dispensada ao pedido.

Atenciosamente,



Conste e de acordo



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: A Atuação dos “Músicos do Elo” em um Centro de Hemodiálise: Uma Experiência Humanizadora que Melhora a Qualidade de Vida e Sintomas de Depressão.

O objetivo deste estudo é avaliar a influência e modificações na qualidade de vida do paciente em terapia renal substitutiva (hemodiálise) que foram submetidos à intervenção do músico do elo, que é um músico profissional que, através da música, procura a interação com os pacientes, resgatando sentimentos e participação dos mesmos e modificando o ambiente hospitalar, tornando-o mais humanizado.

Assinando este termo consinto em participar voluntariamente do projeto de estudo sob a responsabilidade do pesquisador Thiago dos Reis Hoffmann e orientação do Prof. Dr. Fernando Antônio de Almeida. Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido que: A) o estudo será realizado a partir da aplicação de questionários que deverão ser respondidos por mim (participante da pesquisa); B) não haverá riscos para a minha saúde; C) que posso consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimentos de qualquer dúvida; D) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso; E) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos, só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha identificação; F) que serei informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa; G) que não terei custos pessoais por participar da pesquisa; H) que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros, s sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa; I) que os pesquisadores podem utilizar meu histórico clínico registrado em meu prontuário eletrônico

NefroData™; J) que esta pesquisa é importante para o estudo e melhor entendimento do assunto qualidade de vida dos indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico (hemodiálise). Entendi que terei que responder a perguntas sobre minha vida e meu estado de saúde antes ou após a intervenção dos músicos atuantes na Unidade de Diálise do CDTR. Assim, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão.

Ao final do estudo o pesquisador se compromete a lhe comunicar os resultados. O pesquisador responsável pelo estudo é Thiago dos Reis Hoffmann que pode atendê-lo nos telefones 15-3033.5349. O orientador é o Prof. Dr. Fernando Antônio de Almeida, telefone 15-3212.9878. Endereço para contato: Rua Cláudio Manoel da Costa, 57 – Jd. Vergueiro – Sorocaba-SP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP aprovou este estudo e caso necessite outros esclarecimentos ou tenha algo a comunicar ao comitê, o telefone é: 15-3212.9896.

Nome: _____

Data: __/__/__

Assinatura: _____

Pesquisador: Thiago dos Reis Hoffmann

Data: __/__/__

1º via – Pesquisador, 2º via – Paciente:

Este é um documento em duas vias, uma pertencente a você e outra deve ficar com o pesquisador.



Piedade São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FACUS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Av. Dr. José Emílio de Moraes, 291
CEP: 13200-925 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212-5932
Telefax: (015) 3211-9674
Código Postal 1360



Hospital
Santa Lucinda

Hospital Santa Lucinda
Rua Otávio Marcelo de Costa, 57
CEP: 13010-010 – Sorocaba – SP
Fone/Fax: (015) 3212-9900/5857/5932
Código Postal 1360
www.sorocaba.pucsp.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Sorocaba, 12 de junho de 2012.

Ilmo. Sr.
Thiago dos Reis Hoffmann
Pesquisador responsável

Ref: APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC/SP informa que **aprovou** em reunião ordinária realizada em 12.06.12.

Projeto de pesquisa: "Influência do músico atuante durante as sessões de hemodiálise sobre a qualidade de vida de portadores de insuficiência renal crônica", "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e o parecer do relator.

Profª Dr. José Augusto Costa
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP

Apêndice D – Transcrição das Entrevistas

Pcte1 - NBS, 37a, F

R1. Me senti bem, eles eram atenciosos e carinhosos. Sentia que não estava sozinho na diálise.

R2. Lembrei um pouco da minha infância e da época que as coisas eram mais fáceis. Da saudade.

R3. O sentido, assim, como se eles quisessem me agradar.

R4. Ah, o tempo parece que passa mais rápido, é melhor que só assistir televisão, parece que não ia dar mais câimbra..rs

R5. Os funcionários estavam mais pertos da gente, eles brincam mais.

R6. Então os funcionários. Não sei que é por causa da música ou por ter gente diferente no salão, mas eles ficam mais animados. Tem uns que sempre tão assim, mas outros também nunca mudam a cara.

R7. Que não acabe, porque eles são muito atenciosos.

Pcte2 - CVM, 54a, F

R1. Eu me senti viva, quando eles começavam a tocar, parecia que eu esquecia da agulha no braço e me sentia numa praça. É muito gostoso.

R2. Lembrei de quando eu namorava meu marido, ele gostava muito de ouvir musiquinhas no rádio.

R3. Não sei dizer bem, sei que é gostoso de ouvir, faz bem pra alma.

R4. O tempo você diz da hora aqui na dialise, ah, toda vez que tem alguma coisa boa aqui o tempo parece que passa mais rapidinho. Nem da pra perceber.

R5. Não sei dizer porque os meninos sempre são bonzinhos com a gente.

R6. Sim, eles gostam também de ficar ouvindo as músicas, até os médicos vem ouvir também, outro dia o Dr. Fernando tava aqui e parece até que ia chorar.

R7. Que eles coloque mais coisas pra gente fazer, porque é muito difícil ficar aqui parada, sem fazer nada, eu não consigo dormir, então fico assistindo TV, mas só passa bobagem.

Pcte3 - MB, 56a, M

R1. Eu vivi uma sensação boa, é muito gostoso ouvir essas músicas antigas, não é todo mundo que gosta, mas não tem problema, é pro bem né! Então não tem problema.

R2. Eu lembrei do tempo de mocidade, que a gente tinha saúde e não tinha muita preocupação.

R3. Musica é vida. Eu tenho um radinho do lado da cama e sempre escuto.

R4. A gente fica muito tempo para aqui, tem a televisão e de vez em quando da pra conversar um pouco, mas demora né?

R5. Como assim? Os enfermeiros, eles são uns amores e sempre estão ajudando a gente, o Gustavo até tocava junto com o pessoal.

R6. Não.

R7. Que não pare.

Pcte4 - JGN, 66a, M

R1. Não tem como descrever direito, música é vida, não essas coisas bobagentas que toca no rádio, dá até vergonha de ouvir. Esse pessoal ai sabe tocar, é lindo ver eles cantando pra gente.

R2. Não sei, cada música tinha uma coisa, mas tinha umas que era meio repetida, tem que falar pra eles melhorarem o repertório e tocar umas coisas mais novas. A veiarada gosta, mas também tem moço aqui.

R3. Alegria, felicidade, saúde, tudo de bom.

R4. Passa rápido, você fica cantando e vendo o pessoal cantar, dá muita risada e o tempo voa.

R5. De sábado é assim mesmo, a gente brinca um monte, até da pra fazer uns bingos, não tem muito dinheiro, mas a gente se diverte.

R6. Não, o pessoal é muito bom, tem uns xaropes, mas o resto ajuda.

R7. Não só os músicos, mas que tenha outras coisas pra fazer, pode ser de final de semana mesmo, nós não liga, não.

Pcte5 - QOK, 57a, F

R1. Esse meninos ai são de ouro, eles pegam na gente, são educados, carinhosos, ainda bem que tem eles pra tocar essas músicas.

R2. Lembra a gente lembra, porque as músicas que a gente ouve a vida toda. Tem umas que a gente não conhece, mas é bonito mesmo assim.

R3. Sentido como? Não sei, tem música que fala coisa feliz, tem música que conta história, então cada uma fala uma coisa.

R4. Fica aqui demora mesmo, eu não consigo dormir, tem gente que dorme o tempo todo, mas eu não consigo, então qualquer coisa ajuda.

R5. Não. Tem sim. Fica mais barulhento.

R6. Eles tocam junto né.

R7. Eu gosto de todo mundo, todo mundo me trata bem. Queria deixar meus parabéns.

Pcte6 - ALSS, 29a, F

R1. Sensações boas, energia positiva. Não é todo mundo que entra aqui e trás coisas boas, mas esse pessoal trás. Dá um pouco de vergonha, mas ta todo mundo cantando, então vai bem.

R2. Lembra sim, não. Lembrei da época em casa, com a irmandade, que ficava ouvindo o rádio a tarde. Era muito bom.

R3. Ah, não sei direito, mas é bom.

R4. O tempo passa depressa, mas eles ficam pouco tempo. Não dá nem uma hora, ai já saem. Deviam ficar a diálise toda.

R5. Fica mais animado.

R6. Sempre que tem coisa de sábado, eles participam, não tenho o que reclamar do pessoal.

R7. Não tenho o que reclamar desse pessoal. Que Deus de em dobro o que eles fazem por nós.

Pcte7 - AMMS, 54a, F

R1. Cada música tinha uma sensação diferente, mas eu sentia mesmo quando eles pegavam na gente, olhar no olho é bom.

R2. Lembrei das cantigas de roda que a gente cantava. Era gostoso

R3. Como diz o ditado: Quem canta seu males espanta.

R4. Eu durmo a diálise toda, então quase não vejo a hora.

R5. Fica mais barulhento, mas é um barulho bom. Tem gente que reclama, mas também reclama de tudo né.

R6. Você diz os enfermeiros? Eles sempre são bons, mas tocarem juntos é muito legal, né?

R7. Que ele continuem a fazer essas coisas pra gente.

Pcte8 - JAC, 43a, M

R1. Não sei dizer direito, eles passavam e tocavam, davam uns instrumentos. Me sentia bem.

R2. Lembrei da minha mãe cantando pra gente. Ela era muito boa.

R3. O sentido. O sentido de estar feliz.

R4. Quanto tem qualquer pessoa aqui, o tempo passa rápido.

R5. Eles são muito bonzinhos, sempre estão sorrindo, então fica mais alegre.

R6. Notei que eles cantam e dançam junto com a gente. Da vontade de levantar e dançar.

R7. Que os músicos também toquem outros tipos de músicas. A gente podia fazer uma listinha né.

9. ANEXOS

Anexo A – KDQOL – SF™

Doença Renal e Qualidade de Vida (KDQOL-SF™ 1.3) - English Version 1.3
Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona

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

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

Excelente

Muito Boa

Boa

Regular

Ruim

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

Muito melhor agora do que há um ano atrás

Um pouco melhor agora do que há um ano atrás

Aproximadamente igual há um ano atrás

Um pouco pior agora do que há um ano atrás

Muito pior agora do que há um ano atrás

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atua dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto?

- a Atividades que requerem muito esforço, como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço
- b Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar
- c Levantar ou carregar compras de supermercado
- d Subir vários lances de escada
- e Subir um lance de escada
- f Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se
- g Caminhar mais do que um quilômetro
- h Caminhar vários quarteirões
- i Caminhar um quarteirão
- j Tomar banho ou vestir-se

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

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

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

- a Reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades
- b Fez menos coisas do que gostaria
- c Trabalhou ou realizou outras atividades com menos atenção do que de costume.

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

Nada

Um pouco

Moderadamente

Bastante

Extremamente

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

Nenhuma

Muito leve

Leve

Moderada

Intensa

Muito Intensa

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

Nada

Um pouco

Moderado

Bastante

Extremamente

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

- a Você se sentiu cheio de vida?
- b Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?
- c Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?
- d Você se sentiu calmo e tranqüilo?
- e Você teve muita energia?
- f Você se sentiu desanimado e deprimido?
- g Você se sentiu esgotado (muito cansado)?
- h Você se sentiu uma pessoa feliz?
- i Você se sentiu cansado?

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

Todo o tempo

A maior parte do tempo

Alguma parte do tempo

Uma pequena parte do tempo

Nenhum momento

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

- a Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas
- b Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço
- c Acredito que minha saúde vai piorar
- d Minha saúde está excelente

Sua Doença Renal

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

- a Minha doença renal interfere demais com a minha vida
- b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal
- c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal
- d Eu me sinto um peso para minha família

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

- a Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?
- b Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?
- c Você se irritou com as pessoas próximas?
- d Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?
- e Você se relacionou bem com as outras pessoas?
- f Você se sentiu confuso?

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

- a Dores musculares?
- b Dor no peito?
- c Cãibras?
- d Coceira na pele?
- e Pele seca?
- f Falta de ar?
- g Fraqueza ou tontura?
- h Falta de apetite?
- i Esgotamento (muito cansaço)?
- j Dormência nas mãos ou pés?
- k Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?
- l Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?
- m Problemas com seu cateter?

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

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

- a Limitação de líquido?
- b Limitação alimentar?
- c Sua capacidade de trabalhar em casa?
- d Sua capacidade de viajar?
- e Depender dos médicos e outros profissionais da saúde?
- f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?

- g Sua vida sexual?
- h Sua aparência pessoal?

As próximas três questões são pessoais e estão relacionadas à sua atividade sexual, mas suas respostas são importantes para o entendimento do impacto da doença renal na vida das pessoas.

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?

Não Sim

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

- a Ter satisfação sexual?
- b Ficar sexualmente excitado (a)?

17. Para a questão seguinte, por favor avalie seu sono, usando uma escala variando de 0, (representando “muito ruim”) à 10, (representando “muito bom”) Se você acha que seu sono está meio termo entre “muito ruim” e “muito bom,” por favor marque um X abaixo do número 5. Se você acha que seu sono está em um nível melhor do que 5, marque um X abaixo do 6. Se você acha que seu sono está pior do que 5, marque um X abaixo do 4 (e assim por diante).

Em uma escala de 0 a 10, como você avaliaria seu sono em geral?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

- a Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?
- b Dormiu pelo tempo necessário?

c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?

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

a A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?

b O apoio que você recebe de sua família e amigos?

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

Sim Não

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

Sim Não

22. No geral, como você avaliaria sua saúde, em uma escala de 0 a 10.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Satisfação Com O Tratamento

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

Muito ruim

Ruim

Regular

Bom

Muito bom

Excelente

O melhor

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

- a O pessoal da diálise me encorajou a ser o (a) mais independente possível
- b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal

Anexo B – Escala de Hamilton (HAM-D)

Guia da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton Hamilton Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale (Sigh-D)

Introdução:

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)? Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Especifique por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana?

Você tem se sentido para baixo ou deprimido?

Triste? Sem esperança?

Na última semana, com que frequência você se sentiu (utilize a palavra referida pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro?

Você tem chorado?

Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- ausente

1- sentimentos relatados somente se perguntados

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal.

Se pontuou de 1 a 4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas?

SE SIM: quais foram esses pensamentos?

Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez?

Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão?

Você sente que está sendo punido ficando doente?

Sentimentos de culpa:

0- ausente

1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas

2- ideias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas (más) no passado

3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa

4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Nessa última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? ou pensamentos de se machucar ou até de se matar?

SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

Suicídio:

0- ausente

1- acha que não vale a pena viver

2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si

3- ideias ou atitudes suicidas

4- tentativas de suicídio

4. Como tem sido seu sono na última semana?

Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir?

Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

Insônia inicial:

0- sem dificuldades para iniciar o sono

1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora

2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites

5. Durante essa última semana, você tem acordado no meio da noite?

SE SIM: você sai da cama? o que você faz? (somente vai ao banheiro?)

Quando volta para a cama, você volta a dormir logo?

Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

Insônia intermediária:

0- sem dificuldade

1- queixa de agitação e perturbação durante a noite

2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana?

Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acordava (ou seja, antes de ficar deprimido)?

Insônia tardia:

0- sem dificuldade

1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir

2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)?

Você se sente interessado em fazer (essas atividades) ou você tem de se forçar?

Você parou de fazer atividades que costumava fazer? SE SIM: Por quê?

Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente?

(no seguimento): Seu interesse voltou ao normal?

Trabalho e atividades:

0- sem dificuldades

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos

2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades)

3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria

4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria, ou se não consegue realizá-las sem ajuda

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Retardo (lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

0 pensamentos e fala normais

1 lentificação discreta à entrevista

2 lentificação óbvia durante à entrevista

3 entrevista difícil

4 estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Agitação:

0 nenhuma

1 inquietação

2 mexe as mãos, cabelos etc.

3 movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista

4 retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana?

Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: Como com o quê, por exemplo?

Ansiedade psíquica:

0 sem dificuldade

1 tensão e irritabilidade subjetivas

2 preocupa-se com trivialidades

3 atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala

4 paciente expressa medo sem ser perguntado

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos?

Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta.

O quanto esses sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos foram? Quanto tempo ou com que frequência os teve?

Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

Ansiedade - somática:

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, como:

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações

CV: palpitação, cefaleias

Respiratórios: hiperventilação, suspiros

Ter de urinar frequentemente

Sudorese

0 ausente

1 duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2 leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3 moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4 grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?)

Você tem tido que se força a comer?

As outras pessoas têm insistir para você comer?

Sintomas gastrointestinais – somáticos:

0 nenhum

1 perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2 dificuldade para comer se não insistirem

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana?

Você se sente cansado o tempo todo?

Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular?

Nesta última semana, você tem sentido um peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

Sintomas somáticos gerais:

0 nenhum

1 peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fadigabilidade

2 qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14. Como tem estado seu interesse por sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre seu desempenho, mas sobre seu interesse por sexo- o quanto você tem pensado nisso?)

Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)?

Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não: isso é pouco habitual para você?

Sintomas Genitais – (como perda de libido, distúrbios menstruais):

0 ausentes

1 leves ou infrequentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado

2 óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual)

Você se queixa muito de sintomas físicos?

Você tem-se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho?

SE SIM: Como o quê, por exemplo? Com que frequência isso tem ocorrido?

Hipocondria:

0 ausente

1 auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2 preocupação com a saúde

3 queixas frequentes, pedidos de ajuda etc.

4 delírios hipocondríacos

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? SE SIM: Quanto?

SE INCERTO: Você acha que suas roupas estão mais folgadas?

No Seguimento: Você voltou a ganhar peso?

Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação)

0 sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual

1 perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo

2 perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação

Crítica (Consequência da doença):

0 reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento

1 reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc.

2 nega estar doente

18. Nesta última semana você se sentiu melhor ou pior em algum período específico do dia – manhã ou noite?

SE VARIAÇÃO: Quanto pior você se sente (de MANHÃ OU de NOITE)?

SE INDECISO: Um pouco pior ou muito pior?

Variação Diurna:

A. Anote se os sintomas são piores de manhã ou à noite. SE NÃO HOUVER variação diurna, marque nenhuma:

Sem variação ou não deprimido no momento

pior pela manhã

pior a tarde/à noite

B. Quando presente, anote a gravidade da variação:

0 nenhuma

1 leve

2 grave

Nota: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18 B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. Na última semana você teve subitamente a sensação de que tudo é irreal, ou que você está em um sonho, ou separado do contato com as outras pessoas de uma maneira estranha?

Alguma sensação de flutuação?

SE SIM: Quão ruim isso tem sido? Quantas vezes isso aconteceu nesta; última semana?

Despersonalização e Desrealização (como sensação de irrealidade a ideias niilistas)

0- ausentes

1 leves

2 moderadas

3 graves

4 incapacitantes

20. Na última semana você sentiu que alguém tentou o prejudicar ou machucar?

SE NÃO: e sobre alguém falando de você pelas costas?

SE SIM: fale mais sobre isso

Sintomas Paranóides:

0 nenhum

1 desconfiado

2 ideias de referência

3 delírios de referência e perseguição

21. Na última semana, você teve fazer alguma coisa várias vezes? Houve algo que você teve de fazer e refazer várias vezes, como verificar se as portas estavam fechadas?

SE SIM: você pode me dar um exemplo?

Você teve algum pensamento que não faz sentido para você, mas que fica voltando à sua cabeça sempre sem parar?

SE SIM: você pode me dar um exemplo?

Sintomas Obsessivos e Compulsivos:

0 nenhum

1 leves

2 grave

Escore total HAM-D – 21 itens

Escore Total _____