

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

Music Therapy Effects on the Quality of Life and the Blood Pressure of Hypertensive Patients

Claudia Regina de Oliveira Zanini, Paulo César Brandão Veiga Jardim, Claudia Maria Salgado, Mariana Cabral Nunes, Fabrícia Lanusse de Urzêda, Marta Valéria Catalayud Carvalho, Dalma Alves Pereira, Thiago de Souza Veiga Jardim, Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Resumo

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

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

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

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

Conclusões: A musicoterapia contribuiu para a melhora da QV e do controle da PA, sinalizando que essa atividade pode representar um reforço na abordagem terapêutica em programas de atendimento multidisciplinar ao paciente hipertenso. (Arq Bras Cardiol 2009; 93(5) : 534-540)

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

Summary

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

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

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

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

Conclusions: Music therapy has contributed to an improvement on the QOL and BP control of patients, suggesting that this activity may represent a therapeutic approach to help strengthen the programs of multidisciplinary care of hypertensive patients. (Arq Bras Cardiol 2009; 93(5) : 495 - 500)

Key Words: Hypertension; Music Therapy; Adjuvant treatment; Quality of Life; Public Health.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Claudia Regina de Oliveira Zanini •

Av. São João, nº 586, aptº 401-E, Vila São João, 74.815-410, Goiânia, GO, Brasil.

E-mail: mtclaudiazanini@gmail.com

Artigo recebido em 18/09/08; revisado recebido em 26/10/08; aceito em 12/11/08.

Introdução

A hipertensão arterial (HA) é uma doença de massa com graves conseqüências por ser um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Suas complicações elevam as taxas de morbi-mortalidade¹ e, em sua evolução, podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos². Para o tratamento da HA são indicadas medidas farmacológicas e não-farmacológicas. As intervenções não farmacológicas podem ser prescritas por todos os profissionais de saúde e são importantes para a redução da pressão e para a adoção de um estilo de vida saudável.

A existência de uma equipe multiprofissional é um fator que sabidamente contribui para melhores resultados no cuidado ao hipertenso. De acordo com as V Diretrizes de Hipertensão Arterial³, o que sugere a existência de uma equipe multiprofissional para lidar com o paciente hipertenso é a filosofia de trabalho, que visa o bem-estar dos pacientes e da comunidade.

Dentro desse contexto, o musicoterapeuta pode se adequar como um dos participantes da equipe multiprofissional e, particularmente na HA, pode contribuir no tratamento não-medicamentoso. A musicoterapia é definida como: A utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas⁴.

Em diversas pesquisas englobando a influência da música, têm sido observados efeitos em diferentes situações clínicas, influenciando variações fisiológicas que incluem pressão arterial, freqüência cardíaca, respiração, eletroencefalograma, temperatura corporal e respostas galvânicas da pele, assim como parâmetros bioquímicos dos sistemas endócrino e imunológico, além de variações emocionais e sensibilidade à dor⁵⁻⁹.

A contribuição da musicoterapia nos diferentes contextos hospitalares (internação, hospital-dia e serviço ambulatorial) tem sido reconhecida por minimizar os efeitos da hospitalização, entre outros, influenciando diretamente na qualidade de vida do paciente¹⁰.

Por qualidade de vida, entende-se o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e saúde¹¹. Trata-se de um constructo, que agrupa cinco categorias maiores: utilidade social, felicidade/afeto, satisfação, alcance de objetivos pessoais e vida normal¹².

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

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

Métodos

Trata-se de um ensaio clínico controlado, delimitando como objeto de estudo "a inserção da musicoterapia como

possibilidade de tratamento da hipertensão arterial numa equipe multidisciplinar".

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

Para o número de pacientes matriculado no serviço, foi definido um tamanho de amostra mínima de 23 pacientes para cada grupo, para detectar uma diferença de 25 pontos, entre os grupos, nos escores das dimensões avaliadas pelo SF-36, a partir dos valores de referência descritos por Ciconelli e cols.¹³, considerando-se um α de 5% e poder de 80%.

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

Como critérios de exclusão foram considerados: diabetes descompensado; seqüelas de acidente vascular cerebral; insuficiência cardíaca (ICC) descompensada; insuficiência renal crônica (IRC); insuficiência hepática; infarto do miocárdio nos últimos seis meses; outras doenças crônicas incapacitantes; utilização de psicofármacos; ser atendido em processo psicoterápico; ser sujeito de pesquisa em outro projeto desenvolvido pela equipe multiprofissional da LHA/HC/UFG.

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

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

Os atendimentos musicoterápicos foram realizados com frequência semanal por um período de doze semanas. Cada sessão teve a duração de 60 minutos e contou com a participação de todos os membros do GE. Foram utilizados os seguintes métodos musicoterápicos descritos por Bruscia¹⁴: recriação musical, improvisação musical, composição musical e audição musical ou experiência receptiva. Segundo o autor, recriação é um termo mais abrangente que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem uma audiência. Na improvisação, o paciente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso. Nas experiências de composição, o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções,

letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com músicas ou fitas de áudio. Em experiências receptivas, o paciente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. A música utilizada pode ser ao vivo ou gravações.

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

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

Para avaliar o efeito da musicoterapia na qualidade de vida, foi aplicado nos dois grupos, de acordo com as recomendações que constam em sua versão original, o questionário genérico SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36 - Item Short Health Survey*), antes (momento 1 - M1) e após (momento 2 - M2) o período de intervenção. Este foi validado no Brasil, sendo dividido em oito tópicos que se referem às seguintes dimensões do viver: CF - capacidade funcional (limitação na realização de alguma atividade física devido à saúde); AF - aspectos físicos (problemas com o trabalho ou atividades de vida diária devido a problemas de saúde); D - dor (limitações devido à dor); EGS - estado geral de saúde (percepção de saúde: ruim a excelente); V - vitalidade (percepção do nível de vitalidade); AS - aspectos sociais (interferência de problemas físicos ou emocionais nas atividades sociais); AE - aspectos emocionais (interferência de problemas emocionais com o trabalho ou outras atividades); e SM - saúde mental (percepção da saúde mental). O questionário permite uma pontuação de 0 a 100 pontos, sendo o número maior indicativo de melhor qualidade de vida¹³.

Análise Estatística

Para a elaboração do banco de dados e da análise estatística foi utilizado o programa do SPSS (*version 10.0; SPSS, Chicago, IL, USA*). A pontuação referente ao questionário aplicado foi comparada entre os grupos (GE e GC) nos momentos 1 e 2 (início e final da intervenção), utilizando o teste t-Student para duas amostras independentes (dados com distribuição normal)

e teste de Mann-Whitney (dados que não apresentaram distribuição normal). Para a comparação intragrupo em M1 e M2, foi utilizado o teste t-Student para amostras pareadas (dados com distribuição normal) e teste de Wilcoxon (dados que não apresentaram distribuição normal). Para comparar as variáveis categóricas utilizou-se o teste qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes para todas as análises.

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

Resultados

Como vemos na tabela 1, os dois grupos foram semelhantes com relação à idade, sexo e escolaridade, não havendo diferenças significantes entre esses parâmetros ($p > 0,05$). A média geral de idade foi de $67,1 \pm 9,28$ anos. Cada grupo foi constituído por 23 indivíduos. O grupo controle foi inicialmente composto por 11 pacientes do sexo feminino (45,5%) e 12 do sexo masculino, enquanto o experimental foi constituído por 16 hipertensos do sexo feminino (69,6%) e 7 do sexo masculino. Uma paciente do grupo controle não foi considerada para a análise por ter falecido no decorrer do estudo. Dos 45 pacientes estudados, 69,6 % tinham idade ≥ 60 anos. Mais de 80% eram analfabetos ou tinham ensino fundamental incompleto. Só três indivíduos concluíram o ensino médio e um concluiu o ensino superior (tabela 1).

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

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

Tabela 1 - Caracterização da amostra

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

Tabela 2 - Comparação entre os escores do questionário SF-36, aplicado nos dois grupos no M1 (inicial) e no M2 (final), quanto às dimensões do viver avaliadas

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

Valores expressos em média ± desvio-padrão; *Teste t-Student **Teste Mann-Whitney; CF - capacidade funcional / AF - aspectos físicos / D - dor / EGS - estado geral de saúde / V - vitalidade / AS - aspectos sociais / AE - aspectos emocionais / SM - saúde mental

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

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

Os resultados da pressão arterial no início e no final do protocolo são apresentados na tabela 4. Vemos que no grupo que participou das atividades de musicoterapia (GE) houve uma diminuição significativa tanto da PAS quanto da PAD, entre o início e o final da intervenção. Já no grupo controle não observamos mudanças significativas.

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

Discussão

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

As sessões musicoterápicas realizaram-se no âmbito da saúde pública, através de atendimentos em grupo em um serviço ambulatorial destinado a pacientes hipertensos, com a presença média de 20 pacientes por sessão. No decorrer do processo musicoterápico, foram utilizadas experiências musicais ativas, como improvisar, compor e recriar canções, além de experiências musicais receptivas ou passivas e

Tabela 3 - Comparação intragrupo dos escores das dimensões do viver avaliadas através do questionário SF-36 no M1 e no M2

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

*Teste t-Student **Teste Mann-Whitney

atividades em que foram realizados exercícios de relaxamento e de respiração.

No Brasil, ainda há poucos estudos sobre musicoterapia relacionada à cardiologia. No primeiro artigo publicado, em 2001, nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, em pesquisa sobre a aplicação da musicoterapia receptiva na clínica médica e cardiológica, através de audições musicais, a musicoterapeuta atendeu, individualmente, dez pacientes, incluindo cinco etapas em seus procedimentos: estímulo musical, sensação, situação, reflexão e alteração de comportamento. Utilizou o questionário de Avaliação de Riscos à Saúde (*University of Michigan*), que foi aplicado antes e após o processo de 16 sessões de musicoterapia. Os resultados demonstraram a melhora dos níveis de estresse, da satisfação pessoal, do consumo de alimentos ricos em fibras e maior motivação para o viver¹⁵.

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

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

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

Dois anos depois, Marconato e cols.¹⁶ ressaltaram que a inserção da musicoterapia numa unidade de dor torácica (UDT) trouxe para a equipe médica “a oportunidade de se familiarizar com uma nova abordagem ao paciente cardiopata, através da compreensão de que a instabilização clínica é decorrente do desequilíbrio simultâneo e holográfico dos sistemas imunológico, nervoso e endócrino”. A autora, após um estudo prospectivo, realizando sessões individuais de musicoterapia receptiva, através de audições musicais, com duração de 60 minutos, no qual participaram 12 pacientes em estado de observação para estabilização clínica ou estratificação de risco de uma UDT, observou resultados como a redução da pressão arterial sistólica de 0,8% a 22,4% e a redução da pressão diastólica de 2,5 % a 38 %.

Em um ensaio clínico, foram avaliadas 84 crianças e adolescentes na faixa etária de 1 a 16 anos, nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Estas foram submetidas a uma sessão de trinta minutos de musicoterapia, utilizando audição de música clássica, e observadas no início e fim das sessões quanto à frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, temperatura e outras variáveis, além da escala facial de dor. Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, após a intervenção, quanto às avaliações objetivas das frequências cardíaca e respiratória ($p=0,04$ e $p=0,02$) e avaliação subjetiva da escala facial da dor ($p<0,001$), concluindo que houve uma ação benéfica da música⁵.

Em um outro estudo, o objetivo foi examinar se a audição diária de um tipo de música pode ajudar na diminuição da pressão arterial de pacientes idosos internos em uma instituição. Foram estudados dois grupos homogêneos quanto aos valores da pressão arterial, idade e medicação, sendo que o experimental ouviu músicas selecionadas por 25 minutos, todos os dias, durante quatro semanas. A pressão arterial foi aferida duas vezes por semana. No grupo experimental ($n=12$) houve uma diminuição significativa na média da pressão arterial, sendo de 11.8 mmHg na sistólica ($p=0,008$) e de 4.7 mmHg na diastólica ($p=0,218$). No grupo controle não houve mudanças significativas. Os resultados sugerem que ouvir música pode reduzir a pressão arterial e que a musicoterapia pode ser utilizada para o tratamento da HA¹⁷.

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

Em nosso estudo, observamos que houve elevação dos escores em todas as variáveis do questionário SF-36 nos

pacientes do GE, indicando melhora na qualidade de vida daqueles que participaram das sessões musicoterápicas após os três meses de intervenção. Vale destacar que esses resultados foram evidenciados tanto na análise de cada grupo (intragrupo), quanto entre os grupos (intergrupos).

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

Com relação ao controle da pressão arterial, também houve diferença significativa na PA, tanto na sistólica quanto na diastólica, ao compararmos os valores anteriores e posteriores às 12 sessões musicoterápicas realizadas com o GE, enquanto no GC não houve diferença significativa.

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

Para Gusmão¹⁹, na última década, o interesse pela avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos aumentou significativamente e diversos estudos vêm sendo desenvolvidos. A autora defende que os métodos usados para reduzir a pressão não devem interferir negativamente na qualidade de vida, sendo esse um importante fator para uma boa adesão ao tratamento.

Em nossa pesquisa, o instrumento utilizado, o questionário SF-36, permitiu uma avaliação do perfil de saúde dos pacientes, destacando aspectos clínicos, sociais e emocionais. A categoria em que foi maior a diferença entre os escores inicial e o final foi referente aos aspectos emocionais. Esse fato pode ser entendido por ser a musicoterapia uma atividade terapêutica que, através dos elementos musicais e do fazer musical, propicia o acolhimento de toda e qualquer expressão, dando possibilidade ao paciente de expressar seus conteúdos internos e de ser ouvido pelo grupo e pela musicoterapeuta,

dividindo alegrias, tristezas, angústias, medos e vitórias frente a sua enfermidade. Os aspectos emocionais refletem-se nos aspectos sociais, que envolvem as relações interpessoais do paciente e atividades sociais; na saúde mental e na percepção que se tem desta. Outras dimensões avaliadas positivamente, como dor e vitalidade, também têm relação com o estado emocional/mental e vão influenciar na visão que o paciente tem de seu estado geral de saúde.

A inserção da musicoterapia como possibilidade terapêutica no tratamento da hipertensão arterial vai ao encontro de uma abordagem holística na relação com o paciente, na qual "o ser humano constitui-se num conjunto de sistemas integrados e totalmente interdependentes, sendo importante o especialista familiarizar-se com as afecções que podem estar associadas à doença cardíaca"²⁰.

É pertinente enfatizar que, no caso específico da HAS, a manutenção do bem estar durante a terapêutica medicamentosa é da maior importância, uma vez que a maioria dos pacientes são previamente assintomáticos e os benefícios do tratamento são preponderantemente a longo prazo²¹.

Além disso, a inserção da musicoterapia, utilizando como principais recursos a voz e o corpo, instrumentos que todos os indivíduos possuem, viabiliza a implantação dessa forma de atendimento em outros projetos na área da saúde pública, atendendo a comunidade e, principalmente, atingindo uma clientela que não teria acesso a essa modalidade terapêutica, por meio de atendimentos ambulatoriais.

Como limitações do estudo, podemos considerar que a pesquisa foi conduzida com um número relativamente pequeno de pacientes e por um tempo curto, apesar de estar de acordo com os critérios estipulados na metodologia. Outro ponto é que os pacientes hipertensos considerados em estágio 2 ou 3 de HA não participaram de nosso estudo.

Entretanto, nossos resultados estimulam a continuidade desse tipo de avaliação com um grupo maior, por tempo mais prolongado e com a mensuração mais detalhada de critérios de adesão para uma possível confirmação de nossos resultados preliminares.

Os dados apresentados sinalizam que a musicoterapia, ao propiciar atividades em grupo visando a adoção de hábitos saudáveis e a diminuição do estresse³, pode ser uma abordagem terapêutica coadjuvante no tratamento da HA e que o musicoterapeuta pode ser inserido em programas de atendimento multidisciplinar a essa clientela, pois contribui para o controle da pressão arterial e para a melhoria da qualidade de vida do paciente hipertenso.

Agradecimentos

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

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

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

Referências

- Jardim PCBV. Educação em saúde e controle da pressão arterial. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.
- Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol serv saúde*. 2006; 1 (15): 35-45.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo: BG Cultural; 2006.
- UBAM - União Brasileira das Associações de Musicoterapia. *Revista brasileira de musicoterapia [editorial]*. 1996; 1 (2): 4.
- Hatem TP, Lira PIC, Mattos SS. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *J Pediatr*. 2006; 82 (3): 186-92.
- Gerassimowitsch G, Sidorenko W, Kuptschina A, Teterkina T, Korotkow S. Reduction of Hypertonia. [Accessed 2006 Mar 1]. Available from: <http://www.worldsocietyforum.net>
- Benkovitz D. Music therapy and pain management. In: 12 Congreso Mundial de Musicoterapia 2008. Anais. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. p. 49-50.
- Hanser S. Can music make us healthy? The psychoneuroimmunology of music. In: 12 Congreso Mundial de Musicoterapia 2008. Anais. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. p. 318-9.
- Didolich LCM. Musicoterapia y distrés. In: 12 Congreso Mundial de Musicoterapia 2008. Anais. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. p. 64-7.
- Myskja A. Integrated music: an approach to improved health and wellbeing in nursing homes. In: 12 Congreso Mundial de Musicoterapia 2008. Anais. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2008. p. 400-1.
- Lipp M, Rocha JC. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. Campinas (SP): Papyrus; 1994.
- Brasil VM. Qualidade de vida do portador de marca-passo cardíaco definitivo: antes e após implante. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39 (3): 143-50.
- Bruscia KE. Definindo musicoterapia. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Enelivros; 2000.
- Marconato C, Munhoz EC, Menim MM, Albach MT. Aplicação da musicoterapia receptiva na clínica médica e cardiológica. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77 (2): 138-9.
- Marconato C. Musicoterapia receptiva: a música no contexto clínico e

- hospitalar. [Monografia]. Santa Catarina (SC): Universidade de Santa Catarina; 2003.
17. Teng XF, Wong MYM, Zhang YT. The effect of music on hypertensive patients. In: 29th Annual International Conference of the IEEE. Engineering in Medicine and Biology Society. 2007. p. 4649-51.
 18. Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37 (5): 635-42.
 19. Gusmão JL. A qualidade de vida da pessoa com hipertensão arterial. In: Pierin AMG. (org.) *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. São Paulo: Manole; 2004. p. 263-74.
 20. Oliveira JRWA, Oliveira LFS, Porto CC. Uma visão holística no diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares. In: Porto CC. *Doenças do coração: prevenção e tratamento*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 16-8.
 21. Oliveira JRW. Os efeitos da terapia anti-hipertensiva sobre a qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol*. 1989; 52 (3): 111-3.