



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA**

Thayná Risuenho Ribeiro

**Impacto da música no tratamento de adolescentes com transtorno depressivo.**

**BRASÍLIA  
2024**

Thayná Risuenho Ribeiro

**Impacto da música no tratamento de adolescentes com transtorno depressivo.**

Trabalho de Conclusão da Residência Médica em Psiquiatria apresentado à Universidade de Brasília - Hospital Universitário de Brasília – UnB HUB/EBSERH, como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Psiquiatria.

Professor Orientador: Dr. André de Mattos Salles  
Co-orientadora: Dra. Letícia Daibert

**BRASÍLIA - DF**

**2024**

## RESUMO

**Introdução:** A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes em todo o mundo. A adolescência é um período de transição e o desenvolvimento de um transtorno depressivo pode acarretar em implicações em ambiente acadêmico e social. O efeito relaxante da música poderia ser um componente de auxílio durante o tratamento para o transtorno depressivo em adolescentes?

**Objetivo:** O objetivo do estudo é avaliar a resposta clínica da utilização das sinfonias musicais como método auxiliar no tratamento de adolescentes diagnosticados com transtorno depressivo.

**Método:** Trata-se de um estudo intervencionista, randomizado, não cego, realizado com adolescentes entre doze e dezoito anos. A intervenção foi feita por meio de sinfonias musicais. Composto por 12 participantes do grupo intervenção e 10 participantes do grupo controle. Foram aplicadas 3 escalas que avaliam a depressão em adolescentes (MQF, Kutcher - KADS e CES-DC), por um período de 8 semanas.

**Resultados:** Houve redução significativa da escala MQF nos participantes do grupo intervenção entre a primeira e segunda avaliação. Não houve diferença significativa no grupo controle e intervenção na análise das escalas Kutcher e CES-DC.

**Conclusão:** É possível concluir que a utilização das sinfonias musicais como instrumento auxiliar do tratamento para transtorno depressivo pode contribuir com a redução dos sintomas apresentados pelos adolescentes participantes do estudo. Ressalta-se a necessidade de estudos com grupos maiores de participantes e um período de intervenção mais extenso.

**Palavras-chave:** transtorno depressivo; adolescentes; sinfonias musicais.

## **ABSTRAT**

**Introduction:** Depression is one of the most common mental disorders worldwide. Adolescence is a period of transition and the development of a depressive disorder can have implications for academic and social environments. Could the relaxing effect of music be a helpful component during treatment for depressive disorder in adolescents?

**Objective:** The objective of the study is to evaluate the clinical response to the use of musical symphonies as an auxiliary method in the treatment of adolescents diagnosed with depressive disorder.

**Method:** This is an interventional, randomized, non-blind study carried out with adolescents between twelve and eighteen years old. The intervention was done through musical symphonies. Composed of 12 participants from the intervention group and 10 participants from the control group. Three scales that assess depression in adolescents (MQF, Kutcher - KADS and CES-DC) were applied for a period of 8 weeks.

**Results:** There was a significant reduction in the MQF scale in participants in the intervention group between the first and second assessment. There was no significant difference in the control and intervention groups in the analysis of the Kutcher and CES-DC scales.

**Conclusion:** It is possible to conclude that the use of musical symphonies as an auxiliary instrument in the treatment of depressive disorder can contribute to the reduction of symptoms presented by the adolescents participating in the study. The need for studies with larger groups of participants and a longer intervention period is highlighted.

**Keywords:** depressive disorder; teenagers; musical symphonies.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
2.1 Objetivo principal .....	7
2.2 Objetivos secundários .....	7
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>8</b>
3.1 Participantes .....	8
3.2 Critérios de seleção dos participantes .....	8
3.3 Procedimentos .....	9
3.4 Método de análise de dados .....	10
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>11</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>17</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>20</b>
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	<b>21</b>
<b>8 APÊNDICES</b>	<b>23</b>
8.1 Apêndice A: termo de consentimento livre e esclarecido .....	23
8.2 Apêndice B: termo de assentimento livre e esclarecido .....	25
8.3 Apêndice C: Parecer Comitê de Ética .....	27
8.4 Apêndice D: ESCALA MQF PARA ADOLESCENTES .....	28
8.5 Apêndice E: ESCALA KUTCHER DE DEPRESSÃO PARA ADOLESCENTES (KADS) .....	32
8.6 Apêndice F: ESCALA CES – DC PARA ADOLESCENTES .....	33
8.7 Apêndice G: figuras 4, 5, 6, 7 e tabelas 5,6 .....	34

## 1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental prevalente e, segundo a Organização Mundial da Saúde (2023), estima-se que mais de trezentos milhões de pessoas, de todas as idades, sofrem desta condição. É a principal causa de incapacidade em todo mundo e contribui, de forma importante, para a carga global de doenças.

Em relação, especificamente, às crianças e adolescentes, a maioria dos estudos mostra entre 1-2% de prevalência para os pré-púberes (dez aos quatorze anos) e 5% para os adolescentes (quinze aos dezoito anos) com um quadro depressivo clinicamente significativo (Joseph; Tolupe; Jing, 2018). Além disso, acomete em maior proporção adolescentes do sexo feminino em comparação com masculino (2:1), o que é semelhante na fase adulta (Bonin, 2023).

Pode-se apontar como fatores de risco para o desenvolvimento de um transtorno depressivo em adolescentes: o baixo peso ao nascer; história familiar de depressão e ansiedade em parentes de primeiro grau; conflitos familiares ou com seus cuidadores; estressores psicossociais como bullying e dificuldades acadêmicas (Rojas, 2011). Desta maneira, é fundamental compreender os processos de adoecimento e maneiras de como ajudar a melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes que estão em sofrimento.

Há milhares de anos se faz uso da música como forma de cuidado da saúde do homem e como uma das formas de tratar a “loucura” (Podolsky, 1954; Tyson, 1981; Costa, 1989). A música está presente em todas culturas e nos acompanha desde o alvorecer da história humana. Surgiu simultaneamente à linguagem, devido à necessidade de comunicar e cooperar. O ritmo regular da música pode estar relacionado com seus efeitos relaxantes, o que nos leva a pensar em benefícios para pacientes em adoecimento psíquico (Puchivailo; Holanda, 2014).

França *et al.* (2023) apontam que a adolescência é um período de transição que envolve mudanças físicas, comportamentais, cognitivas e emocionais. O desenvolvimento de um transtorno depressivo nesta fase pode gerar implicações consideráveis no desempenho acadêmico, quanto a interação social. É fundamental que seja feito o diagnóstico do transtorno depressivo e que seja oferecido tratamento adequado.

Na área da psiquiatria, além das propostas terapêuticas medicamentosas, é importante que o paciente tenha um tratamento multidisciplinar, incluindo acompanhamento psicoterápico, prática de exercício físico e atividades que proporcionem sensação de bem-estar, alegria e prazer, contribuindo desta maneira a uma estabilidade e melhora do quadro clínico. A música poderia ser um instrumento auxiliar durante o tratamento para transtorno depressivo em adolescentes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Avaliar a resposta clínica (melhora, piora, manutenção do quadro clínico) de adolescentes diagnosticados com transtorno depressivo ao acrescentar a música (sinfonias) como auxiliar do tratamento (seja medicamentoso e/ou psicológico) que irá iniciar ou está em acompanhamento.

### **2.2 Objetivos secundários**

Verificar quanto aos sinais/sintomas e idade mais prevalentes nos quadros de transtorno depressivo em adolescentes, avaliar a adesão à intervenção proposta pelo estudo e o tipo de tratamento sugerido.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo intervencionista, randomizado e não cego.

#### **3.1 Participantes**

Estudo é composto por vinte e dois participantes, de ambos os gêneros, com idade entre doze e dezoito anos, em acompanhamento médico regular no Hospital Universitário de Brasília - nos ambulatórios de psiquiatria da criança e adolescência - e em consultório particular de Brasília DF, em tratamento para transtorno depressivo (preenchendo critérios segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V – Texto Revisado - DSM 5 –TR).

Os participantes foram identificados e selecionados através da análise dos prontuários médicos (análise em prontuário quanto ao diagnóstico de transtorno depressivo) ou a realização do diagnóstico feito no momento da consulta. Os pacientes que aceitaram participar do estudo foram alocados em dois grupos, de forma aleatória, e a randomização foi feita por ordem de aceitação em participar do estudo.

GRUPO 1: Grupo intervenção - Composto por doze participantes, com diagnóstico de transtorno depressivo (prévio ou diagnóstico feito no momento da consulta) pelos critérios do manual DSM 5-TR. Não apresentam sintomas psicóticos, sem alterações cognitivas e sem diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) concomitantes. Foi sugerido escutar as sinfonias musicais como parte do tratamento proposto pela equipe assistente por oito semanas.

GRUPO 2: Grupo controle - Composto por dez participantes, com diagnóstico de transtorno depressivo (prévio ou diagnóstico feito no momento da consulta) pelos critérios do manual DSM 5-TR. Não apresentam sintomas psicóticos, alterações cognitivas e sem diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) concomitantes. Não foi proposto as sinfonias musicais como parte do tratamento.

#### **3.2 Critérios de seleção dos participantes**

Critérios de inclusão:

- Leitura, entendimento, consentimento e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelo adolescente;
- Leitura, entendimento, consentimento assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo (s) responsável (is) legal (is) do adolescente (se menor de dezoito anos);
- Idade cronológica entre doze e dezoito anos; e

- Adolescentes com sinais/sintomas que preenchem critérios segundo DSM 5-TR para transtorno depressivo e estão em acompanhamento nos ambulatórios de psiquiatria da criança e adolescência do Hospital Universitário de Brasília ou em consultório particular (rede privada).

Os critérios de exclusão:

- Adolescentes que se recusaram a participar da pesquisa ou a assinar o TALE;
- Adolescentes cujo (s) responsável (is) legal (is) se recusaram a autorizar sua participação na pesquisa ou a assinar o TCLE (se menores de dezoito anos);
- Adolescentes que apresentarem transtorno depressivo (pelo DSM 5-TR) com sintomas psicóticos ou associados a alterações cognitivas; e
- Adolescentes com diagnóstico prévio de transtorno do espectro autista (TEA).

### **3.3 Procedimentos**

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Os termos foram entregues aos adolescentes e seus respectivos responsáveis legais (se adolescentes menores de dezoito anos) durante a consulta. Foi explicado o que são os documentos e suas finalidades. Os termos foram preenchidos e assinados antes de começar o estudo em questão. Os participantes e responsáveis puderam preencher durante a consulta ou após (e trazer na consulta seguinte o termo preenchido), avaliando cuidadosamente o projeto. A equipe permaneceu à disposição para o esclarecimento de dúvidas.

Aplicação de escalas: As escalas aplicadas foram a “MQF para adolescentes”, “Escala Kutcher de depressão para adolescentes - KADS”, “CES-DC para adolescentes” (anexos ao final do documento). As escalas foram aplicadas no dia “zero”, quatro e oito semanas após iniciar a participação no projeto. As escalas escolhidas avaliam os sinais e sintomas de depressão, a intensidade dos sintomas e com pontuações sobre a gravidade do quadro (podendo avaliar cada participante ao longo do tempo). São validadas para realizar em crianças/adolescentes e com tradução para a língua portuguesa. No tempo pré-estabelecido, as escalas foram enviadas, por telefone, para os participantes pelo aplicativo “FORMS”. Os participantes abriram o arquivo, preencheram as escalas e enviaram para os pesquisadores o documento respondido. As escalas são curtas (com duração de preenchimento entre dois e dez minutos), sem custos financeiros adicionais, apenas necessitando de internet para abrir o arquivo.

Intervenção proposta: Sinfonias musicais. Disponibilizadas para os participantes pela plataforma “FORMS”, via internet. Foi enviada, via telefone – aplicativo de mensagens, uma

sinfonia musical para escutar a cada dia (sinfonias de músicas clássicas, com tempo de duração de dois minutos), durante oito semanas. Orientado realizar a intervenção em um ambiente calmo, com poucos estímulos sonoros e, de preferência, pouca circulação de pessoas.

O projeto foi protocolado e aprovado pelo comitê de ética, com CAEE 71256523.2.0000.5558 (Comitê de ética 5588 – Faculdade de Medicina UnB) – documento anexado em apêndice C.

### **3.4 Método de análise de dados**

Organização dos dados, confecção das tabelas e gráficos e análise estatística foram feitas com auxílio dos programas Microsoft Excel e Prism Graphpad 8.

Os dados de MQF, Kutcher e CES-DC foram apresentados na forma de média, desvio padrão, mediana e IC95%. Para MQF, também foram apresentados valor bruto e percentual de participantes que possuem escore menor que 27 e que possuem escore maior ou igual a 27. Para CES-DC, também foram apresentados valor bruto e percentual de participantes que possuem escore menor que 15 e que possuem escore maior ou igual a 15.

Para comparação de dois grupos não pareados e que não obedecem à distribuição normal, utilizamos o teste de Mann-Whitney. Os resultados foram apresentados na forma de diferença entre medianas e valor de P (*two-tailed*).

O teste de correlação foi aplicado entre as escalas avaliadas no estudo. Os valores de R, CI95%,  $R^2$  e P (*two-tailed*) foram calculados e apresentados. Para esta análise, considerou-se alfa de 0,05.

## 4 RESULTADOS

Ao todo, 22 participantes foram incluídos no estudo, dos quais 12 eram do grupo intervenção e 10 do grupo controle (Tabela 1). Dos 22 participantes incluídos, 13 responderam a pelo menos duas avaliações e seus dados foram, portanto, utilizados no presente trabalho (Tabela 1).

Variável	N	%
<b>Participantes incluídos</b>		
Intervenção	12	
Controle	10	
<b>Participantes que realizaram ao menos 2 avaliações do estudo</b>		
Intervenção	9	75*
Controle	4	40*

Tabela 1. Quantidade de participantes incluídos e que finalizaram o estudo.

\* Percentual de participantes que realizaram ao menos duas avaliações do estudo em relação ao número de participantes incluídos.

Dos 13 participantes, o estudo foi formado por 5 adolescentes com idade de 14 anos, 4 adolescentes com 13 anos, 2 adolescentes com 16 anos, 1 adolescente com 17 anos e 1 adolescente com 18 anos. Dos 13 participantes, 12 são do sexo feminino e 1 masculino.

Sobre os tipos de tratamentos em relação aos 13 participantes do estudo: 5 participantes estão em uso de medicações, 6 participantes estão em uso de medicações e em acompanhamento psicológico e 2 participantes não estão realizando tratamento medicamento ou psicológico.

Os dados de MQF, CES-DC e Kutcher (KADS) de todos os 13 participantes que realizaram duas avaliações foram utilizados para a análise estatística. Para investigar se a intervenção teve impacto no quadro depressivo avaliado pelas escalas MQF, Kutcher e CES-DC, grupo intervenção e grupo controle foram comparados na 1ª e na 2ª avaliação por meio do teste de Mann-Whitney para duas amostras. A Figura 1 e Tabela 2 mostram que os valores de MQF estão significativamente reduzidos no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle na 2ª avaliação (Teste de Mann Whitney; diferença entre medianas = 5,50;  $p = 0,0475$ ). Não houve qualquer diferença significativa entre os grupos para MQF na 1ª avaliação (Figura 1A e Tabela 2) ou para Kutcher (KADS) ou CES-DC tanto na 1ª quanto na 2ª avaliação (Figura 1B e C; Tabela 2, Tabela 3 e Tabela 4).

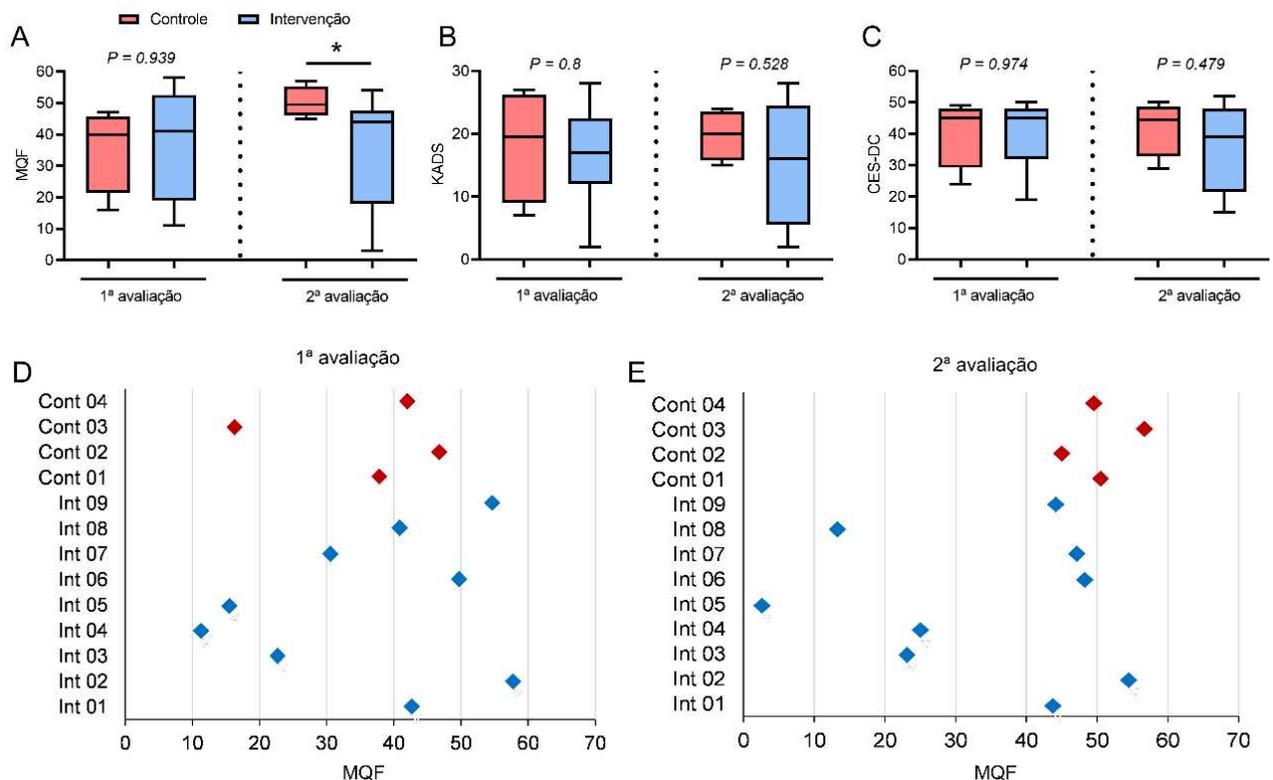


Figura 1. Impacto da intervenção sobre as escalas MQF, KADS e CES-DC.

Avaliação	Intervenção	Controle
<b>1ª Avaliação</b>		
Média	36,33	35,75
Desvio padrão	17,23	13,67
Mediana	41	40
IC 95%	(15 – 55)	(16 – 47)
MQF < 27 - N (%)	3 (33)	2 (50)
MQF ≥ 27 - N (%)	6 (67)	2 (50)
Diferença entre medianas	1,0	
Valor de P (Mann-Whitney)	0,939	
<b>2ª Avaliação</b>		
Média	33,44	50,25
Desvio padrão	17,91	4,99
Mediana	44	49,5
IC 95%	(13 – 48)	(45 – 57)
MQF < 27 - N (%)	4 (44)	0 (0)
MQF ≥ 27 - N (%)	5 (56)	4 (100)
Diferença entre medianas	- 5,50	
Valor de P (Mann-Whitney)	0,0476	

Tabela 2. Estatística descritiva para os dados obtidos a partir da escala MQF.

<b>Avaliação</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Controle</b>
<b>1ª Avaliação</b>		
Média	16,56	18,25
Desvio padrão	7,56	9,06
Mediana	17	19,5
IC 95%	(11 – 23)	(7 – 27)
Diferença entre medianas	- 2,5	
Valor de P (Mann-Whitney)	0,80	
<b>2ª Avaliação</b>		
Média	14,67	19,75
Desvio padrão	9,76	4,03
Mediana	16	20
IC 95%	(5 – 26)	(15 – 24)
Diferença entre medianas	-4,0	
Valor de P (Mann-Whitney)	0,528	

Tabela 3. Estatística descritiva para os dados obtidos a partir da escala de Kutcher (KADS).

<b>Avaliação</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Controle</b>
<b>1ª Avaliação</b>		
Média	39,78	40,75
Desvio padrão	10,41	11,32
Mediana	45	45
IC 95%	(29 – 49)	(24 – 49)
CES-DC < 15 - N (%)	1 (11)	1 (25)
CES-DC ≥ 15 - N (%)	8 (89)	3 (75)
Diferença entre medianas	0	
Valor de P (Mann-Whitney)	0,974	
<b>2ª Avaliação</b>		
Média	36,0	42,00
Desvio padrão	13,49	9,05
Mediana	39	44,5
IC 95%	(20 – 48)	(29 – 50)
CES-DC < 15 - N (%)	2 (22)	0 (0)
CES-DC ≥ 15 - N (%)	7 (78)	4 (100)
Diferença entre medianas	-5,5	
Valor de P (Mann-Whitney)	0,479	

Tabela 4. Estatística descritiva para os dados obtidos a partir da escala CES-DC.

Como a intervenção teve impacto sobre a escala MQF, optamos por avaliar mais profundamente qual dos itens que compõem o questionário foram mais amplamente impactados. A Figura 2, Análise Exploratória de MQF, mostra que a pergunta número 11 (“Eu fiquei emburrado(a) ou de mal com meus pais”) foi aquela na qual o grupo intervenção apresentou menor escore quando comparado ao grupo controle (Figura 2A). Por ser um item que avalia a relação com os pais, decidimos avaliar mais profundamente perguntas que compuseram o questionário e que abordavam tal relação.

Observamos que o percentual de participantes do grupo intervenção que responderam “muito boa” ou “ótima” quando perguntados sobre suas relações com os pais

(Figura 2B), com as mães (Figura 2C) e a relação entre o pai e mãe (Figura 2D) foi maior quanto comparado ao grupo controle.

Além disso, o percentual de participantes que responderam “sim” quando perguntados se já foram separados dos pais para serem cuidados por outras pessoas (Figura 3A), se pensou ou sentiu que os pais não queriam que ele(a) tivesse nascido (Figura 3B), se pensou que alguém da família odeia ela(a) (Figura 3C) e ou se sofreu agressão física que deixasse marcas (Figura 3D) foi menor no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle.

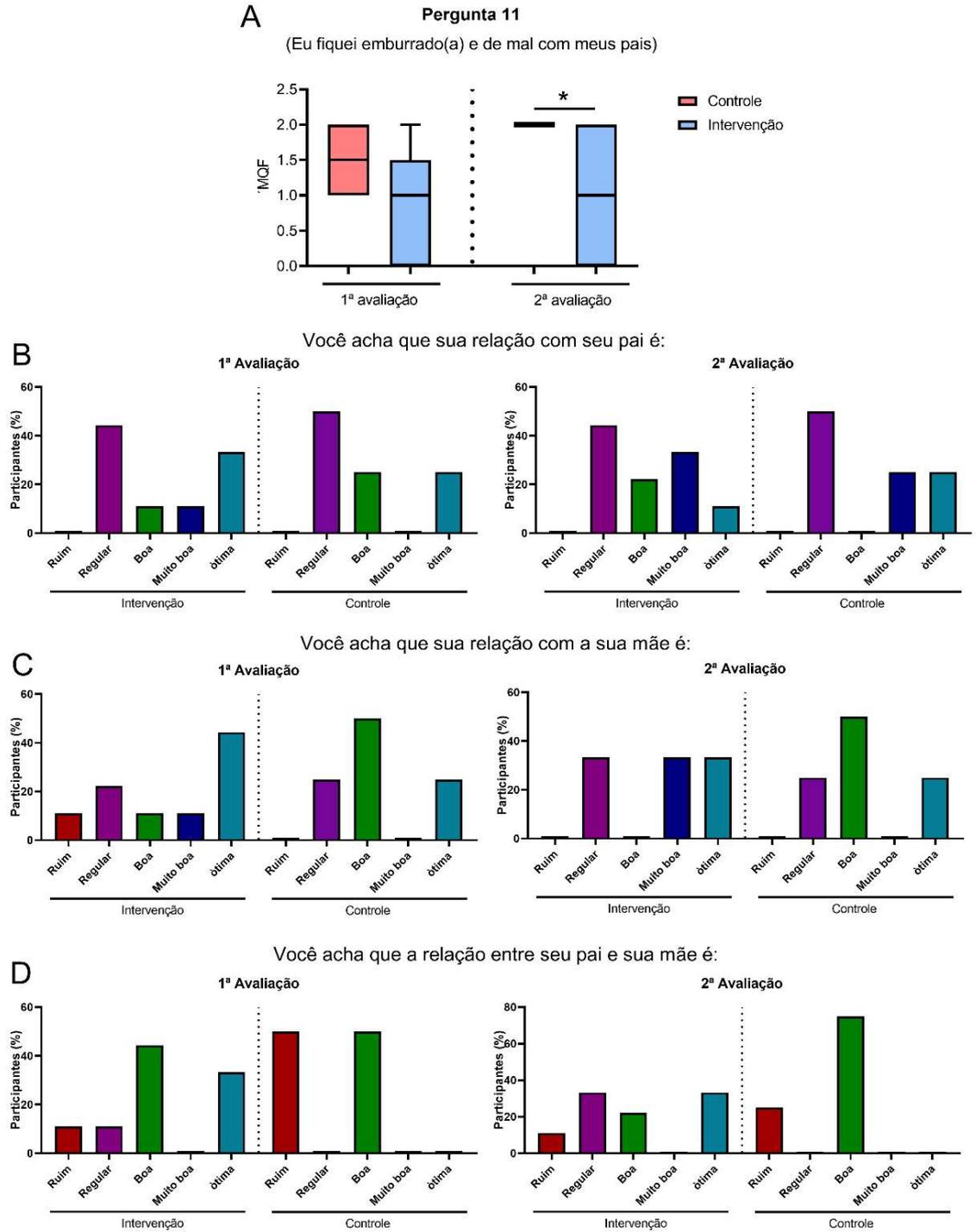


Figura 2. Análise exploratória do MQF, destacando a Pergunta 11.

A – Escore para a pergunta 11 do MQF: dados apresentados na forma de mediana, mínimo e máximo e percentil 10-90; B – Pergunta: “Você acha que sua relação com seu pai é”; C – Pergunta: “Você acha que a relação com sua mãe é”; e D – Pergunta: “Você acha que a relação entre seu pai e sua mãe é.”

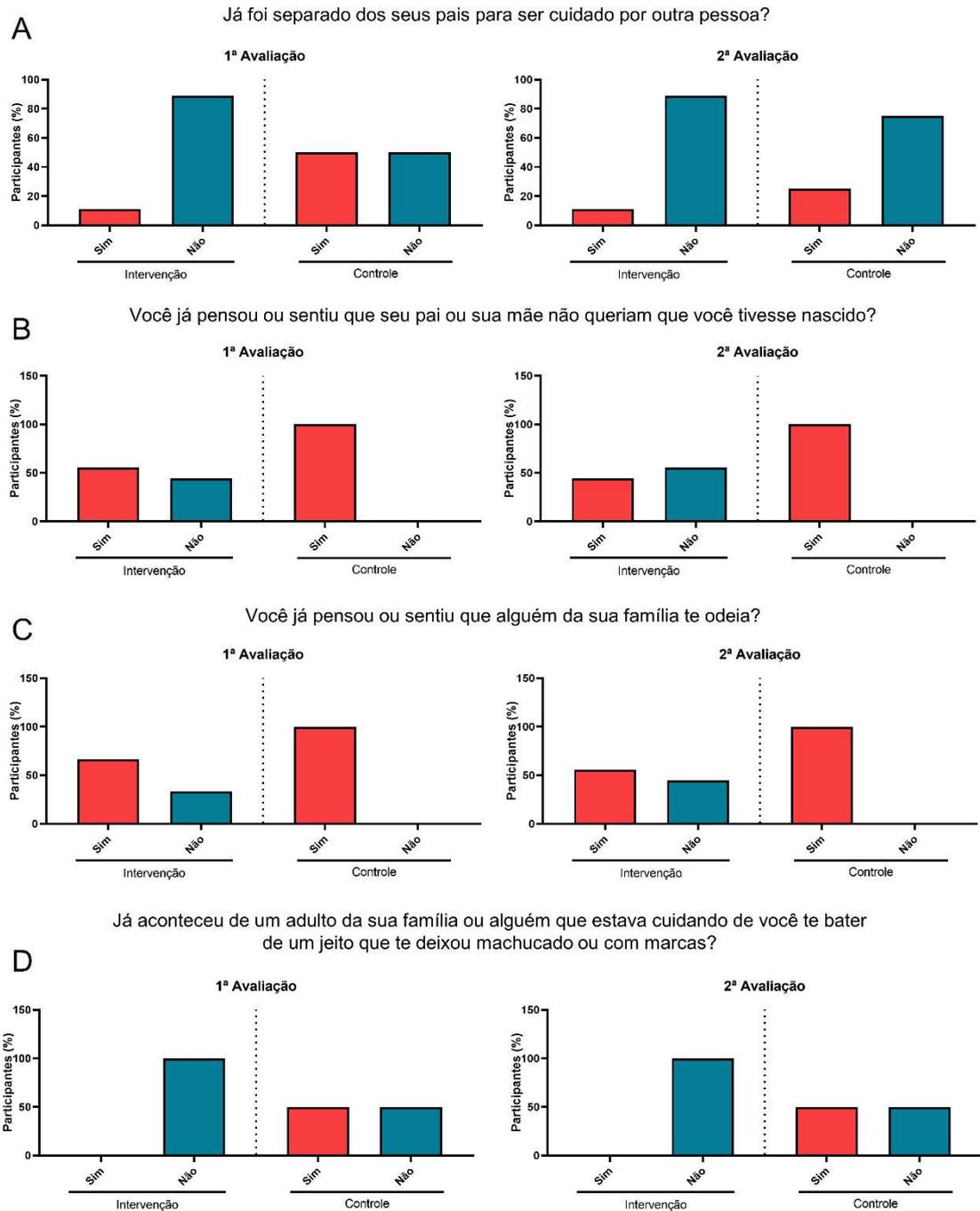


Figura 3. Análise adicional sobre a relação entre os participantes e seus familiares.

A – Pergunta: “Já foi separado dos seus pais para ser cuidado por outra pessoa? ”; B – Pergunta: “Você já pensou ou sentiu que seu pai ou sua mãe não queriam que você tivesse nascido? ”; C – Pergunta: “Você já pensou ou sentiu que alguém da sua família te odeia? ”; e D – Pergunta: “Já aconteceu de um adulto da sua família ou alguém que estava cuidando de você te bater de um jeito que te deixou marcas ou machucados? ”

Nós também avaliamos o impacto da intervenção em cada uma das perguntas do MQF (Figura 4 - em apêndice G), do KADS (Figura 5 - em apêndice G) e do CES-DC (Figura 6 - em apêndice G). Nenhum outro componente do MQF, além da Pergunta número 11, foi impactado pela intervenção. Nenhum componente dos questionários KADS e CES-DC foi impactado pela intervenção.

Por fim, exploramos as possíveis correlações entre os escores utilizados no presente trabalho. Não percebemos correlação entre MQF e KDAS (Figura 7A e D - em apêndice G) ou MQF e CES-DC (Figura 7B e E - em apêndice G) em qualquer um dos grupos e em qualquer uma das avaliações. Notamos uma correlação positiva entre as escalas KADS e CES-DC no grupo intervenção em ambas as avaliações (Figura 7C e F - em apêndice G). As Tabelas 5 e 6 (em apêndice G) apresentam os resultados das análises de correlação para os grupos intervenção e controle, respectivamente.

## 5 DISCUSSÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V – Texto Revisado (DMS V- TR - 2022) para o diagnóstico de transtorno depressivo são necessários cinco ou mais sintomas presentes durante o mesmo período de, pelo menos, duas semanas e que apresentam uma mudança significativa em relação ao funcionamento prévio. Entre os sintomas, deve-se estar presente o humor deprimido e/ou perda do interesse/prazer (chamada de anedonia). Em crianças e adolescentes pode estar presente humor irritável.

Outros sintomas associados são: perda de peso significativa (quando não faz dieta) ou diminuição/aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade e/ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou se concentrar e indecisão, entre outros. Os sintomas presentes causam sofrimento clinicamente significativos, prejuízo funcional social e ou ocupacional, e não são atribuíveis a outra condição médica ou uso de substâncias.

Nota-se que é cada vez mais comum o desenvolvimento de um transtorno depressivo durante a adolescência e adulto jovem (principalmente na faixa etária entre quinze e vinte e nove anos), acarretando em prejuízos consideráveis na aprendizagem (escola, faculdade), dificuldade nas interações sociais e com maior risco de tentativas de suicídio e autolesão (França *et al*, 2023). Em relação ao nosso projeto, evidenciou-se maior prevalência de meninas com transtorno depressivo em relação aos meninos. E com a faixa etária mais prevalente entre 13-14 anos.

A saúde mental do adolescente inclui diversos fatores e quanto mais expostos a fatores de risco, maior o impacto em sua vida. Nos dias atuais, pode-se apontar à internet, às novas formas de relacionamento (virtual), e à mídia como influências importantes que podem estar diretamente relacionadas ao aumento de transtornos mentais (entre eles a depressão). A adolescência é um período em que cada indivíduo está entendendo maneiras

de lidar com conflitos internos e externos, desenvolvendo estratégias e habilidades de resolução de problemas, amadurecimento da sua identidade, reconhecendo sua forma de pensar e agir perante a sociedade (OPAS/OMS, 2023).

A música e a história da humanidade caminham juntas. Sempre que a história do mundo fosse bem contada, ela revelaria a natureza essencialmente musical deste (Wisnik, 1989). Além disso, música é usada como um método de relaxamento, uma técnica de autocuidado e aproximação interpessoal há milhares de anos. A musicoterapia, enquanto profissão e disciplina, teve seu início em meados do século XX (Puchivailo; Holanda, 2014).

Os benefícios com a utilização da música no cotidiano são diversos e indiscutíveis, fazendo dela uma aliada para a saúde do corpo e da mente. Atribuir a música (sinfonias musicais) como um dos pilares do tratamento para adolescentes com diagnóstico de transtorno depressivo é uma forma de promover o bem-estar e gerar alívio dos sintomas que tanto angustiam, causam sofrimento e prejuízo em uma população que passa por um período de transição, autoconhecimento, descobertas, e buscas por afirmação como indivíduo no mundo.

É importante destacar que os adolescentes participantes do projeto são de um grupo heterogêneo, com vivências, contextos sociais e condições financeiras distintas, e que estão em tratamento na rede pública (Hospital Universitário de Brasília – HUB) e privada (em consultório particular) de Brasília. Todos esses fatores precisam ser analisados cuidadosamente com o objetivo de oferecer um tratamento humanizado e, ao mesmo tempo, individualizado.

Em relação a MQF, a escala que obteve significância estatística durante a análise dos dados e, especificamente, a pergunta número onze – “eu fiquei emburrado (a) ou de mal com os meus pais” (questão com redução significativa da pontuação entre as avaliações no grupo intervenção) mostra a importância da relação, o bom convívio com os pais e o impacto que pode gerar na evolução de um transtorno mental. Ao verificar os dados demonstrativos descritos da MQF como por exemplo “ Você já sentiu que seu pai ou sua mãe não queriam que você tivesse nascido? ” Ou “Você já sentiu ou pensou que sua família te odeia? ” Mostraram a considerável prevalência desses pensamentos nos adolescentes participantes do estudo. O profissional de saúde que atua com essa população precisa estar atento sobre esse fato e o quanto que uma rede de apoio fragilizada pode interferir no tratamento e prognóstico do transtorno depressivo.

Durante o período do estudo (oito semanas) três participantes do grupo intervenção desistiram do projeto e com seis desistências do grupo controle. Podemos refletir sobre a boa adesão dos pacientes do grupo intervenção quanto a atividade sugerida e o

comprometimento com seu tratamento. Avaliando as desistências, pode-se abordar sobre a dinâmica proposta pelo estudo (não teria sido atrativa para essa faixa etária?).

Atualmente, os adolescentes vivem rotinas intensas, com estudos, atividades esportivas e, muitas vezes, ficam com a sensação de que não são capazes de realizar todas as tarefas propostas, de forma exemplar, o que pode gerar o sentimento de sobrecarga. Outro ponto, é refletir sobre o desânimo, a anedonia que o próprio transtorno depressivo pode causar, levando ao desinteresse em participar de uma atividade proposta, mesmo que esteja relacionada a um tratamento de saúde.

Sendo assim, pontua-se que mais estudos com grupos maiores e com maior período de intervenção é essencial para verificar as atuações das sinfonias musicais no tratamento de transtorno depressivo em adolescentes.

## **6 CONCLUSÃO**

A partir do desenvolvimento do projeto é possível concluir que a utilização das sinfonias musicais como instrumento auxiliar ao tratamento para o transtorno depressivo pode ter contribuído com a redução de alguns sintomas apresentados pelos adolescentes participantes do estudo. Destaca-se a importância de oferecer um tratamento individualizado e multidisciplinar.

Contudo, é importante ressaltar que estudos com grupos com maior número participantes e com um período de intervenção mais longos são necessários para análise do papel das sinfonias musicais durante o tratamento para transtorno depressivo maior em adolescentes.

## 7 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5- TEXTO REVISADO**. 5ed. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022.

BONIN, Lisa. **PEDIATRIC UNIPOLAR DEPRESSION: EPIDEMIOLOGY, CLINICAL FEATURES, ASSESSMENT, AND DIAGNOSIS**. UpToDate, Mar 2023.

CAMPOS, Josiane Rosa; DEL PRETTE, Zilda Aparecida Pereira; DEL PRETTE, Almir. **RELAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO, HABILIDADES SOCIAIS, SEXO E NÍVEL SOCIOECONÔMICO EM GRANDES AMOSTRAS DE ADOLESCENTES**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, V.34 e 3446, 2018.

COSTA, Clarice Moura. **O DESPERTAR PARA O OUTRO**. São Paulo: Summus, 1989.

FRANÇA, Enmilly Oliveira; FERNADES, Maria Luiza Alves; SANTANA, Nivia Milena Carneiro; DUNNINGHAM, William Azevedo. **FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, vol. 26, n. 1, p. 49-57, 2022.

IACAPAP, 2018. **E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**.

JOSEPH, M Rey; TOLUPE T Bella-Awusah; JING Liu. **DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**. Editor: Flávio Dias Silva, 2015.

NOGUEIRA, Ana Julia da Silva; SILVA, Marya Karollinny do Lima; PACHÚ, Clésia Oliveira. **O USO DA MUSICOTERAPIA COMO UMA FERRAMENTA TERAPÊUTICA NA ÁREA DA SAÚDE**. Research, Society and Development, v.12, n.1, e9612139377, 2023.

OPAS/OMS. **SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em 27 de dez. 2023.

PODOLSKY, E. **Music Therapy**. Nova York: Philosophical Library, 1954.

PUCHIVAILO, Mariana Cardoso; HOLANDA, Adriano Furtado. **A HISTÓRIA DA MUSICOTERAPIA NA PSIQUIATRIA E NA SAÚDE MENTAL: DOS USOS TERAPÊUTICOS DA MÚSICA À MUSICOTERAPIA.** Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XVI n° 16 ANO 2014. p. 122-142.

ROJAS, Juan Manuel Orjuela. **EFECTO ANSIOLÍTICO DE LA MUSICOTERAPIA: ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS Y COGNOSCITIVOS DEL PROCESAMIENTO MUSICAL.** Revista Colombiana Psiquiatria, Vol. 40, n° 04/2011, Pág 748-759.

TYSON, Florence. **PSYCHIATRIC MUSIC THERAPY: ORIGINS AND DEVELOPMENT.** New York: Wiedner & Son, 1981.

WISNIK, José Miguel. **O SOM E O SENTIDO – UMA OUTRA HISTÓRIA DAS MÚSICAS.** 2° Edição. São Paulo. Editora: Schwarcz, 1989.

## 8 APÊNDICES

### 8.1 Apêndice A: termo de consentimento livre e esclarecido



UnB | HUB

50 anos



- CEP-FM (Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina)  
- Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte - CEP 70910-900 - Brasília, DF  
- Tel.: (61)3107-1918  
- E-mail: cepfm@unb.br

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Somos uma equipe de pesquisadores composta por professores e alunos da Universidade de Brasília/ Hospital Universitário de Brasília e convido seu (sua) filho(a) a participar de uma pesquisa que estou realizando, sob orientação de André de Mattos Salles, com o objetivo de avaliar o impacto da música em adolescentes com transtorno depressivo maior.

No estudo serão utilizados instrumentos que avaliam os sintomas depressivos dos participantes e quais as possíveis mudanças com a utilização da música no tratamento. Os instrumentos serão: 3 escalas, que serão aplicadas por um membro da equipe, presencialmente. Serão aplicadas em 3 momentos diferentes. Informo que, se durante a aplicação dos instrumentos, seu (sua) filho(a) sentir qualquer sinal de desconforto ou ansiedade, a pesquisa pode ser interrompida imediatamente, ficando aberta a opção de ele(a) remarcar ou se retirar da pesquisa, sem que isso o(a) cause qualquer prejuízo. Você também poderá estar presente na sala no momento da aplicação das escalas. Seu (sua) filho(a) também poderá ser convidado a escutar músicas ao longo do estudo: será disponibilizado pela plataforma FORMS, sinfonias musicais, 7 dias por semana, durante 24 semanas. Orientaremos como realizar o acesso na plataforma FORMS, será necessário ter internet em casa. E também vamos ensinar como entrar na plataforma, como escutará a sinfonia. O tratamento com medicação e orientações que seu (sua) filho(a) está realizando não será alterado.

Seu filho (sua filha) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que o nome dele (a) não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Esclareço que ele(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que desejar e isso não lhe acarretará qualquer prejuízo. A participação é voluntária, isto é, não há pagamento pela colaboração dela(a). Informo-lhe, ainda, que os dados obtidos serão analisados coletivamente. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados pela Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente.

O(A) senhor(a) poderá ter acesso ao resultado final da pesquisa, bem como tirar quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre a mesma contatando o pesquisador principal ou os membros de sua equipe André de Mattos Salles, Thayná Risuenho Ribeiro pelo endereço de e-mail [thayna.ribeiro@ebserh.gov.br](mailto:thayna.ribeiro@ebserh.gov.br) ou pelo celular (61) 98198-2378. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) senhor(a)

Espera-se que o estudo traga contribuições para profissionais de saúde e educação acerca do transtorno depressivo maior em adolescentes. Com isso, estratégias individuais e coletivas, visando investir nas habilidades e mitigar as dificuldades, podem ser estudadas e elaboradas em estudos futuros.

Assumo a responsabilidade pela realização deste estudo segundo as normas do Código de Ética e da Resolução CNS 196/96. Ainda segundo essa Resolução, tanto este termo e as folhas de respostas dos instrumentos serão arquivados em lugar protegido durante o período de 5 anos.

Desde já, agradeço a disposição e o interesse em fazer parte da pesquisa.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

## 8.2 Apêndice B: termo de assentimento livre e esclarecido



UnB | HUB

50 anos



CEP-FM (Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina)  
- Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte - CEP 70910-900 - Brasília, DF  
- Tel.: (61)3107-1918  
- E-mail: cepfm@unb.br

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Somos uma equipe de pesquisadores composta por professores e alunos da Universidade de Brasília/ Hospital Universitário de Brasília. Convidamos você a participar do estudo “Impacto da música em adolescentes com transtorno depressivo maior”.

#### Qual o objetivo deste estudo?

O objetivo deste estudo é avaliar quais mudanças a introdução da música pode ter em adolescentes que estão em tratamento para transtorno depressivo maior.



#### O que significa assentimento?

Assentimento é um termo que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (adolescente) para participar de um estudo. Depois de compreender do que se trata o estudo e se concordar em participar dele, você pode assinar este documento.

Nós te asseguramos que você terá todos os seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável (pela pesquisa/atendimento ou à equipe do estudo) para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

#### Quais instrumentos serão utilizados para fazer este estudo?

Serão utilizados instrumentos que avaliam os sintomas depressivos: aplicação escalas. Serão 3 escalas aplicadas, em um local que você se sinta mais confortável, podendo ser na presença do seu responsável. As escalas serão aplicadas em 3 momentos diferentes, em datas pré determinadas e você será informado.

Além disso, você pode ser selecionado para escutar músicas ao longo do seu tratamento: será disponibilizado pela plataforma FORMS, sinfonias musicais, 7 dias por semana, durante 24 semanas. Orientaremos como realizar o acesso na plataforma FORMS, será necessário ter internet em casa. E também vamos ensinar como entrar na plataforma, como você escutará a sinfonia. Não se preocupe, o tratamento com medicações e orientações que você já está realizando não será alterado.



### **Por que estamos querendo fazer esse estudo?**

Este estudo pode trazer informações para profissionais de saúde e educação a respeito do transtorno depressivo maior em adolescentes. Queremos entender um pouco mais sobre a música e quais suas implicações em adolescentes que estão em tratamento para transtorno depressivo maior, se pode ajudar ou não a amenizar os sintomas.



### **Em caso de dúvidas:**

Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal ou os membros de sua equipe Thayná Risuenho Ribeiro, André de Mattos Salles, pelo endereço de e-mail [thayna.ribeiro@ebserh.gov.br](mailto:thayna.ribeiro@ebserh.gov.br).



### **Se não se sentir confortável em participar:**

Informo que se durante a aplicação dos instrumentos você demonstrar qualquer sinal de desconforto ou ansiedade, a pesquisa será interrompida imediatamente para que seja feito um acolhimento, ficando a sua escolha a opção de remarcar ou retirar-se da pesquisa, sem que isso te cause qualquer prejuízo. Você continuará em tratamento normalmente.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados pela Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Assumo a responsabilidade pela realização deste estudo segundo as normas do Código de Ética e da Resolução CNS 196/96. Ainda segundo essa Resolução, tanto este termo e as folhas de respostas dos seus testes serão arquivados em lugar protegido durante o período de 5 anos.

Desde já, agradeço a disposição e o interesse em fazer parte da pesquisa.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

Prof. André de Mattos Salles

---

Participante da Pesquisa

## 8.3 Apêndice C: Parecer Comitê de Ética

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Impacto da música no tratamento de adolescentes com transtorno depressivo maior

**Pesquisador:** THAYNA RISUENHO RIBEIRO

**Versão:** 1

**CAAE:** 71256523.2.0000.5558

**Instituição Proponente:** EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSEH

#### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 077840/2023

**Patrocinador Principal:** EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSEH

Informamos que o projeto Impacto da música no tratamento de adolescentes com transtorno depressivo maior que tem como pesquisador responsável THAYNA RISUENHO RIBEIRO, foi recebido para análise ética no CEP Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - UnB em 13/07/2023 às 10:16.

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)31071-7170 **E-mail:** cepfm@unb.br

## 8.4 Apêndice D: ESCALA MQF PARA ADOLESCENTES

*Se você tiver alguma dúvida, chame o(a) responsável na sala-de-aula no momento.*

**Por favor, responda a todos os itens a seguir da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza ou que a pergunta pareça estranha. Não há resposta certa ou errada.**

**Certifique-se de que respondeu a todas as páginas do questionário.**

Para cada pergunta, por favor, marque um (X) sobre como você esteve se sentindo ou agindo **NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS**.

Se a frase não for verdadeira sobre você, marque **NÃO É VERDADE**. Se a frase for verdadeira apenas às vezes, marque **ÀS VEZES**.

Se a frase for verdadeira sobre você na maior parte do tempo, marque **VERDADE**.

Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.		NÃO É VERDADE	ÀS VEZES	VERDADE
01	Eu me senti muito triste ou infeliz.			
02	Eu não consegui me divertir com absolutamente nada.			
03	Eu estive com menos fome do que normalmente.			
04	Eu comi mais do que normalmente.			
05	Eu me senti tão cansado(a) que só ficava sentado(a) sem fazer nada.			
06	Eu estive me movimentando e caminhando mais devagar do que normalmente.			
07	Eu estive muito agitado(a).			
08	Eu senti que eu não valia mais nada.			
09	Eu me culpei por coisas que não eram minha culpa.			
10	Foi difícil me decidir sobre as coisas.			
11	Eu fiquei emburrado(a) e de mal com meus pais.			

Por favor, confira se nenhuma questão ficou sem resposta nesta página.

Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.		NÃO É VERDADE	ÀS	VERDADE
		VEZES		
12	Eu estive menos a fim de conversar do que normalmente.			
13	Minha fala esteve mais devagar do que normalmente.			
14	Eu chorei muito.			
15	Eu pensei que nada de bom aconteceria comigo no futuro.			
16	Eu pensei que a vida não valia a pena ser vivida.			
17	Eu pensei sobre morte ou morrer.			
18	Eu pensei que minha família estaria melhor sem mim.			
19	Eu pensei em me matar.			
20	Eu não queria ver meus amigos.			
21	Eu achei difícil raciocinar ou me concentrar.			
22	Eu pensei que coisas ruins aconteceriam comigo.			
23	Eu me odiei.			
24	Eu me senti uma pessoa ruim.			
25	Eu me senti feio(a).			
26	Eu me preocupei com dores no corpo.			
27	Eu me senti sozinho(a).			

Por favor, confira se nenhuma questão ficou sem resposta nesta página.

Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.		NÃO É VERDADE	ÀS VEZES	VERDADE
28	Eu pensei que ninguém me amava de verdade.			
29	Eu não me diverti nem um pouco nas minhas atividades.			
30	Eu pensei que eu nunca seria tão bom(boa) quanto os outros da minha idade.			
31	Eu fiz tudo errado.			
32	Eu não dormi tão bem quanto eu normalmente durmo.			
33	Eu dormi muito mais do que normalmente.			

Agora, dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos **ÚLTIMOS SEIS MESES**.

Por favor, nas próximas perguntas, marque um (X) em um dos três quadrados: falso, mais ou menos

Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.		FALSO	MAIS OU MENOS VERDADEIRO	VERDADEIRO
34	Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo.			
35	Tenho muitas preocupações, muita vezes pareço preocupado com tudo.			
36	Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso.			
37	Fico nervoso quanto tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo.			
38	Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente.			

**Esta página do questionário é confidencial. Seu nome não aparecerá nela.**

Agora gostaríamos de perguntar algumas coisas sobre seus relacionamentos e coisas que podem ter acontecido com você **AO LONGO DE SUA VIDA**.

Leia as perguntas com atenção e marque um (X) na resposta que você achar melhor.

<b>Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.</b>		<b>ÓTIMA</b>	<b>MUITO BOA</b>	<b>BOA</b>	<b>REGULAR</b>	<b>RUIM</b>
39	Você acha que sua relação com seu pai é:					
40	Você acha que sua relação com sua mãe é:					
41	Você acha que a relação entre o seu pai e a sua mãe é:					

<b>Por favor, responda a todas as perguntas abaixo.</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
42	Você repetiu de ano alguma vez?		
43	No último ano, você entrou em alguma briga em que alguém ficou machucado?		
44	Já foi separado dos seus pais para ser cuidado por outra pessoa?		
45	Já houve brigas com agressão física na sua casa entre adultos ou um adulto que agrediu uma criança ou um adolescente?		
46	Já aconteceu de você não ter comida suficiente em casa ou vestir roupas sujas ou rasgadas porque não tinha outras?		
47	Você já pensou ou sentiu que o seu pai ou a sua mãe não queriam que você tivesse nascido?		
48	Você já pensou ou sentiu que alguém da sua família te odeia?		
49	Já aconteceu de um adulto da sua família ou alguém que estava cuidando de você te bater de um jeito que te deixou machucado ou com marcas?		
50	Alguém já tentou fazer coisas sexuais com você contra a sua vontade, te ameaçando ou te machucando?		

## 8.5 Apêndice E: ESCALA KUTCHER DE DEPRESSÃO PARA ADOLESCENTES (KADS)

Nome do Paciente:

Data:

Na última semana, como você esteve “na média” ou “geralmente” em relação aos seguintes itens:

1. Mau humor, tristeza, sentindo-se sem graça ou mal, deprimido, simplesmente não podendo ser perturbado
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
2. Irritável, perdendo a calma facilmente, sentindo-se de saco cheio, se descontrolando.
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
3. Dificuldades com o sono diferentes do seu normal (ao longo dos anos, antes de você ficar doente): dificuldade para pegar no sono, fica deitado acordado na cama.
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
4. Sentindo os interesses diminuídos em: sair com amigos; estar com seu melhor amigo; estar com seu/sua namorado(a); sair de casa; fazer tarefas de casa ou da escola; fazer hobbies ou esportes ou lazer.
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
5. Sentimentos de não ter valor, não ter esperança, deixar os outros tristes, não ser uma pessoa boa.
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
6. Sentindo-se cansado, fatigado, com pouca energia, com dificuldade para ficar motivado, tem que se esforçar para fazer as coisas, quer descansar ficar deitado.
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
7. Dificuldade para se concentrar, não consegue manter sua mente no trabalho ou nas tarefas da escola, sonhando acordado quando deveria estar trabalhando, dificuldade de manter o foco quando fazendo leituras, fica “entediado” com trabalho ou escola.
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
8. Sentindo que a vida não é muito divertida, não se sentindo bem quando normalmente (antes de ficar doente) se sentiria bem, não sentindo tanto prazer com coisas divertidas como normalmente (antes de ficar doente).
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
9. Sentindo-se preocupado, nervoso, em pânico, tenso, excitado, ansioso.
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
10. Sensações físicas de preocupação como: dores de cabeça, de barriga, náusea, calafrios, agitação, diarreia, abalos ou tremores.
  - a) quase nunca
  - b) muito tempo
  - c) a maior parte do tempo
  - d) o tempo todo
11. Pensamentos, planos ou ações sobre suicídio ou de causar dano a si mesmo.
  - a) nenhum pensamento ou plano ou ação
  - b) pensamentos ocasionais, sem planos ou ações
  - c) pensamentos frequentes, sem planos ou ações
  - d) planos e ações que machucaram

**Instruções de Pontuação: a: 0; b: 1; c: 2; d: 3. Somar todos os escores. Sem ponto de corte. Aumentos na pontuação a partir do valor basal sugerem piora dos sintomas, e decréscimos sugerem possível melhora.**

LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S: Screening for Adolescent Depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2002 Summer; 12(2):113-26.  
Translated into Portuguese by Cristian Patrick Zeni, M.D., M.Sc.

## 8.6 Apêndice F: ESCALA CES – DC PARA ADOLESCENTES

CES-DC/ itens	De jeito nenhum	Um pouco	alguns	bastante
1. Senti-me aborrecido (a)/incomodado(a) com coisas que normalmente não me aborrecem ou incomodam				
2. Não tive vontade de comer, não tive muita fome				
3. Não consegui sentir-me feliz, mesmo quando a minha família ou amigos tentaram “animar-me”				
4. Senti que era tão bom (boa) quanto os (as) outros (as) colegas				
5. Senti que não conseguia prestar atenção ao que estava a fazer				
6. Senti-me “em baixo” e infeliz				
7. Senti-me muito cansado(a) para fazer as minhas coisas				
8. Senti que alguma coisa boa estava para acontecer				
9. Senti que as coisas que eu fiz no passado falharam				
10. Senti-me com medo				
11. Não dormi tão bem como costumo dormir				
12. Senti-me feliz				
13. Estive mais parado(a) do que o habitual				
14. Senti-me sozinho(a), como se não tivesse nenhum amigo				
15. Senti que os meus colegas não eram meus amigos ou que não queriam estar comigo				
16. Diverti-me				
17. Tive vontade de chorar				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Foi difícil começar a fazer as coisas				

A Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC) é constituída por 20 itens.

É pedido aos participantes que indiquem, numa escala de 0 a 3 (0 = nunca e 3 = muitas vezes), o número que melhor explica o que possam ter sentido ou como agiram na última semana.

A pontuação varia de 0 a 60, sendo que pontuações mais altas indicam maior sintomatologia depressiva. Contudo, salienta-se a existência de quatro itens (4, 8, 12 e 16) que, devido à sua formulação, devem ser cotados de forma inversa.

## 8.7 Apêndice G: figuras 4, 5, 6, 7 e tabelas 5,6

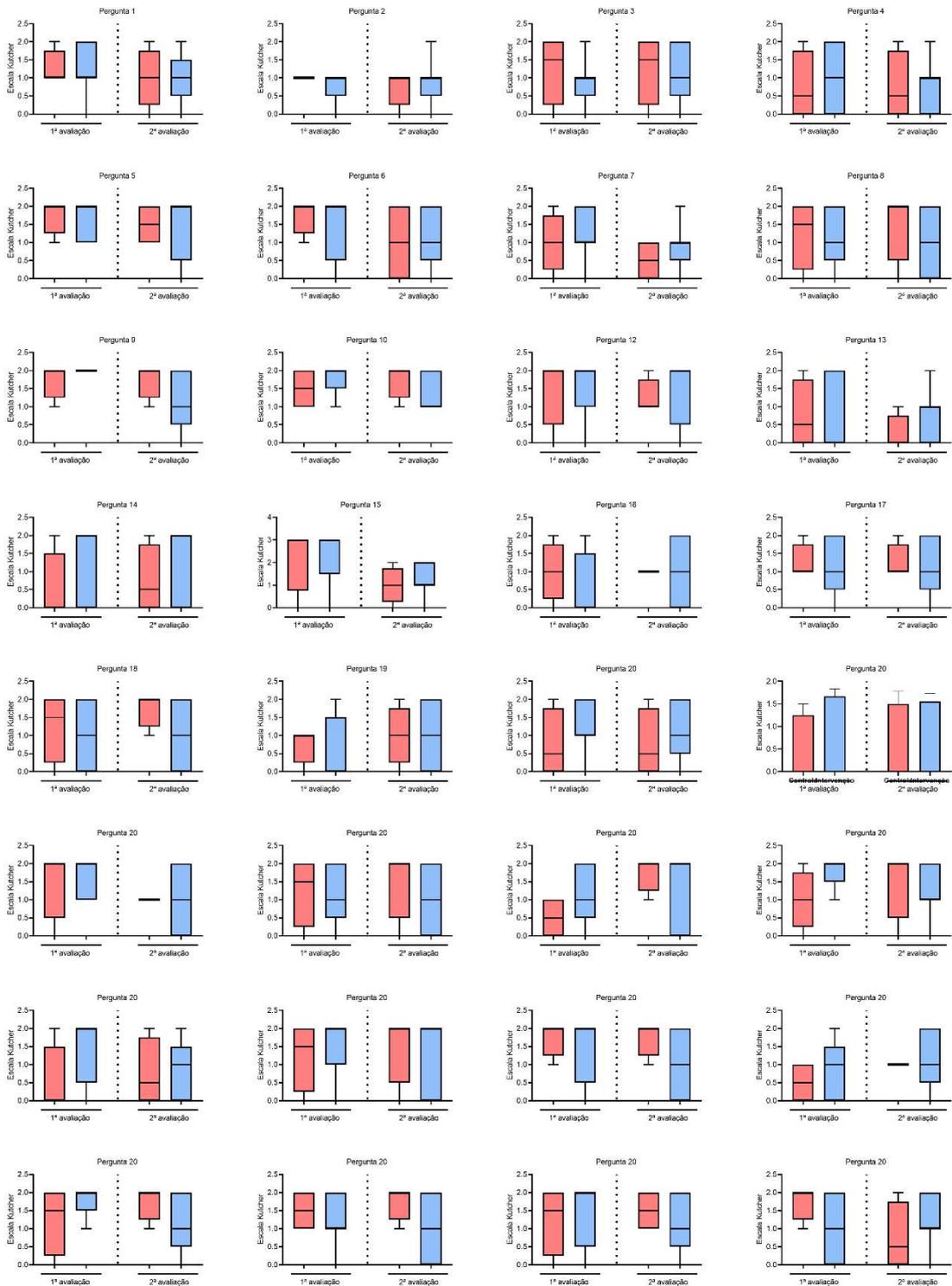


Figura 4. Avaliação da intervenção sobre as perguntas que compõem o MQF, com exceção da pergunta 11.

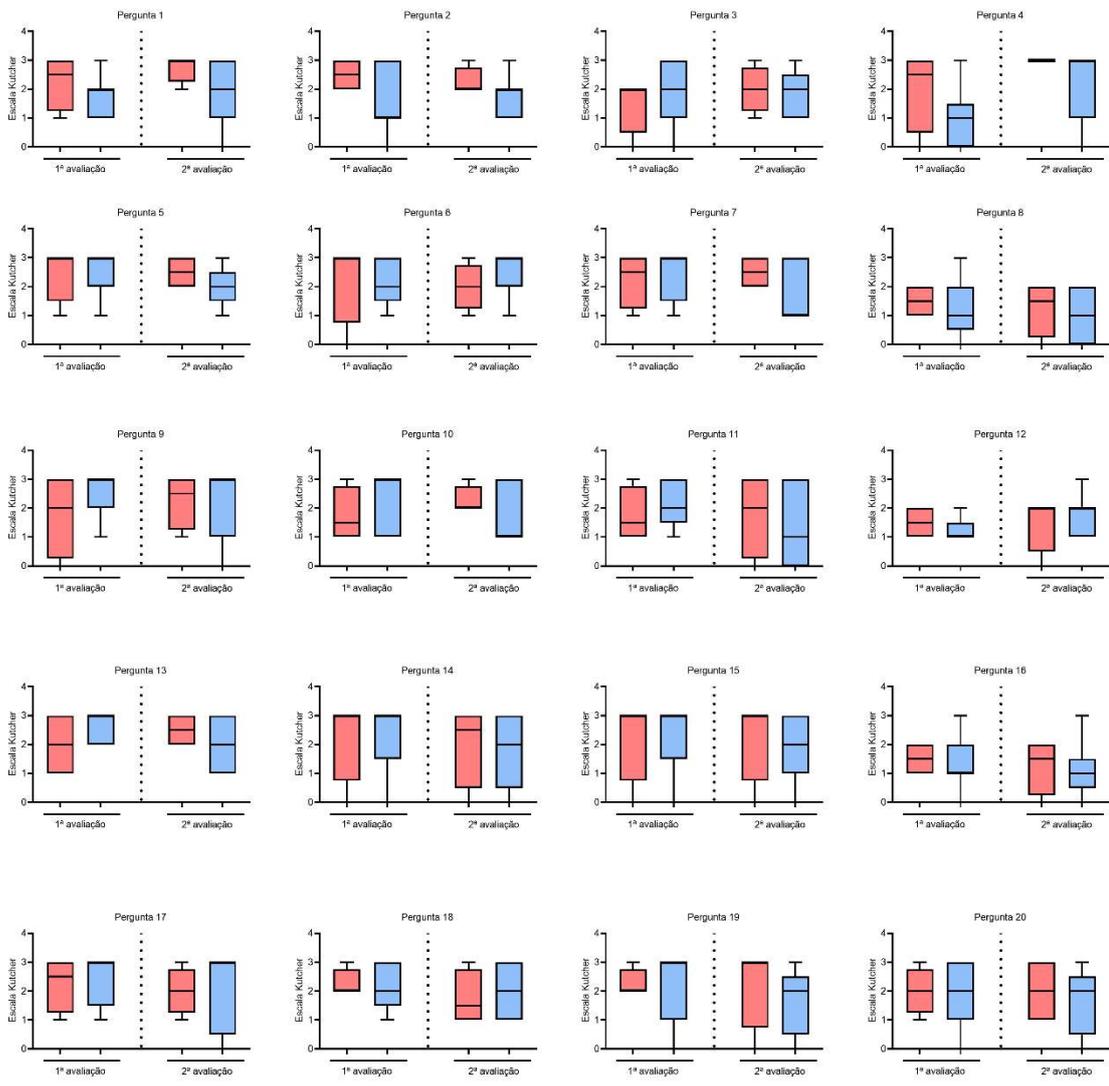


Figura 5. Avaliação da intervenção sobre as perguntas que compõem o KADS.

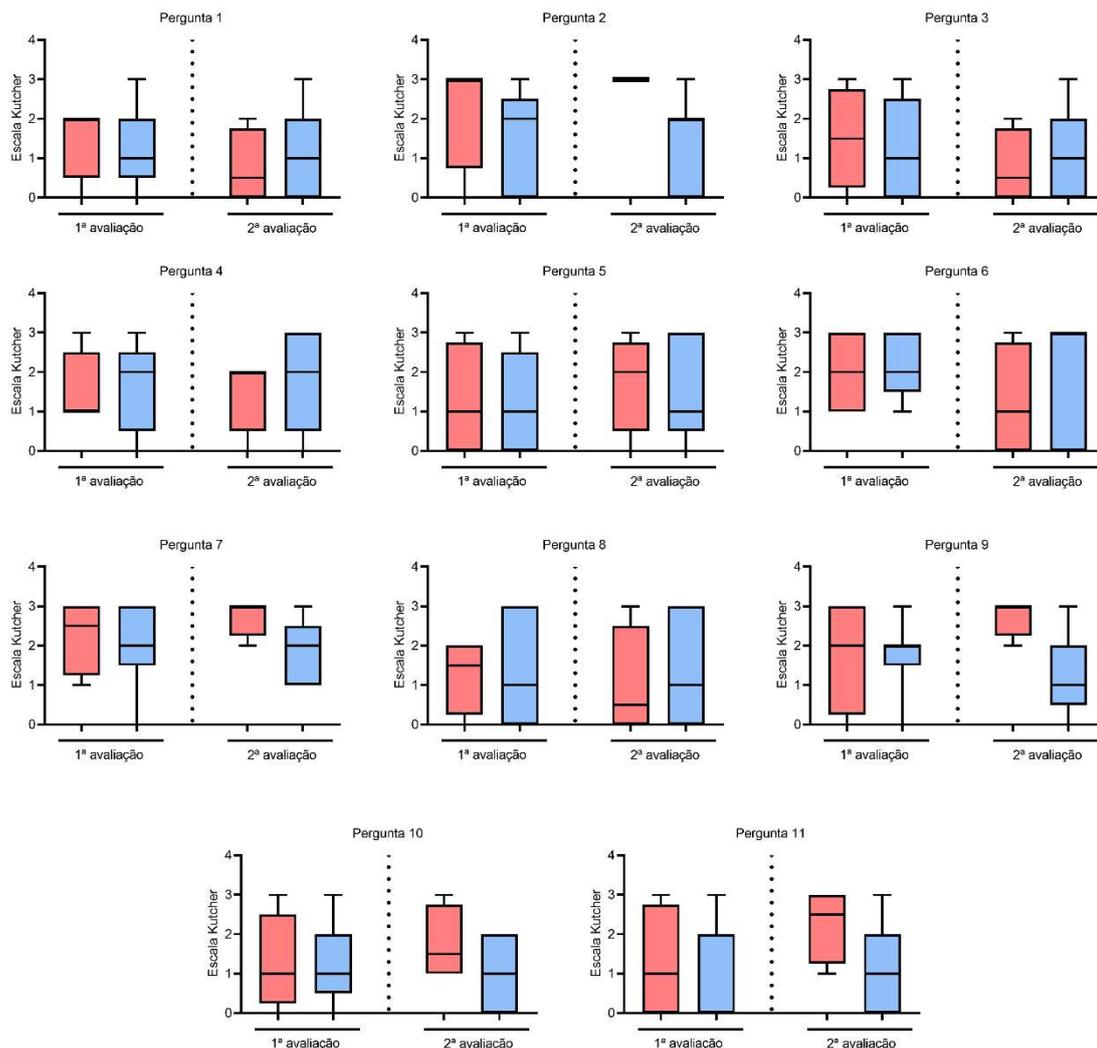


Figura 6. Avaliação da intervenção sobre as perguntas que compõem o CES-DC.

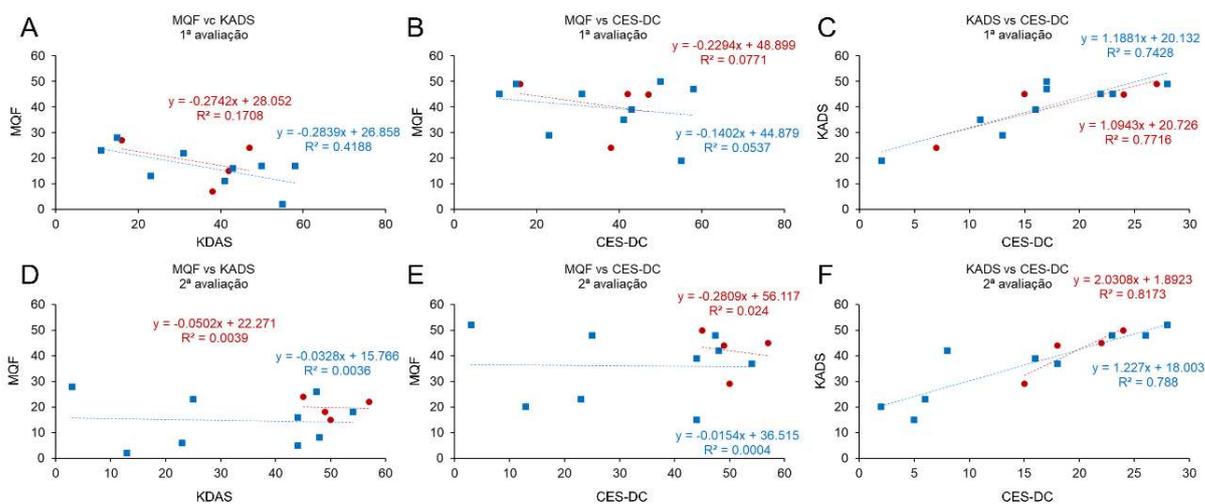


Figura 7. Correlação entre as escalas aplicadas no estudo.

<b>1ª Avaliação</b>	<b>MQF vs CES-DC</b>	<b>MQF vs KADS</b>	<b>KADS vs CES-DC</b>
<b>R de Person</b>	-0,2316	-0,6469	0,8614
R	-0,7763 to 0,5112	-0,9170 to 0,03026	0,4610 to 0,9704
IC 95%	0,05363	0,4184	0,7420
R <sup>2</sup>	-0,2316	-0,6469	0,8614
<b>P valor</b>	0,5488	0,0597	<b>0,0028</b>

<b>2ª Avaliação</b>	<b>MQF vs CES-DC</b>	<b>MQF vs KADS</b>	<b>KADS vs CES-DC</b>
<b>R de Person</b>	-0,02328	-0,06412	0,8877
R	-0,6769 to 0,6509	-0,6985 to 0,6267	0,5446 to 0,9763
IC 95%	0,0005420	0,004112	0,7880
R <sup>2</sup>	-0,02328	-0,06412	0,8877
<b>P valor</b>	0,9526	0,8698	<b>0,0014</b>

Tabela 5. Dados de correlação entre escalas aplicadas no estudo.

<b>1ª Avaliação</b>	<b>MQF vs CES-DC</b>	<b>MQF vs KADS</b>	<b>KADS vs CES-DC</b>
<b>R de Person</b>	-0,2718	-0,4133	0,8803
R	-0,9775 to 0,9330	-0,9837 to 0,9088	-0,5246 to 0,9975
IC 95%	0,07388	0,1708	0,7750
R <sup>2</sup>	-0,2718	-0,4133	0,8803
<b>P valor</b>	0,7282	0,5867	0,1197

<b>2ª Avaliação</b>	<b>MQF vs CES-DC</b>	<b>MQF vs KADS</b>	<b>KADS vs CES-DC</b>
<b>R de Person</b>	-0,1549	-0,06212	0,9040
R	-0,9714 to 0,9472	-0,9656 to 0,9560	-0,4351 to 0,9980
IC 95%	0,02398	0,003859	0,8173
R <sup>2</sup>	-0,1549	-0,06212	0,9040
<b>P valor</b>	0,8451	0,9379	0,0960

Tabela 6. Correlação entre escalas controle.