

O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas de depressão de pacientes em hemodiálise

The effect of music therapy on hemodialysis patients' quality of life and depression symptoms

Autores

Paula de Marchi Scarpin Hagemann¹ 

Luis Cuadrado Martin²

Carmen Maria Bueno Neme^{1,3}

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências, Bauru, SP, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Departamento de Clínica Médica, Botucatu, SP, Brasil

³ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Departamento de Psicologia, Bauru, SP, Brasil

Data de submissão: 08/01/2018.

Data de aprovação: 09/07/2018.

Correspondência para:

Paula de Marchi Scarpin Hagemann.
E-mail: pmscarpin@gmail.com

DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0023

RESUMO

Introdução: Fontes de estresse representadas pela doença renal crônica (DRC) podem gerar estados de depressão, interferindo diretamente na qualidade de vida (QV) dos pacientes em hemodiálise (HD). Poucos são os relatos e estudos de intervenção terapêutica visando minimizar os sintomas depressivos nesses pacientes, com maior escassez de trabalhos utilizando a musicoterapia. **Objetivo:** O presente estudo avaliou o efeito da musicoterapia na QV e nos sintomas depressivos em pacientes em HD. **Método:** Estudo de intervenção musicoterapêutica, no qual 23 pacientes foram avaliados quanto à QV e sintomas de depressão em duas fases distintas: pré e pós-intervenção. Foram realizadas duas sessões em grupo por semana, com duração de 75 minutos, em um período de quatro semanas. A intervenção foi realizada por um musicoterapeuta, que utilizou técnicas específicas da musicoterapia, além da voz e do violão para conduzir apoio rítmico e harmônico na produção sonoro-musical dos grupos. **Resultados:** Os pacientes apresentaram redução significativa dos sintomas de depressão ($p < 0,001$) e melhores resultados na QV, com diferenças estatísticas significativas nas dimensões: capacidade funcional ($p=0,011$), dor ($p=0,036$), estado geral de saúde ($p=0,01$), vitalidade ($p=0,004$), saúde mental ($p=0,012$), lista de sintomas e problemas ($p=0,01$) e saúde global ($p=0,01$). **Conclusões:** A intervenção com musicoterapia constitui-se opção efetiva no tratamento e prevenção de sintomas depressivos e na melhora da QV de pacientes em HD.

Palavras-chave: Musicoterapia; Diálise Renal; Qualidade de Vida; Depressão.

ABSTRACT

Introduction: The sources of stress involved in chronic kidney disease (CKD) can lead to depressive states, directly affecting the hemodialysis patient's quality of life (QOL). There are few reports and studies on therapeutic interventions that aim to minimize depressive symptoms in these patients and an even greater shortage of studies using music therapy. **Objective:** This study evaluated the effect of music therapy on QOL and depressive symptoms in hemodialysis patients. **Method:** This was a music therapy intervention study in which 23 patients were evaluated regarding QOL and depression symptoms at two distinct stages – before and after the intervention. Eight sessions of music therapy were conducted, with two weekly sessions and an average duration of 75 minutes. The intervention was conducted by the music therapist herself, using specific music therapy techniques, besides voice and guitar to conduct harmonic and rhythmic support for the groups' sound-music production. **Results:** The patients showed a significant reduction in depression symptoms ($p < 0.001$) and better QOL results, with significant differences in the following dimensions: functional capacity ($p = 0.011$), pain ($p = 0.036$), general health ($p = 0.01$), vitality ($p = 0.004$), mental health ($p = 0.012$), symptom and problem list ($p = 0.01$), and overall health ($p = 0.01$). **Conclusions:** Intervention with music therapy constitutes an effective option in the treatment and prevention of depressive symptoms and improved QOL of HD patients.

Keywords: Music Therapy; Renal Dialysis; Quality of Life; Depression.



INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada por perda lenta, progressiva e irreversível das funções dos rins, sendo que, na fase mais avançada, é indicada a terapia renal substitutiva. Dentre as opções terapêuticas podem ser citados os métodos de depuração artificial do sangue: hemodiálise (HD) e diálise peritoneal.^{1,2} No Brasil, 92,1% dos pacientes renais crônicos terminais realizam HD.³

Apesar do aumento quantitativo na sobrevida dos pacientes renais crônicos proporcionado pelos avanços tecnológicos e terapêuticos nas últimas décadas,⁴ muitas vezes esse avanço não é acompanhado de recuperação significativa do estado físico, emocional e social.⁵ O diagnóstico e o tratamento da DRC podem acarretar significativo impacto e inúmeras perdas e limitações no cotidiano do paciente, levando a diversas alterações biopsicossociais.^{4,6} Todas essas alterações, somadas às limitações da própria DRC, podem causar significativo impacto na qualidade de vida (QV) do paciente. Para o paciente renal crônico dialítico, a QV pode ser entendida “como a percepção individual de bem-estar, variando da satisfação à insatisfação em relação aos domínios da vida que lhe são importantes”.⁷

A DRC em seus estágios mais avançados apresenta complicações, como anemia e distúrbios do metabolismo mineral ósseo.⁸ Essas condições clínicas e a própria HD impõem extensas modificações na rotina do paciente, o que pode levar a um impacto negativo sobre a QV relacionada à saúde, incrementando o estresse cotidiano e favorecendo a emergência de depressão.^{4,9,10} Esta, por sua vez, interfere diretamente na QV dos pacientes, modificando a percepção e a avaliação que o indivíduo faz de sua vida e de sua doença, podendo levar o paciente a não aderir ao tratamento. Uma percepção negativa da saúde do paciente está mais associada à ansiedade e depressão do que à gravidade da doença.^{4,11} Sintomas de depressão e ansiedade em pacientes em HD afetam negativamente a QV,¹² além de estarem associados a outros comprometimentos, tais como os cognitivos.¹³

A depressão é um problema comum, subdiagnosticado e fator de risco independente para o aumento da morbidade e mortalidade desses pacientes.¹⁴ Portanto, evidencia-se uma necessidade de avaliar a QV e os sintomas de depressão de pacientes em HD, e intervir terapêuticamente visando promover transformações

condizentes com a realidade de cada um e prevenir o comprometimento de suas atividades diárias.^{9,14}

Tem sido apontado na literatura o efeito terapêutico da música no bem-estar físico e emocional de pacientes em HD.^{15,16} Em geral, são estudos realizados por equipes de enfermagem, e a proposta de intervenção baseia-se na audição de músicas, sejam elas gravadas ou tocadas ao vivo, durante as sessões de HD. Em uma revisão sistemática com meta-análise, publicada em 2015,¹⁷ foi identificado que intervenções musicais reduziram efetivamente sintomas de ansiedade em pacientes em HD. Apesar dos resultados positivos, os autores destacaram que nos sete estudos incluídos foram utilizadas apenas músicas gravadas, nunca executadas ao vivo. Além disso, em nenhum dos estudos houve a menção de um musicoterapeuta para a realização das intervenções.

A audição musical pode proporcionar momentos de descontração e relaxamento, e conseqüentemente ter efeitos terapêuticos. Todas as atividades que envolvem música podem vir a ter efeitos terapêuticos, porém apenas a musicoterapia como ciência e técnica tem objetivos terapêuticos explícitos, sendo esta a única área do conhecimento que utiliza a música com finalidades terapêuticas.¹⁸ Para diferenciar o uso da música pelo musicoterapeuta e por outros profissionais, Dileo¹⁹ distinguiu *musicoterapia em medicina* de *música em medicina*. A primeira, realizada por musicoterapeutas qualificados, que utilizam métodos e técnicas específicos da musicoterapia, sempre vai envolver um processo terapêutico e a relação se desenvolverá na música e no processo. Já a *música em medicina* é realizada por profissionais da área da saúde em geral como terapia complementar em variadas situações (estresse, ansiedade, dor). Não existe um processo terapêutico, e a relação entre o paciente e esses profissionais não se estrutura a partir da atividade musical.

A musicoterapia tem sido aplicada e estudada em diversas áreas do contexto hospitalar,^{20,21} além de mostrar-se uma terapêutica eficaz para o tratamento da depressão.²² No que se refere à sua utilização na HD, são poucos os estudos encontrados,²³ e nenhum deles se refere exclusivamente à QV e a sintomas de depressão. Um estudo realizado na Coreia do Sul,²⁴ cujos autores sugeriram a musicoterapia como uma intervenção que pode contribuir para a melhoria da QV de pacientes em HD, mostrou a contribuição da musicoterapia para a redução de sintomas de ansiedade e depressão.

Diante do potencial da musicoterapia para melhorar a QV e sintomas de depressão de pacientes submetidos a tratamentos invasivos e de risco, como a HD, é necessário realizar estudos de intervenção musicoterapêutica com esses pacientes, voltados à avaliação de QV e de sintomas de depressão. Assim, o objetivo do presente estudo consistiu em avaliar a QV e os sintomas de depressão em pacientes em HD, antes e após processo de musicoterapia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de intervenção musicoterapêutica, realizado em 23 pacientes em HD no Centro de Terapia Renal Substitutiva/Diálise (CTRS) do Hospital Estadual de Bauru, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, com doença renal crônica terminal, em tratamento hemodialítico por um período maior ou igual a três meses. Foram excluídos os pacientes: em acompanhamento psicoterapêutico; que iniciaram e/ou mudaram o uso ou a dose de psicofármacos no mês anterior à intervenção; que estivessem participando de outros estudos de intervenção; que possuísem diagnóstico de demência, deficiência auditiva ou mental grave; instáveis clinicamente; e em HD diária.

Dos 89 pacientes abordados entre novembro de 2013 e junho de 2014, foram excluídos 30, resultando em uma amostra de 59 pacientes, dos quais 31 aceitaram participar do estudo. Desse total, dois desistiram antes do início da intervenção, três tiveram piora significativa do quadro clínico, um foi transplantado e dois pacientes não conseguiram se encaixar para formar grupo. A amostra foi então constituída por 23 pacientes.

PROCEDIMENTOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Bauru, UNESP (Parecer 956.333). Fizeram parte somente os pacientes em HD que manifestaram o desejo de participar voluntariamente da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os atendimentos de musicoterapia foram realizados em grupos de quatro participantes cada. Todos os pacientes foram avaliados em duas fases distintas – pré (Momento 1) e pós (Momento 2) processo musicoterapêutico. No Momento 1, todos os participantes foram avaliados quanto aos sintomas de depressão e de QV. As avaliações foram realizadas pela pesquisadora

durante as sessões de HD, sempre durante a primeira hora. Após as avaliações, os participantes passaram por uma entrevista individual durante a sessão de HD, na qual foram levantados dados sociodemográficos e clínicos, além de ser utilizada uma ficha clínica musicoterapêutica, formulada com base nos pressupostos estabelecidos por Barcellos,²³ dada a necessidade de o musicoterapeuta conhecer a história sonora do paciente e traçar objetivos terapêuticos.

Após as avaliações, as sessões de musicoterapia tiveram início. Foram realizadas oito sessões de musicoterapia com cada um dos seis grupos, com dois atendimentos semanais e média de 75 minutos de duração por sessão. As sessões de musicoterapia foram realizadas pela própria pesquisadora musicoterapeuta, sempre durante a primeira metade da sessão de HD.

Para a realização das sessões, foram utilizadas as técnicas musicoterapêuticas descritas por Keneth Bruscia:²⁵ recriação musical; improvisação musical; composição musical; audição musical ou experiência receptiva. Essas técnicas foram utilizadas de acordo com as necessidades de cada grupo, com planejamento prévio flexível. Durante as sessões, a pesquisadora musicoterapeuta utilizou a voz e o violão para conduzir apoio harmônico e rítmico para a produção sonoro-musical dos grupos. Em todos os atendimentos, os participantes tiveram à sua disposição caixas de som, canções no formato mp3 (manuseadas pela pesquisadora) e instrumentos de percussão variados.

Após o término do processo de musicoterapia, todos os participantes responderam novamente aos instrumentos de sintomas de depressão e de QV (Momento 2).

INSTRUMENTOS

FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

O formulário foi elaborado especialmente para este estudo, para obter dados que permitissem caracterizar o participante quanto a aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, filhos, raça, religião) e dados laboratoriais e clínicos de prontuário (doença de base, tempo de tratamento, comorbidades, acesso vascular).

INSTRUMENTO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Para avaliar os sintomas de depressão, foi escolhido o Beck Depression Inventory, segunda edição (BDI-II). Esse instrumento foi originalmente criado por Beck,

Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961 e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979/1982.²⁶ O BDI-II é um instrumento de autoaplicação constituído por 21 itens, e cada um apresenta quatro afirmações com conteúdo relativo a graus crescentes de gravidade de depressão, com escores que variam de 0 a 3. A adaptação brasileira da segunda edição foi feita por Gorenstein et al.²⁷ A classificação da intensidade da depressão, de acordo com os escores do BDI-II é: Mínimo – 0 a 13; Leve – 14 a 19; Moderado – 20 a 28; Grave – 29 a 63. Para este estudo, pontuações ≥ 14 pontos foram consideradas *presença de sintomas depressivos*.

INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA

O instrumento eleito para avaliar a QV relacionada à saúde (QVRS) foi o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* (KDQOL-SF), em sua versão traduzida, adaptada e validada para a cultura brasileira.²⁸ As dimensões do KDQOL-SFTM são medidas em uma escala normatizada que varia de zero (pior escore, QVRS desfavorável) a cem (melhor escore, QVRS favorável), sendo que os escores mais altos indicam melhor saúde. Essa escala é considerada de fácil compreensão e administração. O instrumento inclui o *Short-Form Health Survey* (SF-36) como uma medida genérica que avalia oito domínios quanto à saúde física e mental do paciente. Em adição, para abordar o paciente renal crônico, são incluídas 12 dimensões específicas com relação à DRC.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

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

Para a comparação de dados coletados entre os momentos 1 e 2, utilizou-se o teste t de Student para amostra pareada (para dados com distribuição normal) e o teste de Wilcoxon (para dados que não apresentaram distribuição normal), e para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado. Além dessas comparações, foram analisadas as correlações entre as dimensões do KDQOL-SF, pontuação obtida

no BDI-II e as variáveis sociodemográficas por meio do coeficiente de correlação de Pearson. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos para todas as análises. O programa estatístico utilizado para o armazenamento e análise dos dados foi o SPSS 12.0.

RESULTADOS

A intervenção foi realizada em 23 pacientes, com as características sociodemográficas e clínicas ilustradas na Tabela 1. Cabe mencionar que nenhum dos participantes teve mudança de acesso vascular durante a realização do estudo e todos apresentavam Kt/V maior que 1,2. Os exames laboratoriais, como níveis séricos de hemoglobina, cálcio, fósforo e potássio, não apresentaram variação significativa entre os dois momentos do estudo. Pacientes instáveis clinicamente foram excluídos do estudo.

No que se refere à presença de sintomas de depressão, no Momento 1 do estudo foi detectada prevalência de 60,8% (n=14). Dentre esses casos, 34,7% (n=8) foram classificados como apresentando sintomas leves; 13% (n=3), sintomas moderados; e 13% (n=3), sintomas graves. Após a intervenção de musicoterapia, a prevalência de sintomas depressivos reduziu para 21,7% (n=5), sendo que 17,3% (n=4) foram classificados como sintomas leves e 4,34% (n=1), como sintomas moderados. Ao serem comparados os resultados de prevalência de sintomas depressivos, observa-se que houve diminuição significativa da intensidade dos sintomas ($p=0,017$), conforme demonstrado na Tabela 2. Quando esses resultados foram analisados como variável contínua, o escore de sintomas de depressão reduziu de $15,43 \pm 9,2$, no Momento 1, para $7,43 \pm 6,4$, no Momento 2 ($p < 0,001$).

As dimensões do questionário KDQOL-SF são divididas em genéricas e específicas, e os resultados estão expressos na Tabela 3. Em relação à comparação dos escores médios das dimensões genéricas do KDQOL-SF atribuídos pelos pacientes nas avaliações antes e após a intervenção, foi encontrada significância estatística para: capacidade funcional ($p=0,011$), dor ($p=0,036$), estado geral de saúde ($p=0,01$), vitalidade ($p=0,004$) e saúde mental ($p=0,012$). Já nas dimensões específicas, foi encontrada significância estatística para lista de sintomas e problemas ($p=0,01$) e saúde global ($p=0,01$).

Considerando-se que podem ocorrer diferenças de gênero quanto às variáveis estudadas – QV e sintomas de depressão –, esses resultados foram comparados,

TABELA 1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PACIENTES

Variável	%
Sexo (N=23)	
Feminino	56,5
Masculino	43,5
Faixa etária (N=23) (54,9 ± 14,6)	
18-39 anos	26,1
40-59 anos	26,1
60 anos ou mais	47,8
Raça	
Branca	69,5
Negra	30,5
Estado civil (N=23)	
Casado	69,5
Separado	21,7
Solteiro	4,3
Viúvo	4,3
Escolaridade (N=23) (7,1 ± 4,1)	
1 - 4 anos	39,1
5 - 8 anos	26,1
Ensino Médio	26,1
Ensino Superior	8,7
Ocupação (N=23)	
Aposentado	34,7
Desempregado	4,3
Auxílio Doença	43,4
Do Lar	8,6
Aposentado e Trabalhando	8,6
Renda familiar (N= 23)	
< 1 salário mínimo	4,3
Até 1 salário mínimo	13
Até 3 salários mínimos	47,8
Até 5 salários mínimos	13
Acima de 5 salários mínimos	21,7
Tempo de tratamento (N=23) (31,5 ± 18,6)	
0 - 6 meses	4,3
7 - 36 meses	60,8
37 - 60 meses	26,1
61 meses ou mais	8,7
Doença de base	
HAS	13
Diabetes Mellitus	56,5
GNC	21,7
Outras	8,6
Principais comorbidades	
Diabetes Mellitus	60,8
DCV	13
HAS	78,2
Tabagismo	8,6
Acesso vascular	
Fístula	65,2
Cateter	34,7

TABELA 2 BDI-II DE ACORDO COM A INTENSIDADE DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, CATEGORIZADOS EM CASO E NÃO CASO PARA SINTOMAS DEPRESSIVOS

Avaliações	BDI-II (Inventário de Depressão de Beck)				p
	Caso		Não caso		
	N	%	N	%	
Momento 1	14	60,8	9	39,1	0,017
Momento 2	5	21,7	18	78,26	

não se obtendo diferença significativa entre homens e mulheres em nenhuma das variáveis avaliadas.

Quanto às correlações entre os dados obtidos por meio do BDI-II e do KDQOL-SF, as quais estão apresentadas na Tabela 4, é importante notar que, nos dados obtidos no Momento 1 do estudo, os escores de sintomas de depressão – BDI-II, enquanto variável contínua – correlacionaram-se negativamente com diversas dimensões de QV, tanto genéricas quanto específicas, podendo-se destacar correlações com estado geral de saúde ($r = -0,664$; $p=0,001$), aspectos sociais ($r = -0,611$; $p=0,002$) e saúde mental ($r = -0,619$; $p=0,002$).

Foram igualmente observadas correlações entre as dimensões genéricas de QV com as variáveis idade e tempo de tratamento. No que se refere à variável idade, observa-se que esta se correlacionou negativamente com a dimensão capacidade funcional ($r = -0,450$; $p=0,031$). O tempo de tratamento se correlacionou negativamente com as dimensões genéricas de estado geral de saúde ($r = -0,563$; $p=0,005$), vitalidade ($r = -0,563$; $p=0,005$) e saúde mental ($r = -0,548$; $p=0,007$).

Com relação às dimensões específicas de QV, observa-se que a variável idade se correlacionou negativamente com a função sexual ($r = -0,719$; $p=0,008$) e o tempo de tratamento se correlacionou negativamente com a função cognitiva ($r = -0,413$; $p=0,050$) e qualidade de interação social ($r = -0,487$; $p=0,018$).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam que a musicoterapia tem efeito benéfico na redução dos sintomas depressivos e na melhora da QV da população estudada. Para nosso conhecimento, este constitui-se o primeiro estudo a avaliar o efeito da musicoterapia na QV e sintomas de depressão de pacientes em HD. Evidenciou-se que a musicoterapia proporcionou diferenças significantes entre os momentos pré e pós-intervenção, melhorando a QV e reduzindo a

TABELA 3 COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES NAS DIMENSÕES DE QUALIDADE DE VIDA (KDQOL-SF) DOS PACIENTES EM PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO MUSICOTERAPÊUTICA

Dimensões (número de itens)	Momento 1	Momento 2	p
Genéricas			
Capacidade Funcional	60.0 ± 24.77	66.0 ± 23.6	0.011
Aspectos Físicos*	50 (25; 100)	75 (25; 100)	0.497
Dor	65.6 ± 25.7	78.2 ± 23.9	0.036
Estado Geral de Saúde	54.3 ± 27.3	68.0 ± 24.9	0.010
Vitalidade	63.0 ± 21.6	73.2 ± 20.1	0.004
Aspectos Sociais*	75 (53; 100)	87 (75; 96)	0.208
Aspectos Emocionais	78.2 ± 31.1	81.1 ± 33.0	0.732
Saúde Mental	64.5 ± 24.5	76.8 ± 20.1	0.012
Específicas			
Lista de sintomas e problemas	80.6 ± 12.6	85.6 ± 11.6	0.010
Efeitos da Doença Renal	72.4 ± 16.3	77.1 ± 19.4	0.064
Sobrecarga da Doença Renal	46.4 ± 29.7	54.3 ± 34.3	0.197
Papel Profissional*	0 (0; 0)	0 (0; 37.5)	1.0
Função Cognitiva	79.4 ± 18.8	85.5 ± 15.6	0.130
Qualidade de interação Social	75.9 ± 23.5	76.2 ± 20.9	0.941
Função Sexual**	90.9 ± 11.3	92.7 ± 14.1	0.569
Sono	67.8 ± 19.0	70.3 ± 18.8	0.373
Apoio Social*	100 (67; 100)	100 (87; 100)	0.339
Estímulo da Equipe de Diálise	86.4 ± 18.0	86.9 ± 22.4	0.915
Saúde Global*	70 (50; 80)	80 (62; 82)	0.010
Satisfação do Paciente	66.6 ± 15.8	67.5 ± 14.4	0.815

Momento 1: pré-intervenção musicoterapêutica; Momento 2: pós-intervenção musicoterapêutica. * Wilcoxon Test; ** Função sexual: 12 pacientes sexualmente ativos no Momento 1 e 13 pacientes sexualmente ativos no Momento 2.

intensidade dos sintomas depressivos dos pacientes. Há evidências na literatura sobre a necessidade de intervir e promover transformações no cotidiano desses pacientes, com o intuito de melhorar sua QV, sendo a musicoterapia uma opção.^{9,14}

Quanto à depressão, verificou-se neste estudo que a prevalência de sintomas depressivos no Momento 1 foi de 60,8%. Esses índices foram superiores aos de estudos similares da literatura, que detectaram prevalência de sintomas depressivos de 42,7%²⁹ e de 33,3%.³⁰ Ambos os estudos são brasileiros e também utilizaram para avaliação dos sintomas de depressão o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os altos índices de sintomas depressivos encontrados neste estudo revelam uma realidade preocupante, especialmente ao se considerar que os pacientes não incluídos no estudo por já apresentarem transtornos, incluindo depressão, além dos que se recusaram a participar, poderiam aumentar ainda mais essa prevalência. Devido à maior gravidade de seu quadro clínico, pacientes

em HD são mais propensos a ter depressão. Sintomas de depressão em pacientes com DRC terminal devem ser diagnosticados e tratados, visto que esses pacientes são significativamente mais propensos a cometer suicídio do que pessoas da população em geral.³¹

Quando comparados os sintomas de depressão da amostra estudada, antes e após a intervenção, confirma-se a hipótese que norteou o presente estudo, de que sessões de musicoterapia melhoram os sintomas de depressão desses pacientes. Os benefícios da musicoterapia no tratamento da depressão não ocorrem ao acaso. O agente da alteração dos sintomas depressivos está no “fazer ativo” que ocorre na relação terapêutica existente entre musicoterapeuta e paciente, ou seja, tocar instrumentos musicais e cantar junto com o musicoterapeuta é importante para muitos pacientes.³² Essa deve ser a razão de os ensaios randomizados de musicoterapia mostrarem altos níveis de envolvimento com grupos de pacientes tradicionalmente difíceis de se envolver.^{22,32}

TABELA 4 CORRELAÇÕES ENTRE BDI-II E DIMENSÕES DE QV GENÉRICAS (SF-36) E ESPECÍFICAS

		BDI-II	CF	AF	DOR	EGS	VIT	AS	AE	SM
BDI-II	r		-0.324	-0.408	-0.486	-0.664	-0.512	-0.611	0.077	-0.619
	p		0.131	0.053	0.019	0.001	0.012	0.002	0.729	0.002
LSP	r	-0.573	0.432	0.447	0.602	0.688	0.696	0.678	-0.059	0.591
	p	0.004	0.040	0.032	0.002	0.000	0.000	0.000	0.788	0.003
EDR	r	-0.621	0.368	0.219	0.468	0.640	0.574	0.595	0.210	0.581
	p	0.002	0.084	0.316	0.024	0.001	0.004	0.003	0.336	0.004
SDR	r	-0.455	0.341	0.464	0.289	0.329	0.616	0.239	-0.035	0.375
	p	0.029	0.112	0.026	0.181	0.126	0.002	0.272	0.872	0.078
PP	r	-0.306	0.085	-0.048	0.061	0.227	0.181	0.110	0.262	0.400
	p	0.155	0.700	0.829	0.783	0.297	0.408	0.617	0.227	0.059
FC	r	-0.415	0.232	0.355	0.668	0.449	0.571	0.520	0.213	0.544
	p	0.045	0.287	0.096	0.000	0.032	0.004	0.011	0.330	0.007
QSI	r	-0.473	0.337	0.469	0.390	0.591	0.713	0.626	0.177	0.790
	p	0.023	0.116	0.024	0.066	0.003	0.000	0.001	0.419	0.000
FSX	r	-0.524	0.154	0.254	0.245	0.411	0.670	0.678	0.099	0.609
	p	0.080	0.632	0.426	0.444	0.184	0.017	0.015	0.759	0.036
SON	r	-0.525	0.039	0.299	0.275	0.247	0.439	0.316	-0.153	0.292
	p	0.010	0.861	0.166	0.204	0.255	0.036	0.142	0.484	0.76
APS	r	-0.509	0.197	0.495	0.342	0.487	0.541	0.692	0.002	0.696
	p	0.013	0.367	0.016	0.110	0.018	0.008	0.000	0.992	0.000
EEQ	r	-0.208	0.140	-0.074	0.084	0.275	0.147	0.082	-0.146	0.155
	p	0.342	0.523	0.737	0.704	0.205	0.504	0.708	0.505	0.481
SG	r	-0.392	0.331	0.267	0.204	0.466	0.576	0.529	0.038	0.552
	p	0.064	0.123	0.218	0.351	0.025	0.004	0.009	0.863	0.006
SP	r	-0.594	0.096	0.065	0.111	0.463	0.341	0.567	0.051	0.403
	p	0.003	0.662	0.767	0.614	0.026	0.111	0.005	0.817	0.056

BDI-II: Inventário de Depressão de Beck. Abreviações das dimensões genéricas de qualidade de vida: CF = capacidade funcional; AF = aspectos físicos; DOR = dor; EGS = estado geral de saúde; VIT = vitalidade; AS = aspectos sociais; AE = aspectos emocionais; SM = saúde mental. Abreviações das dimensões específicas de qualidade de vida: LSP = Lista de sintomas e problemas; EDR = efeitos da doença renal; SDR = sobrecarga da doença renal; PP = papel profissional; FC = função cognitiva; QIS = qualidade de interação social; FSX = função sexual; SON = sono; APS = apoio social; EEQ = estímulo da equipe; SG = saúde global; SP = satisfação do paciente.

No presente estudo, os participantes apresentavam comprometimento do estado de saúde evidenciado pela baixa pontuação em alguns domínios de QV. Com relação às dimensões genéricas (SF-36), as que apresentaram pior escore no Momento 1 do estudo são as dimensões relacionadas aos aspectos físicos, corroborando dados da literatura.⁹ No que se refere à avaliação das dimensões específicas de QV, neste estudo, as mais comprometidas foram as relacionadas à sobrecarga da doença renal e ao papel profissional, evidenciando consonância com dados já existentes.³³⁻³⁵ Com relação ao baixo escore obtido no papel profissional, foi observado que uma parcela significativa da amostra estudada (43,4%) não era aposentada e dependia do benefício social do auxílio doença para sobreviver.

Quando comparados os resultados obtidos nos Momentos 1 e 2 neste estudo, observa-se que os participantes tiveram melhora estatisticamente significativa tanto em dimensões genéricas de QV quanto em dimensões específicas da DRC. A melhora na QV em todas essas dimensões pode residir no caráter lúdico da música, na participação ativa promovida pela produção de ritmos e melodias e na integração em grupo que ocorre nas sessões de musicoterapia. Um estudo realizado no norte de Taiwan evidenciou que ouvir música durante a HD pode promover o bem-estar geral do paciente. Portanto, a utilização da música pode servir como um tratamento complementar.³⁶ Além disso, a troca e o compartilhamento de experiências entre os pacientes da HD pode levar ao estabelecimento

de vínculos positivos entre eles e, conseqüentemente, auxiliar no enfrentamento da rotina de tratamento.

Ao se correlacionar as dimensões genéricas (SF-36) e específicas de QV (KDQOL-SF), foi possível constatar que a lista de sintomas e problemas e sobrecarga da doença renal afetam substancialmente a QV dos pacientes. Pacientes com DRC precisam de suporte psicológico e emocional, dado o impacto que a doença tem na QV.³⁵ No que se refere às correlações negativas existentes entre os resultados do BDI-II com diversas dimensões de QV, há evidências na literatura de que sintomas de depressão e as dimensões de QV apresentam relação linear inversa.³³

A principal limitação do presente trabalho é a falta de um grupo controle, cuja formação não foi possível porque as sessões ocorreram em todos os turnos de HD e, mesmo que indiretamente, pacientes que não participaram da intervenção poderiam ter apresentado algum efeito, pois ouviram a produção sonoro-musical dos atendimentos. Outra limitação refere-se aos instrumentos utilizados. Ressalta-se que o BDI-II, apesar de ser um instrumento padrão ouro para identificação de sintomas de depressão, não é um instrumento específico para pacientes em HD. Com relação ao KDQOL-SF, apesar de ser um instrumento de QV específico para a população em HD, sua avaliação é subjetiva. Sendo assim, sugere-se a realização de outras pesquisas com estes e outros instrumentos, visando a maiores esclarecimentos sobre os resultados encontrados.

Em virtude dos resultados positivos alcançados neste estudo, destaca-se a importância de pesquisas similares serem realizadas com maior número de participantes e maior tempo destinado à intervenção musicoterapêutica, e com a utilização de grupo controle. Quanto aos pontos fortes encontrados no presente estudo, destaca-se o fato de ser um trabalho pioneiro, visto que em nenhum outro, até o momento, foi avaliado, simultaneamente, o efeito da musicoterapia na QV e nos sintomas de depressão de pacientes em HD. Destaca-se ainda que, a despeito dos cuidados e restrições necessários no contexto da HD, foi possível utilizar a musicoterapia com grande participação dos pacientes, sem nenhum contratempo ou qualquer prejuízo, tal como ressaltado pelos participantes e equipe de saúde.

Com base nos dados do Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, os quais mostram que, em 2016, cerca de 122.825 pacientes estavam em tratamento dialítico, constata-se a necessidade crescente

de avaliar fatores emocionais e de QV, visando empreender ações para minimizar aspectos que possam interferir na rotina, no tratamento e na adesão do paciente a ele.

AGRADECIMENTO

Este trabalho teve o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Soriano S. Definición y clasificación de los estadios de La enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2004;24:27-34.
2. Romão Junior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol* 2004;26;3:1-3.
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2016 [Internet]. São Paulo; 2017 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>
4. Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *J Bras Nefrol* 2000;22:21-9.
5. Ramos-Cerqueira ATA, Crepaldi AL. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J Pneumol* 2000;26:207-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862000000400008>
6. Oliveira AP, Schmidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LH, Michel RB. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *J Bras Nefrol* 2016;38:411-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160066>
7. Rudnicki T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estud Psicol (Campinas)* 2007;24:343-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300006>
8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)* 2013;3:1-150.
9. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enferm* 2005;13:670-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010>
10. Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Latino-Am Enferm* 2003;11:823-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600018>
11. Frutuoso MR, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia* 2011;31:91-6. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Jul.10483
12. Montinaro V, Iaffaldano GP, Granata S, Porcelli P, Todarello O, Schena FP, et al. Emotional symptoms, quality of life and cytokine profile in hemodialysis patients. *Clin Nephrol* 2010;73:36-43. DOI: 10.5414/CNP73036
13. Agganis BT, Weiner DE, Giang LM, Scott T, Tighiouart H, Griffith JL, et al. Depression and cognitive function in maintenance hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2010;56:704-12. DOI: 10.1053/j.ajkd.2010.04.018
14. Hedayati SS, Yalamanchili V, Finkelstein FO. A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney Int* 2012;81:247-55. DOI: 10.1038/ki.2011.358
15. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Ren Fail* 2013;35:105-9. DOI: 10.3109/0886022X.2012.736294

16. Hou YC, Lin YJ, Lu KC, Chiang CC, Chang CC, Yang LK. Music therapy-induced changes in salivary cortisol level are predictive of cardiovascular mortality in patients under maintenance hemodialysis. *Ther Clin Risk Manag* 2017;13:263-72. DOI: 10.2147/TCRM.S127555
17. Kim Y, Evangelista LS, Park YG. Anxiolytic Effects of Music Interventions In Patients Receiving Incenter Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nephrol Nurs J* 2015;42:339-47.
18. Barcellos LRM. Cadernos de Musicoterapia 4: etapas do processo musicoterápico ou para uma metodologia em musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros; 1999: p. 43-6.
19. Dileo C, ed. *Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring: American Music Therapy Association; 1999.
20. Korhan EA, Uyar M, Eyigör C, Hakverdioğlu Yönt G, Çelik S, Khorshid L. The effects of music therapy on pain in patients with neuropathic pain. *Pain Manag Nurs* 2014;15:306-14. DOI: 10.1016/j.pmn.2012.10.006
21. Zanini CRO, Jardim PCBV, Salgado CM, Nunes MC, Urzêda FL, Carvalho MVC, et al. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. *Arq Bras Cardiol* 2009;93:534-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001100015>
22. Erkkilä J, Punkanen M, Fachner J, Ala-Ruona E, Pönttiö I, Teravaniemi M, et al. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;199:132-9. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.085431
23. Barcellos LRM. Challenges on music therapy clinical practice. *Voices Resources* [Internet] 2009 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://testvoices.uib.no/community/?q=colbarcellos141209>
24. Kim KB, Lee MH, Sok SR. The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2006;36:231-9. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.2.321> [Article in Korean]
25. Bruscia K. *Definindo musicoterapia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Enelivros; 2000.
26. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
27. Gorenstein C, Wang YP, Argimon I, Werlang B. BDI-II: Inventário de depressão de Beck II / Adaptação para o português. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
28. 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* 2003;49:375-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400027>
29. Teles F, Azevedo VFD, Miranda CT, Miranda MPM, Teixeira MC, Elias RM. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. *Clinics* 2014;69:198-202. DOI: 10.6061/clinics/2014(03)10
30. Nifa S, Rudnicki T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Rev SBPH* 2010;13:64-75.
31. Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States End-Stage Renal Disease Program. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:774-81. DOI: 10.1681/ASN.2004070550
32. Maratos A, Crawford MJ, Procter S. Music therapy for depression: it seems to work, but how? *Br J Psychiatry* 2011;199:92-3. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.087494
33. Park HC, Yoon HB, Son MJ, Jung ES, Joo KW, Chin HJ, et al. Depression and health-related quality of life in maintenance hemodialysis patients. *Clin Nephrol* 2010;73:374-80. DOI: 10.5414/CNP73374
34. Cavalcante MC, Lamy ZC, Lamy Filho F, França AKTC, Santos AM, Thomaz EBAF, et al. Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil. *J Bras Nefrol* 2013;35:79-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130014>
35. Shimoyama S, Hirakawa O, Yahiro K, Mizumachi T, Schreiner A, Kakuma T. Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in Japan. *Perit Dial Int* 2003;23:S200-5.
36. Lin YJ, Lu KC, Chen CM, Chang CC. The effects of music as therapy on the overall well-being of elderly patients on maintenance hemodialysis. *Biol Res Nurs* 2012;14:277-85. DOI: 10.1177/1099800411413259