

MÚSICA, AMOR E AVC: UM ESTUDO DE CASO



ISSN: 2764-5622

Vol. 6 | Nº. 1 | Ano 2025

**Alberto José
Pereira de Souza**

*ADIM (asistencia,
desarrollo e
investigación em
musicoterapia)*

betoeu22@gmail.com

RESUMO

O presente artigo traz um estudo de caso de um paciente adulto com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), as quais acarretam comprometimento motor e na comunicação. As atividades de musicalização terapêutica, recriação e improvisação, feitas em sessões de musicoterapia são fundamentadas à luz das teorias da musicoterapia, da neurologia e das articulações com as neurociências que fazem parte do corpo teórico da Abordagem Plurimodal em Musicoterapia (APM), evidenciando como e porque a música pode ajudar a reabilitar funções prejudicadas em casos de seqüela neurológica grave.

Palavras-chave: Musicoterapia; APM; AVC; Neurociências; Reabilitação

MUSIC, LOVE AND STROKE: A CASE STUDY

ABSTRACT

This article presents a case study of an adult patient with brain stroke injuries, which brings significative restrictions in his movements and communication. Re-creation, improvisation and therapeutic music teaching activities carried out along the music therapy sessions are based on the theories of music therapy, neurology and neuroscience articulations that are part of the theoretical body of Plurimodal Approach in Music Therapy, highlighting how and why music can help rehabilitating neurological functions that looks deteriorated in serious brain injuries.

Keywords: Music therapy; Plurimodal Approach in Music Therapy; Stroke – Neuroscience; Rehabilitation

Correspondência/Contato

revistaneurodiversidade@gmail.com

www.institutoneurodiversidade.com

Editores responsáveis

Daniele Pendeza

Lucas Pontes

Revisão

Filipe Russo

1 INTRODUÇÃO

É bastante comum o encaminhamento de pacientes com lesão neurológica para o tratamento com musicoterapia. Há muitas pesquisas feitas sobre o efeito que a música provoca no cérebro, não só por musicoterapeutas, mas também por pesquisadores de outras áreas, como psicólogos (Silva *et al.*, 2013) e neurologistas (Sacks, 2007). As diferentes áreas cerebrais ativadas pelo treinamento ou pelo fazer musical, ou simplesmente por ouvir música, supõe haver, na música, um grande potencial para estimular a neuroplasticidade.

Casos de paralisia cerebral, sequelas de traumatismo, acidente vascular cerebral (AVC) e cirurgias invasivas no cérebro ou variados tipos de demência estão entre os encaminhamentos mais comuns à musicoterapia. O conhecimento do cérebro e de seu funcionamento constitui uma área importante na formação dos terapeutas, conforme salienta Barcellos:

O musicoterapeuta, além do conhecimento musical, tem uma formação científico-médica que vai capacitá-lo para trabalhar numa equipe terapêutica inter ou multidisciplinar [...], isto é, ele tem uma formação em Anatomofisiologia, Neurologia, Medicina de reabilitação, Psicopatologia geral e especial, Psiquiatria Infantil bem como conhecimentos de psicologia que vão lhe possibilitar uma abordagem de problemas num sentido bastante amplo (Barcellos, 1999, p. 43).

Casos em que a motricidade e, principalmente, a comunicação é afetada, costumam ter boas respostas a um processo que utiliza a música, devido à ativação simultânea de diferentes áreas do cérebro. Segundo Karina Ferrari (2007, p. 79), pesquisadora da Abordagem Plurimodal em Musicoterapia, “a atividade musical é uma das poucas que possui caráter bihemisférico, onde todo o nosso cérebro a partir da plasticidade neuronal [...] se colocará em movimento em prol de uma experiência musical.”.

A autora comenta que a música é capaz de trabalhar, em uma só atividade, aspectos motores, visuais, auditivos, cognitivos e emocionais. Logo, “através de uma experiência musical se põem em jogo funções cerebrais distintas às que se desenvolveriam a partir da linguagem verbal” (Ferrari, 2007, p. 84), possibilitando que, através da música, pacientes que perderam (ou não desenvolveram) a verbalização, se comuniquem.

Acontece que as áreas responsáveis pela linguagem são muito especializadas e estão entre as primeiras descobertas pelo estudo científico do funcionamento cerebral, ainda no século XIX. Conforme comenta o neurologista Oliver Sacks:

Os neurologistas fazem muitas referências a uma "área da fala" na zona pré-motora do lobo frontal predominante no cérebro (geralmente o esquerdo). Uma lesão numa parte específica dessa área - que foi identificada pela primeira vez em 1862 pelo neurologista francês Paul Broca, seja ela causada por doença degenerativa, seja por derrame ou traumatismo cerebral, pode produzir afasia de expressão, a perda da linguagem falada (Sacks, 2007, p. 123).

Tal descoberta corroborou uma tendência localizacionista das especializações cerebrais, que se tornou muito vigente na época. Outra área importante para a linguagem, a área de Wernicke fora descoberta décadas antes.

Em 1823 Carl Wernicke descrevera outra área da fala no lobo temporal esquerdo - uma lesão nessa área tendia a acarretar dificuldade para compreender a fala, uma afasia "receptiva". Também se reconheceu, mais ou menos nessa época, que uma lesão no cérebro poderia causar distúrbios de expressão ou apreciação musical - amusias - e que, embora alguns pacientes pudessem sofrer de afasia e amusia ao mesmo tempo, outros podiam apresentar afasia sem amusia (Sacks, 2007, p. 123).

As relações entre a fala e a música são observáveis pela influência dos distúrbios de fala na musicalidade natural que permeia o discurso verbal, havendo comprometimento na entoação, intensidade e ritmo, por exemplo, em algumas pessoas com patologias que comprometem a verbalização. “Os pacientes com a chamada afasia não fluente não só apresentam uma deficiência de vocabulário e gramática, mas também “esqueceram” ou perderam a noção dos ritmos e inflexões da fala” (Sacks, 2007, p. 124). Porém, tal coincidência entre estas funções pode representar um bom potencial de resposta à musicoterapia.

Acostumamo-nos, há cerca de vinte anos, a dramáticas revelações sobre a plasticidade cortical. [...] Mas talvez ainda mais notável seja saber que o hemisfério direito, que em circunstâncias normais só possui as mais rudimentares capacidades linguísticas, pode ser transformado em um eficiente órgão linguístico com menos de três meses de treinamento - e que a musicalidade é a chave para essa transformação. (Sacks, 2007, p. 127).

Para entender como o estudo do cérebro - que a princípio trazia a tendência de uma hipervalorização das especialidades de cada localização e à irreversibilidade fatalista dos danos - hoje traz o entendimento de um potencial mais plástico e versátil das funções desempenhadas em cada área demarcada, discorre-se sobre a história desta ciência no item 1.2.

1.1 CONCEITUANDO O TERMO “MUSICALIZAÇÃO TERAPÊUTICA”

Uma intervenção intermediária entre a terapia e a educação é motivo de divergências entre musicoterapeutas e mesmo entre alguns teóricos da área, pois a musicoterapia, apesar de se valer de ideias de educadores vanguardistas e de métodos de musicalização inovadores que vão além dos paradigmas conservatoriais, esforça-se por se distanciar da educação com o intento de se estabelecer teoricamente e politicamente como uma disciplina à parte.

Uma divergência muito clara entre as duas áreas está nos objetivos pretendidos. Barcellos (1999, p. 44) afirma que, apesar de atividades como aprendizagem de um instrumento musical, educação musical ou a prática de tocar ou cantar em si possam, eventualmente, ter efeitos terapêuticos, “a única que tem objetivos terapêuticos e se constitui como terapia é a musicoterapia”.

Kenneth Bruscia (2000, p. 184, 185) expõe, discorrendo sobre práticas didáticas em musicoterapia, quatro pontos em que a musicoterapia se distingue da educação musical, sendo o primeiro relacionado aos objetivos; o segundo sobre o aspecto universal da técnica musical, em contraposição ao aspecto individual da subjetividade trabalhada em um processo terapêutico; o terceiro sobre a característica autorreflexiva e experiencial, singular a um processo terapêutico; o quarto sobre a diferença entre as relações estabelecidas entre professor e aluno e paciente e terapeuta, que divergem em vários sentidos.

Em seguida, Bruscia cita modalidades em que a musicoterapia atua em “nível auxiliar”, sendo uma delas, a “Educação musical especial”, que “situa-se na fronteira entre a educação musical e a musicoterapia” (2000, p. 186), salientando que esta modalidade tem objetivos mais instrucionais que terapêuticos. Porém, em práticas conceituadas como musicoterapia atuando em “nível aumentativo”, propõe o termo “musicoterapia instrucional”, em que “o aprendizado musical é secundário aos objetivos terapêuticos, embora estabeleça as bases para eles” (Bruscia, 2000, p. 192).

Em artigo que discorre sobre distinções e interseções entre educação e terapia, Ana Sheila Tangarife traz definições de educação especial, educação musical, musicalização e musicoterapia e discorre sobre aspectos históricos, traz conceitos das diferentes áreas e reflete que “a nova pedagogia musical propõe a participação ativa do indivíduo no seu sentido mais completo. Vemos aqui uma correlação com a musicoterapia, que basicamente é [...] interativa” (Tangarife, 2020a, p. 30). Em seguida, afirma que “em qualquer sessão de musicoterapia, verificamos que foram executadas várias atividades que poderão estar catalogadas nos ideários de diferentes métodos de musicalização” (Tangarife, 2020a, p. 31).

Em uma entrevista que a autora concedeu posteriormente (2020b), é trazido de forma mais clara o termo “musicalização terapêutica”, quando perguntado sobre a diferença entre esta e a musicoterapia. A autora exemplifica dois casos em que lançou mão de atividades didáticas: um com uma viúva idosa e depressiva, onde a intervenção se deu através de uma aula de piano, outro em que três pacientes bipolares de um hospital psiquiátrico receberam intervenção através de aulas de violão.

Tangarife (2020b, p. 86) comenta sobre o caso da idosa: “Para mim, a musicalização terapêutica é um pretexto e um contexto para fazer terapia. [...] A parte da musicalização [...] era secundária, o principal para ela era trabalhar essas questões que estavam bloqueadas” e sobre o caso dos pacientes psiquiátricos, discorre: “Eu não atendo uma pessoa só para que ela aprenda a tocar. Na musicalização terapêutica, a pessoa para, conversa, expõe assuntos [...]” (Tangarife, 2020b, p. 87).

Fica aqui entendido então que, ao ser utilizado o termo “musicalização terapêutica”, estou me referindo a intervenções utilizadas por um musicoterapeuta, que são intermediárias entre educação musical e musicoterapia, nas quais - apesar de lançar mão de atividades didáticas de ensino musical, muitas vezes facilitadas para se adaptar à condição do paciente - são alçados, por meio das mesmas, objetivos clínicos. No caso em que relato neste artigo, utilizo a ferramenta com a finalidade de estimulação de funções cognitivas afetadas pela patologia do paciente ou, simplesmente, visando a promoção de bem-estar.

1.2 NEUROLOGIA, UM BREVE HISTÓRICO

Ferrari (2007, p. 79) salienta que “a partir dos estudos de Broca, Wernicke, Fritz, Hitzig e outros investigadores do século passado [XX], tinha-se uma visão localizacionista das funções dos hemisférios cerebrais”, mas ao longo do desenvolvimento da neurologia, esta visão mudou, acreditando-se em “uma relação dinâmica entre as diversas estruturas cerebrais para que uma função específica seja possível” (Ferrari, 2007, p. 79).

Este processo é trazido com detalhes por Gazzaniga:

No início do século XIX, o neuroanatomista Franz Gall e seu colega, o médico Johann Spurzheim, propuseram hipóteses sobre os efeitos da atividade mental sobre a anatomia cerebral. Gall e Spurzheim propuseram que, se uma pessoa usasse uma determinada função mental de modo mais frequente do que as outras funções mentais, a parte do cérebro onde a função enfatizada era realizada cresceria. Esse crescimento produziria um inchaço no crânio sobrejacente e, examinando cuidadosamente o crânio, seria possível descrever a personalidade do indivíduo. Essa prática veio a se tornar conhecida como *frenologia*. (Gazzaniga, 2018, p. 90, grifo do autor).

Tal teoria, de frágil fundamentação epistêmica, deu margem ao surgimento de toda uma prática posteriormente entendida enquanto pseudociência (Thurs & Numbers, 2013, p. 121). Assim como a ciência não dispunha de meios para comprovar a teoria, tampouco tinha tecnologia para refutá-la e esta prática, análoga a uma adivinhação, tornou-se extremamente popular. “A frenologia logo caiu nas mãos da fraude e dos charlatões, embora tenha ajudado a disseminar o princípio aparentemente científico de que as funções cerebrais são localizadas” (Gazzaniga, 2018, p. 90).

Acontece que, na época, não havia meios para medir a atividade do cérebro vivo e os estudos e correlações, por exemplo, dos danos cerebrais às perdas de habilidades específicas, só podiam ser feitos por autópsia, após a morte dos pacientes. As descobertas na área se davam por estudos de caso de pacientes lesionados, após o falecimento destes, como a descoberta da área de Broca. “Broca encontrou uma ampla área de dano em um corte do lado esquerdo frontal. Essa observação o levou a concluir que essa região particular era importante para a fala” (Gazzaniga, 2018, p. 90). Tal descoberta, que sobreviveu ao teste do tempo, veio como uma confirmação da tendência em voga no período.

A partir dos anos de 1940, houve a popularização de um procedimento chamado lobotomia, que “consiste em cortar as conexões junto ao cérebro, para tentar isolar o ponto onde as convulsões se iniciam” (Gazzaniga, 2018, p. 100). Na época, fazer testes em lobotomizados “conferiu aos pesquisadores uma melhor compreensão acerca da mente consciente” (Gazzaniga, 2018, p. 100).

Só no final do século XX, na década de 1980, a ciência pôde dispor de meios tecnológicos para exames de imagem, entre outros, que vieram a revolucionar a neurologia. “As novas técnicas de imagem avançaram o nosso conhecimento sobre o cérebro humano do mesmo modo que o desenvolvimento dos telescópios avançou o nosso conhecimento sobre astronomia” (Gazzaniga, 2018, p. 90).

Além de maiores descobertas sobre as áreas cerebrais e suas funções, nas pesquisas que aconteceram ao longo do século XX, foi possível ter uma visão mais holista do funcionamento cerebral, comprovando-se o uso simultâneo de diversas áreas especializadas, mesmo que para desempenhar uma única função, entendendo-se que o córtex cerebral, por mais que esteja dividido em áreas diversas, atua como um todo integrado, uma unidade.

1.3 NEUROPLASTICIDADE

Assim como o cérebro se reorganiza em resposta à quantidade de uso, também se reorganiza em resposta ao dano. Após uma lesão cortical, a substância cinza circundante assume a função da

área danificada, de modo semelhante a um estabelecimento comercial local lutando para tomar os clientes de um concorrente que acabou de fechar as portas. Esse remapeamento parece começar imediatamente e se estender por anos. Essa plasticidade envolve todos os níveis do sistema nervoso central (SNC), desde o córtex até a medula espinal (Gazzaniga, 2018, p. 113).

Mas, se as áreas cerebrais têm especificidades e funções tão definidas e as células neuronais não são facilmente repostas, principalmente se tratando de lesões no SNC de adultos, qual a finalidade de buscar reabilitação de um paciente lesionado? E qual resultado se pode esperar? Esta é uma indagação que as neurociências - “conjunto das disciplinas que estudam pelos mais variados métodos, o sistema nervoso e as relações cerebrais e mentais” (Lent, 2018, p. 3) – se propõem a aprofundar.

Segundo Roberto Lent (2018, p. 111), “a neuroplasticidade define-se como a propriedade do sistema nervoso de alterar sua função ou a sua estrutura em resposta às influências ambientais que o atingem.” Mas, afinal, é possível haver recuperação e regeneração ou os danos são irreparáveis?

Ainda, o autor relata que há a potencialidade de regeneração celular, mas esta se dá mais no sistema nervoso periférico e até pode acontecer no sistema nervoso central do cérebro em desenvolvimento, tendo crianças e jovens maior probabilidade de resgate de algumas funções neurológicas perdidas, porém, em um cérebro adulto, esta função é inibida: “A incapacidade de regeneração dos axônios torna permanente o efeito das lesões” (Lent, 2018, p. 116) e traz o exemplo de um tipo de cegueira provocada por uma secção no nervo óptico, que se torna irreversível.

Fenômeno um tanto parecido se dá com os dendritos, outra parte das células neuronais, cuja plasticidade “é mais pronunciada nos jovens, reduzindo-se assim na vida adulta” (Lent, 2018, p. 121). Uma possibilidade, entretanto, é a chamada neuroplasticidade funcional, que traz a alternativa de uma mesma função ser desempenhada por áreas cerebrais diferentes. A seguir, o autor relata uma pesquisa feita com músicos e não músicos para exemplificar.

“Uma interessante linha de pesquisa em neuroplasticidade funcional, envolvendo músicos e não músicos, tem fornecido dados sobre a plasticidade das áreas corticais motoras, somestésicas e auditivas, por meio de técnicas de ressonância magnética funcional” (Lent, 2018, p. 123). O experimento analisou a ativação de uma área responsável pelo movimento dos dedos da mão esquerda, no hemisfério direito do córtex cerebral motor. “Pois bem: esta área mostrou-se maior para músicos que realizaram seu aprendizado precocemente durante a infância, em comparação com os músicos que aprenderam mais tardiamente” (Lent, 2018, p. 123).

Após expor outras conclusões do experimento, Roberto Lent (2018, p. 123) conclui que “os resultados indicam clara neuroplasticidade funcional ontogenética”, sendo o termo “ontogenética”

relativo a uma alteração que ocorreu no cérebro ainda em desenvolvimento, onde há maior potencial, também, para esta categoria de neuroplasticidade.

Lent (2018) expõe, em seguida, que nem toda plasticidade é boa, havendo casos de patologias geradas por uma “neuroplasticidade maladaptativa”, que chega a gerar algumas patologias em um cérebro anteriormente saudável, em contraposição à “neuroplasticidade compensatória”, mais proeminente em crianças e jovens do que em adultos, que restaura, ao menos parcialmente, a função de áreas cerebrais danificadas.

A forma mais prevalente de neuroplasticidade em adultos é, então, a chamada neuroplasticidade sináptica. “Dela decorre a capacidade extraordinária que o cérebro tem – ainda mais o cérebro humano – de armazenar informações” (Lent, 2018, p. 126). O potencial maior está, então, na possibilidade de neurônios estabelecerem novas conexões, criando novas redes por onde passarão impulsos elétricos, ativando as áreas preservadas para o resgate de algumas funções.

1.4 AVC

No Brasil, o Ministério da Saúde, em suas diretrizes de atenção à reabilitação de pessoas com Acidente Vascular Cerebral traz a seguinte definição:

De acordo com a OMS, o AVC refere-se ao desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão (Brasil, 2013, p. 8).

Sendo uma patologia recorrente e muito incapacitante e mortal, o documento afirma que “no Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade no País, o que cria grande impacto econômico e social” (Brasil, 2013, p. 11). Dentre alguns subtipos, salienta que o AVC isquêmico “ocorre quando há obstrução de um vaso sanguíneo, bloqueando o seu fluxo para as células cerebrais” (Brasil, 2013, p. 9).

Em seguida, o Ministério da Saúde recomenda a reabilitação com uma equipe multidisciplinar e o uso de avaliações clínicas e instrumentais especializadas para detectar o nível de comprometimento do paciente e orienta reuniões de equipe frequentes para a discussão de cada caso, proporcionando uniformidade nas estratégias de atendimento (Brasil, 2013, p. 9).

1.4.1 AFASIA

As diretrizes de atenção à reabilitação de pessoas com Acidente Vascular Cerebral, do Ministério da Saúde, trazem entre as consequências possíveis do Acidente Vascular Cerebral, a afasia.

As afasias são distúrbios que afetam os aspectos de conteúdo, forma e uso da linguagem oral e escrita, em relação à sua expressão e/ ou compreensão, como consequência de uma lesão cerebral; envolve os processos centrais de significação, seleção de palavras e formulação de mensagens. Este distúrbio é observado na expressão de símbolos por meio da comunicação oral, escrita (dislexias e agrafias adquiridas) ou gestual, tratando-se de uma dificuldade do paciente em lidar com elementos linguísticos (Brasil, 2013, p. 37).

1.4.2 HEMIPLEGIA

Segundo as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral do Ministério da saúde, as deficiências físicas são “alterações completas ou parciais de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarretam o comprometimento da mobilidade e coordenação geral, podendo também alterar a fala, em diferentes graus” (Brasil, 2013)

Citando os subtipos mais comuns de deficiência física (paraplegia, monoplegia, tetraplegia, hemiplegia, ostomia, amputação, paralisia cerebral e nanismo), define cada um. A hemiplegia é definida aqui como a deficiência física onde há “perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)” (Brasil, 2013)

Embora seja comum uma alteração motora e sensorial grave e incapacitante, a perda total das funções motoras, como aparece na definição jurídica, é rara e costuma haver algumas funções preservadas nos membros afetados, que tendem a ter algum retorno de sua mobilidade e sensibilidade com as intervenções de reabilitação.

2 **ESTUDO DE CASO**

Um encaminhamento para atendimento domiciliar de um paciente de 38 anos, com sequelas de AVC, chegou até mim. O casal, proveniente do Maranhão, residia no Rio de Janeiro há alguns anos.

O paciente, que chamarei pelo nome fictício de Bruno Cavalcante, havia tido demandas profissionais que motivaram a mudança de estado. Antes de ter seu quadro neurológico afetado pela lesão, era muito ativo intelectual e culturalmente. Bruno é formado em engenharia elétrica e mestre na

área de robótica, tendo atuado como professor universitário e pesquisador, com algumas publicações e apresentações em congressos. Trabalhou mais recentemente para o mercado financeiro, tendo passado por diversas empresas do ramo de construção, extração de petróleo e no setor bancário.

Além da atuação profissional, Bruno era muito ativo em seus *hobbies*. Apesar de não ter o treino de um músico profissional, estudou formalmente notação musical na adolescência, tocava violão e teclado e apreciava diversos estilos musicais, desde o boi do Maranhão, festa popular em sua cidade natal a *shows* de *heavy metal*, *rock* progressivo e concertos de música erudita. Fazia, também, artes manuais como origamis e costumava cozinhar.

Portador de cardiopatia grave congênita, que tratava há algum tempo, o paciente foi internado em novembro de 2020, para uma cirurgia de retirada de vesícula biliar. Após ser liberado, teve nova internação onde apresentou quadro de AVC isquêmico extenso e trombose de carótida esquerda, passando em seguida por diversos procedimentos.

Após ter alta hospitalar, no ano seguinte, começou os diversos tratamentos de sua reabilitação, já com quadro de hemiplegia direita e afasia, recebendo cuidados em diversas modalidades, como fisioterapia, fonoaudiologia, neuropsicologia, terapia ocupacional, arteterapia, entre outras. Já vinha sendo atendido por uma outra musicoterapeuta, também.

O caso chamou-me a atenção pelo intenso engajamento do casal no processo de reabilitação, a esposa do paciente recorreu a vários cursos na área da saúde e ele apresentava queimaduras na mão plégica, adquiridas devido à sua perda de sensibilidade - acidentou-se ao tentar cozinhar, algo que voltou a fazer rotineiramente.

Seu esforço para retomar as atividades de vida diária também se apresentava a cada atividade proposta nas sessões, sem se esmorecer diante do que o desafiava e sempre buscando uma forma de se adaptar.

O casal também divulga a rotina e as atividades diariamente em uma página nas redes sociais voltada para o AVC e integra uma rede de apoio junto a outros casais afetados pela mesma patologia.

3 METODOLOGIA

Entre junho de 2022 e fevereiro de 2023, foram feitas 13 sessões de musicoterapia com frequência quinzenal. Realizamos atividades com canções, improvisações utilizando instrumentos e atividades de musicalização terapêutica, com o objetivo de estimular a fala, motricidade e cognição,

através de suas reminiscências. Conduzi o processo procurando sempre dispor a maior variedade possível de instrumentos.

3.1 ATIVIDADES COM CANÇÕES

Como havia perda significativa nas funções da fala, o uso de canções se mostrou indispensável para o paciente. Embora fosse difícil a emissão de palavras com precisão, notei que a linha melódica e alguns fonemas das canções eram emitidos. A outra musicoterapeuta que o atendera também utilizou canções.

3.1.1 RECRIAÇÃO DE CANÇÕES

As canções tocadas eram, principalmente, clássicos do *rock* internacional, estilo de maior preferência do paciente e no qual demonstrava reconhecer quase todas as músicas que eu trazia. Esforçava-se para cantar e a atividade era prazerosa e lúdica para o paciente, dentro de uma rotina pesada de atividades físicas e cognitivas das terapias de reabilitação que ele fazia.

Na oitava sessão, ele ficou bastante tempo tentando me solicitar, de todas as formas que dispunha, que eu tocasse mais canções em português, pois era mais fácil, para ele, cantar as letras. Ao compreender, passei a utilizar canções em português de variados estilos, como *rock* brasileiro, *reggae*, *samba*, entre outros.

3.1.2 RECRIAÇÃO UTILIZANDO INSTRUMENTOS DE PERCUSSÃO COMO ACOMPANHAMENTO

Não deixando de estimular sua motricidade, eu dispunha instrumentos como chocalhos de tipos, pesos e tamanhos variados (*ganzá*, *ganzá-ovo*, *ring shaker*, *caxixi*, *pau de chuva*, *maracas* pequenas), *pandeiro* e praticável a ser percutido com *baqueta* ou *mão*, variando tipos de *baqueta* entre *baquetas de bateria*, de *surdo* ou mesmo *claves* e, também *agogô*, *tamborim* e *reco-reco*.

Geralmente eu o deixava tocar livremente e buscava propostas em que usasse ambas as mãos. Ele demonstrava boa consciência do pulso e convenções características de algumas canções. O *caxixi* o fez lembrar da festa do Boi, comemoração típica maranhense que frequentava, segundo sua esposa.

3.1.3 RECRIAÇÃO DE CANÇÕES UTILIZANDO INSTRUMENTOS DE PERCUSSÃO NOS PÉS, COMO ACOMPANHAMENTO

Como também possuí limitações na motricidade dos pés, busquei estimular o uso dos membros inferiores dispondo pandeiro de pé, *ring shaker* de pé e um pedal de bumbo, que adaptei para ser utilizado no pandeiro.

3.2 IMPROVISACÃO COM INSTRUMENTOS DE PERCUSSÃO

Além de utilizar os instrumentos nas canções, eu sempre propunha uma experimentação livre antes ou depois de uma canção e dialogava ou dava suporte, utilizando outro instrumento de percussão.

3.2.1 IMPROVISACÃO RÍTMICA NÃO-REFERENCIAL

Como fazer um ritmo tradicional ou mesmo tocar da forma tradicional lhe era muito desafiador, um momento mais livre de exploração configurava um bom aquecimento para a inserção posterior de uma canção ou atividade de musicalização mais estruturada, além de dar a possibilidade do paciente se expressar de forma mais espontânea.

3.2.2 IMPROVISACÃO MELÓDICA NÃO-REFERENCIAL

Sempre era disposto um instrumento de percussão de altura definida, como xilofone, *glockenspiel* ou sinos em barra e consegui a doação de uma escaleta para as atividades, dando a possibilidade de expressão melódica.

3.2.3 3.2.3 IMPROVISACÃO ORIENTADA AO MATERIAL, BASEADA EM MOTIVOS RÍTMICOS

Ao trabalhar imitação rítmica ou leitura rítmica em atividades musicais, busquei sempre aproveitar parte do material trabalhado para ser utilizado em improvisações, geralmente no xilofone ou *glockenspiel*.

3.3 MUSICALIZAÇÃO TERAPÊUTICA

Como o paciente tinha estudado música formalmente antes da lesão, propus atividades mais estruturadas, envolvendo notação musical, tradicional ou alternativa, com a finalidade de trabalhar aspectos cognitivos.

Notei que ao tentar ler as notas musicais escritas nas teclas do *glockenspiel*, teve dificuldade em pronunciar o fonema [f], na nota fá e não conseguia fazê-lo nem por imitação. Porém, quando cantei as sete notas, na sequência da escala, ele conseguiu fazê-lo e cantou fluentemente todas as notas. Vi na musicalização terapêutica uma forma de reforçar o trabalho cognitivo que ele vinha fazendo com outros profissionais.

3.3.1 LEITURA RÍTMICA

Surpreendi-me ao ver que apesar de o paciente ter dificuldades na leitura de palavras, ou mesmo em reconhecer as letras e os fonemas, sua leitura de semínimas e colcheias estava preservada, possibilitando a leitura de clichês rítmicos de 2 ou 4 compassos e cheguei a utilizar páginas de um método de leitura rítmica. A leitura era feita percutindo um instrumento, com baqueta.

3.3.2 LEITURA DE CIFRAS NO VIOLÃO UTILIZANDO LETRAS EM EVA

Como, por sua dificuldade em reconhecer letras e juntá-las em uma sílaba, esta capacidade era trabalhada por outros profissionais, havia um pote com letras coloridas cortadas em EVA. Aproveitei seu conhecimento prévio de violão para utilizar o material, pois os acordes maiores são representados por letras maiúsculas. Eu indicava o acorde da vez com uma caneta e ele ia relembrando e, ao fazê-lo, eu prosseguia cantando a canção.

Tive que tanger as cordas enquanto ele montava os acordes na mão esquerda, devido a ele ter muita dificuldade neste uso da mão direita. Cheguei a tentar utilizar dedeira ou luvas específicas que ele dispunha, mas, mesmo assim, a tarefa demandava muito esforço e lhe era bastante dificultosa. Só conseguia tanger as cordas esporadicamente.

Utilizei, para a atividade, canções de harmonia simples e repetitiva, como “*Knocking on heaven’s door*”, “*Hey Joe*”, “*Sweet home Alabama*”, “*Sweet child o’ mine*”, “*Born to be wild*”, “*Black*” e “*O sol*” (versão da banda Jota Quest).

3.3.3 LEITURA MELÓDICA COM NÚMEROS CORRESPONDENDO A NOTAS MUSICAIS

Tentei utilizar nomes de notas para escrever alturas, mas lê-las e entoá-las ou encontrá-las em um instrumento, demandava muito cognitivamente a Bruno, mesmo se as notas musicais se tratasse de monossílabos simples. Evitei usar letras, pois já as utilizava representando acordes de violão e isto podia deixá-lo confuso.

Notei que a escaleta que lhe havia conseguido por doação possuía números em cada tecla e me lembrei do solfejo numérico, ou solfejo por graus adotado em algumas metodologias de musicalização. Como a leitura de números é mais fácil que a leitura de monossílabos, houve melhor aproveitamento da atividade. Utilizei, a princípio, o espaçamento entre os números para dar uma ideia intuitiva de tempo, depois passei a fazer o mesmo utilizando barras de compasso e, por fim, coloquei figuras rítmicas sobre os números.

Entre as melodias trabalhadas desta forma, estavam o tema de “Ode à alegria”, “Anunciação” e “*Another brick in the wall*” e ele conseguiu ler e reconhecer.

3.3.4 LEITURA RÍTMICA A DUAS VOZES ALTERNADAS

Na sétima sessão, após perceber que ele conseguia ler com facilidade as colcheias e semicolcheias, levei clichês simples para serem lidos em vozes alternadas, no agogô ou utilizando pedal de bumbo para percutir o pandeiro e uma baqueta no praticável, simulando levadas simples de bumbo e caixa, em uma bateria. Houve bom aproveitamento e vários clichês foram trabalhados.

3.3.5 LEITURA EM PAUTA ALTERNATIVA DE UMA LINHA

Em uma sessão, levei um instrumento que possuía três sinos de tamanhos diferentes em barra, com a afinação de um tom entre cada dois, como os três primeiros graus de uma escala maior. Escrevendo em pauta de uma linha, combinei com Bruno que abaixo da linha era a nota mais grave, a do meio era escrita na linha e a mais aguda era acima. Com a baqueta, ele percutiu o exercício que eu havia escrito, que utilizava figuras rítmicas de mínimas, semínimas e colcheias. Com algum esforço e algumas repetições, conseguiu fazê-lo.

3.3.6 LEITURA DE PARTITURA TRADICIONAL

Como havia alcançado êxito nas atividades anteriores, utilizei a pauta tradicional de cinco linhas para escrever melodias simples e, com um pouco mais de dificuldade, Bruno conseguiu fazê-lo. Além de exercícios que escrevi e algumas páginas de métodos de solfejo, trabalhei as melodias de “Brilha brilha estrelinha”, “*Stairway to heaven*”, “*Jingle bells*”, “*Top gun theme*” e “Asa branca” e ele tocou no xilofone, no *glockenspiel* ou na escaleta. O reconhecimento das melodias foi mais difícil aqui do que na atividade com escrita alternativa. Mas, com várias tentativas e repetições, desempenhou a tarefa.

4 DISCUSSÃO

Não é coincidência que uma pessoa com hemiplegia direita tenha significativas alterações na verbalização, pois as principais áreas da linguagem, bem como as áreas sensoriais e motoras dos membros do lado afetado localizam-se no hemisfério esquerdo, no qual o paciente teve maior comprometimento. O que é interessante é que, mesmo com um quadro crítico de afasia e alexia, há uma notável preservação de funções musicais rítmicas, melódicas e da compreensão de símbolos da cifra e da partitura tradicional.

Mostrando, na fala, melhor compreensão que execução, mas conseguindo falar algumas palavras isoladas, sequências (como notas musicais e dias da semana) e palavrões, Bruno aparenta ser um típico caso da afasia de Broca, tendo a área de Wernicke mais preservada.

Viviana Sanchez (2007, p. 179 e 180), baseando-se nas pesquisas de Isabelle Peretz, sistematiza os hemisférios implicados em algumas tarefas que envolvem a música, sendo o direito utilizado para a identificação de sons musicais, enquanto o esquerdo, mais afetado no paciente, se ocupa dos sons verbais. Além desta função, o hemisfério direito se encarrega de discriminar intensidade e timbre em sons isolados e, em pessoas que não possuem treinamento musical, discriminar sequências musicais familiares e inéditas. Já a leitura musical implica mais o hemisfério esquerdo.

A autora deixa claro que as intervenções musicoterapêuticas em reabilitação, segundo a Abordagem Plurimodal em Musicoterapia, se dá em dois níveis complementares: o cognitivo e o socioafetivo. Enquanto o nível socioemocional abarca as necessidades emocionais do paciente, que se encontra em uma nova situação, o nível cognitivo “abarca a estimulação das funções cognitivas cerebrais [...] partindo das capacidades conservadas e tendo em conta a importância da função musical e da relação com outras capacidades cognitivas” (Sanchez, 2007, p. 177).

O bom engajamento do paciente nas atividades, que embora muito lhe desafiem, trazem alguma conexão com seus *hobbies* e práticas agradáveis de sua adolescência, mostra uma boa predisposição emocional para a estimulação cognitiva que é feita, tendo as canções e o ritmo um papel fundamental no resgate de suas funções de linguagem.

As experiências recreativas, nas quais “o paciente aprende ou executa músicas vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo” (Bruscia, 2000 p. 126), principalmente em conjunto com a notação ou o acompanhamento rítmico, são potentes estimuladores de sua verbalização. Segundo Sanchez (2007, p. 189), “[...] É frequente observarmos alterações rítmicas do discurso em pacientes com afasias - isto é - lentidão, corte abrupto de frases, e alteração rítmica na cadência fonológica da linguagem. Todas essas funções são as que estamos ativando em uma produção rítmica”.

Já nas atividades de improvisação, em que “o paciente faz música tocando ou cantando, criando uma nova melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso” (Bruscia, p. 124), há uma estimulação por outra via, em uma atividade mais espontânea. Para Sanchez,

De um ponto de vista neurológico, ao improvisar, estamos estimulando o sistema executivo-motor em primeiro lugar, ou seja, a via de saída cerebral, produzindo uma ação. Dentro de uma produção musical encontramos conteúdos rítmicos, melódicos, timbrísticos, variações de intensidade e diferentes qualidades sonoras (Sanchez, 2007, p. 188).

Em particular, na improvisação melódica, “estamos utilizando a função espacial (hemisfério direito) já que a melodia produz relações espaciais tonais, o tímbrico, o textural e o harmônico também são relações musicais espaciais” (Sanchez, 2007, p. 189-190). E o hemisfério direito é o que está mais preservado, no paciente.

A musicalização terapêutica, apesar lançar mão de ferramentas de musicalização, constitui aqui uma ferramenta de terapia, pois imprimiu-se maior ênfase aos estímulos motor, cognitivo e emocional do que ao aprendizado acadêmico de música que vem a dar-se nas sessões.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma boa estruturação de atividades, visando maior potencial de respostas, se faz necessário o máximo conhecimento possível não só da área científica que permeia o caso e da música - nossa ferramenta de trabalho; mas também das características individuais do paciente. Tal esforço

torna possível, para além de seguir protocolos ou replicar atividades relatadas na literatura, adaptar nossas ferramentas em prol de um trabalho terapêutico mais direcionado e capaz de trazer maior engajamento do paciente.

Buscar novas vias para resgatar funções afetadas por danos cerebrais demanda uma constante busca por se reinventar e este trabalho desafiador não cabe apenas ao paciente, mas também ao terapeuta. Toda criatividade e busca por adaptação a uma forma diferente e nova de fazer algo antes rotineiro e ordinário, mas que se tornou desafiador, pode agir em prol dos objetivos clínicos. Estes objetivos, obviamente, são traçados dentro da possibilidade do quadro e, embora se reconheça o potencial para cada pequena mudança que ocorre no processo, cada pequeno passo dado no dia a dia, no sentido de uma melhor qualidade de vida, pode ser tomado como um momento especial.

Partindo-se das funções preservadas que o paciente apresenta e estimulando seu uso de maneira mais intensificada, pode-se chegar, segundo as teorias analisadas, ao resgate de algumas funções perdidas devido ao dano sofrido. E, junto às outras modalidades terapêuticas de reabilitação feitas pelo paciente, a musicoterapia se propõe a este fim. O bom engajamento do paciente e da família colabora para que se adquira uma melhor funcionalidade e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Barcellos, L. R. M. (1999). *Cadernos de musicoterapia, 4: Etapas do processo musicoterápico ou para uma metodologia de musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bruscia, K. E. (2000). *Definindo musicoterapia (2ª ed.)*. (M. V. F. Conde, Trad.). Rio de Janeiro: Enelivros. (Trabalho original publicado em 1998).
- Ferrari, K. (2007). In D. Schapira et al. (Eds.), *Musicoterapia: Abordaje Plurimodal* (pp. 177-195). Argentina: ADIM ediciones.

- Gazzaniga, M., Heatherton, T., & Halpern, D. (2018). *Ciência psicológica* (5ª ed.). (M. R. Ide, S. M. M. da Rosa, & S. I. de Oliveira, Trads.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2016).
- Lent, R. (Coord.). (2008). *Neurociência da mente e do comportamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Sacks, O. (2007). *Alucinações musicais: Relatos sobre a música e o cérebro*. (L. T. Motta, Trad.). Rio de Janeiro: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 2007).
- Sanchez, V. (2007). In D. Schapira et al. (Eds.), *Musicoterapia: Abordaje Plurimodal* (pp. 77-102). Argentina: ADIM ediciones.
- Silva, J. A., Galdino, M. K. C., Gadelha, M. J. N., Andrade, M. J. O., & Santos, N. A. (2013). Revisão sobre o processamento neuropsicológico dos atributos tonais da música no contexto ocidental. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (1), pp. 86-96.
- Tangarife, A. S. (2020a). In C. M. Costa (Ed.), *Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos rumos* (2ª ed., pp. 25-33). Rio de Janeiro: Editora AMTRJ.
- Tangarife, A. S. (2020b). Musicoterapia, deficiência intelectual e musicalização terapêutica: uma entrevista com Ana Sheila Tangarife [Entrevista concedida a B. Menezes et al.]. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, XXII(28), 71-88. A lista final de referências deve incluir somente as referências citadas no texto, sendo que estas devem estar de acordo com as normas da Revista Neurodiversidade, casos omissos podem se pautar no manual da APA: <https://apastyle.apa.org/about-apa-style>.
- Thurs, D. P., & Numbers, R. L. (2013). Science, pseudoscience, and science falsely so-called (pp. 121-144). na.

Alberto José Pereira de Souza

É musicoterapeuta graduado pelo Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário (CBM-CEU), com formação em Abordagem Plurimodal em musicoterapia (APM) níveis 1 e 2. Atua nas áreas de autismo, deficiência intelectual e reabilitação neurológica.