

# **Musicoterapia e Síndrome de West: um relato de caso**

*Daniel da Conceição Santana*

## **Resumo:**

O autor, inspirado e alimentado por uma prática ativa ao longo de um ano e meio de atendimento com uma criança com Síndrome de West, realizado na Clínica-Escola das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU, busca aprofundamento de conhecimentos nessa área para a realização do presente artigo, com o objetivo de divulgar não somente a Síndrome de West, mas a Musicoterapia como intervenção eficaz nesse tipo de tratamento. Neste artigo constam o histórico e definições da síndrome, a Musicoterapia como intervenção e um relato de caso ilustrando o processo musicoterapêutico realizado.

**Palavras-chave:** Síndrome de West; hipsarritmia; Musicoterapia.

## **Abstract:**

The author, inspired and nourished by an active practice along one and half year of care for a child with West syndrome, realized in the college-clinic of Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU, search for deepen the knowledge in this area to make this article, with the goal to disclose not just the West syndrome, but the Music Therapy as an effective intervention on this kind of treatment. There is in this article the historical and definitions about the syndrome, the music therapy as an intervention and a case study showing the music therapeutic process realized.

**Key Words:** West Syndrome; hypsarrhythmia; Music Therapy.

## **Introdução:**

A Síndrome de West é a principal síndrome epilética dos primeiros anos de vida. Observada pela primeira vez pelo doutor W. J. West em 1841, recebeu este nome em sua homenagem, gerando estudos diversos sobre as características, as causas e os tratamentos possíveis para a síndrome. O atendimento prestado na Clínica-Escola de Musicoterapia das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU, com um caso de uma menina de 5 anos de idade com a Síndrome de West, e a escassez de publicações de artigos sobre trabalhos musicoterapêuticos com crianças com a síndrome, despertaram o interesse do autor de realizar este trabalho. Através do atendimento desta paciente, foi possível observar as possibilidades de contribuição da Musicoterapia no tratamento e desenvolvimento da criança com Síndrome de West, estimulando desde a atenção e concentração até aspectos de relaxamento de tônus e facilitação da movimentação corporal. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo ampliar os conhecimentos sobre a síndrome e incentivar novas pesquisas e novos estudos da musicoterapia com esse público e ampliar a literatura na área.

## **Síndrome de West:**

A Síndrome de West é uma forma de epilepsia severa, composta pela tríade: espasmos infantis, um padrão de ondas cerebrais denominado hipsarritmia, que pode ser detectado através de um eletroencefalograma interictal (EEG), e retardo mental. Como descrito por Glauser (apud West, 1841), estes três elementos caracterizam a síndrome, embora o diagnóstico possa ser feito mesmo com a ausência de um desses elementos (de acordo com a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epiléticas). Por ser capaz de causar danos cerebrais expressivos conforme a idade, muitos pacientes com espasmos infantis possuem algum grau de atraso no desenvolvimento.

A origem do nome da síndrome é uma homenagem ao Dr. William James West, clínico geral inglês que em 1841 escreveu um artigo na revista *Lancet*, descrevendo um estudo feito sobre sintomas observados em seu próprio filho. O objetivo principal desse artigo era chamar a atenção de seus colegas médicos para uma espécie muito rara e singular de convulsão, peculiar em crianças.

Esta síndrome neurológica foi descrita pela primeira vez por Vasquez e Turner em 1949, para a sociedade Argentina de Pediatria, com dez casos de uma "nova síndrome" que apresentava crises nos lactantes, com alterações específicas no traçado eletroencefalográfico (EEG),

estando associadas à deterioração mental, as quais propuseram chamar Epilepsia em Flexão.

Em 1952, os autores Gibbs e Gibbs criaram o termo Hipsarritmia (hypos = altura e rhytmos = ritmo) para o registro EEG destes pacientes, o que passou a caracterizar a maioria das descrições desta síndrome. Portanto, trata-se de uma entidade eletroclínica caracterizada por espasmos quase sempre em flexão e por um traçado EEG típico denominado hipsarritmia ou disritmia maior lenta, que é um atraso psicomotor e pode variar do leve ao severo, dependendo da evolução do caso.

Segundo Fernandes (2005), a Síndrome de West pode ser dividida em dois grupos com relação à causa: o criptogênio (quando a causa é desconhecida) – o lactente é normal até o início dos espasmos, sem qualquer lesão cerebral detectável; e o grupo sintomático (de causa conhecida) – há prévio desenvolvimento neuropsicomotor anormal, alterações ao exame neurológico e/ou lesões cerebrais identificadas por exames de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc). Em 1991, foi proposta a hipótese da existência de uma forma idiopática, com evolução benigna no tratamento em curto prazo (Fernandes, 2001).

Além dessas três formas, há estudos sobre uma causa genética para a síndrome, que apresenta dois defeitos genéticos específicos para justificar a causa: o primeiro é uma alteração em uma pequena extensão do cromossomo X, contido no gene ARX; e a segunda é uma alteração na ciclina, dependendo da quinase, como na proteína 5 (CDKL5) e há apresentações fenotípicas similares para as mutações do gene ARX. Mas não foram encontradas informações conclusivas sobre esse tipo de causa (Glauser, 2014).

Os espasmos infantis causados pela síndrome não possuem uma causa única; surgem como resultado de muitas e diferentes condições. Algumas vezes ocorrem em bebês com desenvolvimento abaixo da média e em relação aos quais já se sabe que são possuidores de condições neurológicas que afetam o desenvolvimento do cérebro.

Como esclarece Pacheco (2013), “cl clinicamente existem três características distintas (tríade de sinais clínicos): crises convulsivas do tipo espasmos normalmente em flexão, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e padrão eletroencefalográfico do tipo hipsarritmia”. Devido a frequência e quantidade de crises do paciente portador da Síndrome de West, há um retardo mental em seu desenvolvimento e um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, alterações essas que

dependem das condições prévias do sistema nervoso central do paciente antes do surgimento da crise.

Embora os meninos sejam levemente mais afetados pela síndrome do que as meninas, não há uma diferença significativa entre os gêneros. Cerca de 90% dos casos de Síndrome de West se iniciam antes de completarem um ano de idade. O pico de aparecimento geralmente ocorre entre 4 e 6 meses (Glauser, 2014).

O prognóstico a longo prazo para pacientes com Síndrome de West é ainda pouco eficiente e está diretamente relacionado à etiologia da doença. Crianças com Síndrome de West idiopática têm um diagnóstico melhor do que crianças com a síndrome sintomática. Apenas 14% das crianças com Síndrome de West sintomática têm um desenvolvimento cognitivo normal ou próximo do normal, comparado com um volume de 25 a 50% em crianças com Síndrome de West idiopática. O retardo mental é severo em 70% dos pacientes, frequentemente acompanhado por problemas psiquiátricos, como traços de autismo ou hiperatividade (Glauser, 2014).

Raramente os espasmos persistem na vida adulta. De 50 a 70% dos pacientes desenvolveram outros tipos de crises; dentre esses de 18 a 50% de casos que desenvolvem a Síndrome Lennox-Gestaut ou algum outro tipo de epilepsia generalizada.

Os objetivos principais do tratamento para crianças com Síndrome de West são: promover uma melhor qualidade de vida (com um menor número de apreensão), o menor número de efeitos adversos no tratamento e um baixo número de medicamentos recomendados.

Além do tratamento medicamentoso, a dieta cetogênica tem sido utilizada no tratamento terapêutico da síndrome. Descrita por Ramos (2001) como uma dieta especial que induz o organismo humano a produzir uma modificação química, resultando em cetose crônica que mostra um efeito antiepilético capaz de reverter o cérebro a formas mais primitivas do metabolismo, sendo mais eficaz em crianças do que em adultos.

A Fisioterapia e/ou Musicoterapia, são estratégias eficientes para o tratamento desse público, pois podem ser utilizadas para auxiliar no processo de tratamento da síndrome e desenvolvimento da criança. Em casos mais graves a criança pode ser encaminhada para a cirurgia, buscando um melhor controle nas crises epiléticas.

Infelizmente, nenhum tratamento médico isolado dá alívio satisfatório para todas as crianças com Síndrome de West, sendo

necessária a avaliação e prescrição de tratamentos complementares, tendo como recomendação o acompanhamento e equipes multidisciplinares.

A partir desses dados e do atendimento prestado na clínica foi desenvolvido esse trabalho para melhor compreender as limitações e possibilidades de trabalho com pacientes com a Síndrome de West e os benefícios que podem ser adquiridos com o trabalho musicoterapêutico.

### **Musicoterapia e Síndrome de West:**

Segundo Benenzon (1988, 11), a Musicoterapia é

o campo da medicina que estuda o complexo som-ser humano-som, para utilizar o movimento, o som e a música, com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade.

A partir dos elementos musicais básicos (ritmo, melodia e harmonia) e da identidade sonora do paciente, descrito por Araujo (2011, s.p.) como “os elementos e arquétipos sonoros e/ou musicais que vão se estabelecendo em um ser humano desde o momento intra-uterino até a idade avançada”, o musicoterapeuta desenvolve as estratégias necessárias para o tratamento musicoterapêutico, visando auxiliar no desenvolvimento neuro-psico-motor do paciente portador da Síndrome de West, promovendo assim uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

Como descreve Ikuta (2009, p. 96),

A Musicoterapia na reabilitação envolve a utilização das experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas para ajudar os clientes que foram debilitados por doenças, lesões ou traumas a readquirirem os níveis anteriores de funcionamento ou possível adaptação.

Atualmente o estudo dos efeitos da música no sistema nervoso tem gerado pesquisas que buscam entender como funciona o estímulo sonoro no cérebro humano. Sabe-se que ao receber um estímulo musical, inúmeras áreas do cérebro são acionadas, gerando sinapses que ativam áreas de memória, associação, imaginação e análise da estrutura sonoro-musical, como o estilo musical, o andamento apresentado (rápido/lento), os timbres dos instrumentos utilizados, além de inúmeras outras questões (Jourdan, 1997; Leining, 2009).

Esses estímulos musicais influenciam, a partir do sistema nervoso central (SNC), todo o funcionamento do corpo humano. No sistema endócrino, por exemplo, de acordo com a identificação do ouvinte com a música – gostar ou não gostar – e do andamento da música tocada – rápida, mediana, lenta – são liberados hormônios para intensificar o que está sendo experimentado, como a adrenalina, em casos de experiências sonoras que geram tensão e agitação; ou a dopamina para experiências prazerosas. O mesmo ocorre com o sistema cardiovascular e respiratório, que se adaptam ao ritmo da música tocada e influenciam no funcionamento de todo o organismo; além da influência musical no sistema digestório, na condução elétrica corporal e na energia muscular, que tende a aumentar sob a influência de músicas agitadas e a diminuir com músicas mais lentas (Leining, 2009).

Todas essas influências musicais afetam o corpo de forma direta (através da vibração) e indireta (em conceitos psicoemocionais, como preferências musicais ou lembranças evocadas), e são ferramentas essenciais para o trabalho da Musicoterapia na promoção da saúde do indivíduo (Jourdan, 1997).

Para que as estratégias de trabalho com os pacientes possam ser definidas e esses benefícios potencializados sejam realmente alcançados, é necessária a organização e planejamento das sessões. Ikuta (2009) apresenta uma concisa descrição sobre os passos necessários para essa organização:

A metodologia na prática clínica musicoterapêutica [...] compreende três partes essenciais, sendo a primeira de caráter diagnóstico; a segunda parte tem caráter terapêutico, ou seja, nas sessões de musicoterapia nas quais o paciente e o musicoterapeuta trabalham ativamente; e a terceira parte que envolve o processo de alta, a avaliação frente aos objetivos propostos.

Em um contexto interativo, as experiências re-criativas auxiliam no desenvolvimento de comportamentos e habilidades específicas, assim como a interação e socialização do paciente, através de uma releitura na execução de um modelo musical já existente. Da mesma forma, a improvisação livre pode proporcionar a criação de canais de comunicação não verbal e uma ponte para a comunicação verbal, dar sentido à expressão e à formação de identidade, desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e capacidade lúdica,

desenvolver os sentidos e desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas através da produção sonoro-musical livre (Bruscia, 2000).

É importante observar como essa produção musical será realizada, pois uma produção sonora ativa pode frustrar os pacientes com deficiência neurológica, grave prejuízo do planejamento motor (apraxia ou afasia) ou prejuízo de coordenação motora. Deve-se evitar que o movimento realizado pelo paciente se converta em um movimento automático; a criança deve tomar consciência de sua imagem mental através do movimento, o que pode ser feito com o reforço do som produzido através do auxílio do musicoterapeuta na produção sonora, duplicação do som produzido em um instrumento semelhante ou verbalização da ação realizada. (Santana, 2009).

No contexto receptivo, uma audição pode promover o relaxamento, estimular os sentidos, melhorar a escuta perceptiva, a integração auditiva com as outras modalidades sensoriais, evocar respostas comportamentais específicas, organizar ritmicamente comportamentos motores do paciente, servir de estratégia de mediação no aprendizado ou na memorização de informações, auxiliar a compreensão ou apreciação musical, promover a associação livre por meios verbais ou não verbais. (Bruscia, 2000; Santana, 2009).

Caso haja distúrbios relacionados na área auditiva, outros sistemas capazes de perceber o som são utilizados: o sistema de percepção interna, o sistema tátil e o sistema visual, sendo o sensorio-tátil o mais importante (Santana, 2009).

Como ressalta Miranda (2012, p. 86):

A música tem a habilidade de chegar aos centros cerebrais sem a necessidade de uma contribuição significativa do córtex cerebral. Isto é importante no caso de pacientes com Síndrome de West, pois ainda que seu cérebro esteja debilitado, a música é percebida pelo mesmo; a música é “sentida” pela criança e, como resposta, ela pode reforçar suas vias de comunicação (verbal ou não verbal) e de expressão com o exterior.

Em seu trabalho, "Musicoterapia aplicada al Síndrome de West un caso práctico", Miranda (2012) apresenta parte do trabalho desenvolvido na Fundación de Síndrome West. Esta foi criada em dezembro de 2013, na cidade de Villanueva del Pardillo em Madrid, por Miguel Barbero e Nuria Pombo, pais de uma criança com a Síndrome de West. Com o objetivo de proporcionar ajuda física, econômica e bem

estar aos enfermos e suas famílias, assim como contribuir com a difusão da Síndrome de West mediante a atividades de caráter tanto lúdico quanto científico e acadêmico, a fundação oferece sessões terapêuticas multidisciplinares e discussões científicas, sendo protagonista de quatro congressos internacionais.

O relato de caso apresentado em seu trabalho, descreve o utilizado com a paciente AP, , uma menina de 10 anos que foi diagnosticada com Síndrome de West do tipo criptogênica já nas primeiras semanas de vida. Nasceu com os nervos ópticos atrofiados, o que lhe causou cegueira, mas desde cedo teve o apoio e o empenho de seus pais para estimulá-la e ajudar a superar suas limitações, em que, dentre aos tratamentos recebidos, foi medicada com hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e recebe o tratamento musicoterapêutico desde os 4 anos de idade.

Sobre as atividades utilizadas no relato, a principal foi o diálogo musical a partir de improvisação musical/vocal, quando se propunha um estímulo musical, muitas vezes a partir de alguma ação ou resposta de AP transformada em canção para que ela pudesse completar as frases das canções e interagir com as terapeutas, dizendo o nome dos instrumentos tocados ou repetindo a descrição de suas ações, o que seria repetido na sessão seguinte, como reforço da palavra. Dessa forma, foram trabalhados contextos que estimularam a memória, a linguagem, as gnosias, as praxias, a atenção e a concentração na área cognitiva; interação e comunicação na área emocional; e coordenação motora, estímulo e incentivo a explorar novos movimentos na área de desenvolvimento físico-motriz de AP.

### **Relato de caso:**

Paciente L., sexo feminino, nascida em 13/05/2008, diagnosticada com Síndrome de West no primeiro ano de vida. Filha de uma moradora de rua e usuária de crack. Foi adotada aos 4 meses de idade e internada em função de bronquiopneumonia por 5 dias nos primeiros meses de vida. Ao buscar o tratamento musicoterapêutico, recebia acompanhamento neuropediátrico e nutricional, além de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Segundo informações da mãe, L. costuma ser uma criança tranquila, brinca bastante em casa, é bem observadora e costuma cantar bastante. Apesar das limitações apresentadas por causa da síndrome, é muito estimulada pela família e por isso tem um ótimo convívio familiar e é bastante participativa. Mantém suas rotinas de acordo com os horários marcados, sempre



conduzida pela mãe. Não demonstra preferências musicais específicas, mas costuma estar na presença constante de desenhos e músicas infantis. Seu ambiente sonoro contém músicas religiosas que a mãe costuma ouvir, sons de animais, sons e músicas de desenhos que costuma assistir, vozes, sons de atividades domésticas.

L. foi atendida na Clínica-escola de Musicoterapia da FMU no período de agosto de 2013 a novembro de 2014, totalizando 28 sessões, tendo como objetivo principal auxiliar no desenvolvimento cognitivo, motor, expressão corporal e comunicação, além de promover uma melhor qualidade de vida e uma melhor interação com seu meio social. Nesse processo foram trabalhadas atividades lúdicas sonoro-musicais para estimular autonomia e expressão motora, estimular a consciência corporal, expressão corporal e não verbal, auxiliar no desenvolvimento psicomotor, consciência espacial e facilitar a comunicação.

No início do processo, a paciente parecia apática ao apresentarmos os estímulos sonoros, olhando para o teto, parede ou qualquer outro local, além de ranger os dentes constantemente. Apresentava respostas leves e discretas aos estímulos, com pouca interação sonora e gestual; no entanto mantinha um olhar atento e constante nos instrumentos tocados nas intervenções sonoras e eventualmente na direção dos estagiários. Ao longo das sessões foram trabalhados estímulos táteis, no sentido de aproximar e facilitar o contato de L. com os instrumentos disponíveis no setting, auxiliando-a a segurar e tocá-los, sempre acompanhada por um fundo musical ou composições que descreviam o que era feito ou estimular alguma ação, como retirá-la de sua cadeira para sentá-la em um *puff*, facilitando assim a interação com os instrumentos. Com as atividades propostas, L. passou a ter maior interesse nas atividades e estímulos apresentados pelos estagiários, vocalizando com maior frequência e sincronia musical com os estagiários, ao vocalizar e apresentar uma expressão sonora junto com eles, fixando o olhar nos instrumentos, acompanhando-os com o olhar quando deslocados de seu espaço inicial, além de gesticular, demonstrando interesse em pegar alguns dos instrumentos apresentados.

No início, L. acompanhava visualmente bem os estímulos sonoros, mas tinha pouca interação e contato com os estagiários, permanecendo aparentemente em seu mundo interior. Com o desenvolvimento das sessões no primeiro semestre de atendimento, L. começou a fixar melhor o olhar não apenas nos instrumentos, mas também nos estagiários, e começou a vocalizar mais e em sincronia com as canções apresentadas e aos poucos passou a segurar e a tocar os

instrumentos oferecidos junto com os estagiários, em especial o carrilhão de chaves que foi o principal instrumento utilizado.

Durante o segundo semestre foram trabalhadas principalmente com técnicas receptivas e de relaxamento com L., de modo a facilitar a interação e direcionar sua atenção para as atividades propostas em setting. Foi transferida do *puff* para o colchonete, pois foi observado que a paciente não parecia muito confortável, aparentemente sem o apoio necessário e com a mobilidade limitada para interagir com os instrumentos. No colchonete sentava-se com o apoio de um objeto terapêutico produzido na Clínica-escola de Musicoterapia – uma calça jeans preenchida com espuma e costurada, que passou a apoiar as costas de L., facilitando assim a adequação de sua postura e mobilidade. Já na primeira sessão desse segundo semestre foi possível perceber que L. passou a ter uma maior atenção a estímulos visuais, tais como o carrilhão de chaves, os estagiários ou as garrafas do banho sonoro (garrafas pet preenchidas com pequenos objetos como: miçangas ou pedras de aquário e, posteriormente torcidas e preenchidas com água, criando assim uma sonoridade que costuma evocar situações regressivas de proteção, segurança e contenção como quando se está em uma fase intra-ulterina (Benenson, 1998)). Estas garrafas eram suavemente agitadas próximas ao corpo da paciente, em toda a sua extensão com o objetivo de promover esta situação citada a cima e relaxamento. No decorrer do processo foi observado que a paciente reduziu o ranger de dentes e foi possível observar com mais clareza o movimento de flexão do seu corpo, inclinado para baixo e deitando-se sobre suas pernas, o que não era claramente observado no semestre anterior. Foi inserida uma massagem no início da sessão, de modo a relaxá-la corporalmente e voltar sua atenção para o que seria desenvolvido na sequência. Durante a massagem, era feito um acompanhamento musical tocado no violão e a verbalização de qual parte do corpo era estimulada, buscando tornar cada vez mais consciente esse toque. Também foi iniciada a contação de histórias na sessão, buscando trazer algum contexto próximo à realidade de L., como o uso de personagens animais e contato com a natureza; estas eram acompanhadas por canções e efeitos sonoros ou melodias próximas ao contexto da história.

Quanto à exploração musical, a cada sessão era apresentado um novo estímulo sonoro e um instrumento diferente a L., com o objetivo de estimulá-la a interagir com a música e com o instrumento apresentado. O carrilhão de chaves foi o instrumento que apresentou mais resultados, reforçando o que foi observado no semestre anterior, pois L. começou a

segurar e sacudi-lo; num primeiro momento foi questionado se seriam espasmos ou movimentos voluntários, mas nas sessões seguintes foi possível observar que os movimentos feitos ao segurar o carrilhão de chaves possuíam uma fluidez e uma postura que demonstravam intenção no movimento realizado. Além de tocá-lo, L. também passou a sorrir enquanto interagia com o instrumento. Como acompanhamento, eram tocadas músicas com uma estrutura mais elaborada, buscando manter uma base bem organizada e que estimulasse L. de forma lúdica e progressiva, de acordo com a proposta para cada sessão.

No terceiro semestre de atendimento, houve uma troca na equipe, pois uma das estagiárias deixou o caso por ter se formado no curso, e por isso foi substituída por outra, também do sexo feminino, mantendo um par terapêutico para favorecer a transferência das figuras parentais. Com essa mudança, os primeiros atendimentos focaram na criação de vínculo com a nova estagiária e novas testificações foram realizadas. Ao longo do semestre houve continuidade nos trabalhos de relaxamento corporal e estimulação tátil através da massagem corporal e facilitação do contato com os instrumentos, que eram aproximados de L. e/ou encostados em seu corpo para que a forma e a textura dos instrumentos a sensibilizassem. Foram trabalhados: estímulos sensorio-motores utilizando experiências de improvisação, composição, recriação e experiências receptivas (Bruscia, 2000) através de composições de canções, paródias e recriações de canções, proporcionando a L. experiências com som, cor, formas e texturas diversas. Também deu-se sequência à contação e a musicalização de histórias, a fim de estimular a imaginação de L. e propor um novo cenário mesclando elementos de seu cotidiano e a fantasia lúdica das histórias cantadas.

Em todas as sessões, durante as atividades de relaxamento corporal L. era retirada de sua cadeira e deitada no colchonete com a peça de jeans apoiada em suas costas, da mesma forma como acontecia no semestre anterior, mas ao iniciar a contação de histórias e outros estímulos motores, L. era estimulada a explorar o setting como um todo, caminhando com o auxílio dos estagiários, que a apoiavam nessa exploração, ou em sua cadeira de rodas, quando identificada essa necessidade. Na contação de histórias, cada instrumento ou objeto representava um personagem específico, e com o auxílio dos estagiários L. era estimulada a interagir e tocar os instrumentos. Através dessas atividades foi possível observar uma maior abertura de canais de comunicação, criação e fortalecimento de vínculo, contato visual cada vez mais firme e constante, aparente melhoria na disposição para

participar das atividades, além de manter a atenção nos instrumentos, objetos e estagiários, como em vários momentos com movimentos voluntários observados de forma clara e maior frequência de sorrisos em setting.

### **Resultados Obtidos:**

Ao longo das sessões foi possível observar a importância da testificação e identificação dos objetos intermediários no setting para viabilizar a abertura de canais de comunicação entre terapeutas-estagiários e paciente, otimizando assim o trabalho terapêutico. Como esclarece Benenson (1988, p. 47), “o objeto intermediário é um instrumento de comunicação capaz de criar canais de comunicação extrapsíquicos ou de fluidificar aqueles que se encontram rígidos ou estereotipados”. Com L., o objeto intermediário foi o carrilhão de chaves, identificado através de um contato visual firme e constante da paciente com o instrumento, aparentando aceitação tátil maior do que com outros instrumentos, pois esse era colocado em suas mãos e braços para auxiliar em sua percepção.

L. costumava sacudir as mãos de modo aleatório, balançar e flexionar o corpo para frente ou segurar as pernas e pés. Com a utilização do carrilhão de chaves como objeto intermediário, começou a focar mais sua atenção para o que acontecia no setting, olhando diretamente para o instrumento enquanto o segurava e o balançava – primeiramente segurava algumas chaves e aos poucos começou a balançar a mão que segurava o instrumento. No início, o carrilhão era segurado apenas pela mão direita, e através dos estímulos apresentados, L. também passou a segurá-lo com a mão esquerda, apesar de ter um movimento mais reduzido e limitado. A confirmação de que os movimentos feitos ao segurar o carrilhão tratavam-se de movimentos voluntários surgiu com a observação da cadência rítmica de L. ao manejá-lo. Ao começar a segurar e balançar as chaves, L. sacudia a mão sem uma cadência constante, frequentemente acelerando e intensificando o movimento de forma intercalada e aleatória. Aos poucos, essa aceleração e intensidade foram reduzindo e o movimento tornou-se mais fluido e equilibrado e o movimento com as mãos passou a equilibra-se mesmo sem os instrumentos, pois em determinados momentos das sessões, L. sacudia suas mãos perto do rosto, algumas vezes vocalizando enquanto sacudia as mãos e as olhava.

O uso do carrilhão como instrumento intermediário auxiliou no trabalho terapêutico direcionando a atenção de L. ao instrumento; a postura, para melhor alcançar e tocar o carrilhão; e a movimentação

corporal, expandindo o movimento dos braços, cabeça e reduzindo as flexões sobre as pernas dentro do setting.

Outra questão importante foi a presença feminina dentro do setting, que parecia proporcionar a L. uma maior segurança ao se expressar. No primeiro ano de atendimento com a primeira estagiária, o contato visual e as interações ocorriam com mais frequência em direção à estagiária, e menos para o estagiário. Com a troca das estagiárias, diversas atividades e intervenções foram ressignificadas e aprimoradas, aderindo ao perfil da nova estagiária sem impactar na estrutura utilizada nas sessões.

Uma alteração importante foi a inserção de contação de histórias com o acompanhamento musical, geralmente feito com o violão. A inserção dessa dinâmica ampliou a atenção e interação de L. com os demais instrumentos dispostos no setting. No início, cada instrumento era levado à paciente para que fosse percebido através do contato visual e tátil. Da mesma forma como ocorreu com o carrilhão, a cada instrumento apresentado, o olhar de L. se fixava por um determinado momento e, ao lhe apresentar os sons e aproximá-lo de suas mãos para que os sentisse e os tocasse, gradativamente o movimento de tocar no instrumento começou a partir diretamente de L. Com o andamento das sessões e contação de histórias, a paciente era estimulada a explorar o setting, apoiada na estagiária que contava as histórias, ressignificando os instrumentos que se tornavam os personagens, enquanto o estagiário tocava o acompanhamento ao violão, geralmente improvisando este acompanhamento.

Foi observado que, quando na sessão estava apenas um dos estagiários, as interações de L. reduziam significativamente. Isso se dava pela redução de fluidez e mobilidade entre a paciente e os instrumentos e pela falta de acompanhamento musical, que era feito ao vivo e acompanhando o ritmo da sessão e a história contada, também complementada de acordo com as respostas de L.

### **Considerações finais:**

O trabalho musicoterapêutico com L. apresentou resultado positivo em seu desenvolvimento, contribuindo para sua atenção, postura, movimentação e expressão corporal, além de estimular a percepção visual e tátil dos elementos do setting e proporcionar relaxamento e bem estar.

De modo geral, é possível dizer que a contação de histórias com o acompanhamento musical ampliou a variedade de estímulos, e essa maior variedade proporcionou a L. melhor foco e atenção. A exploração dos

instrumentos e do espaço do setting facilitaram a melhora da postura, amplitude de movimento intencional e expressão corporal da paciente.

Durante o processo descrito acima, houve a confirmação por parte da mãe, que L. era acompanhada terapeuticamente por outras especialidades, e infelizmente não houve uma comunicação direta entre as áreas, para um melhor estudo e elaboração de estratégias conjuntas em prol do desenvolvimento de L. Esse dado alerta para a importância de um trabalho multidisciplinar com uma comunicação ativa, sempre que for possível, com o intuito de melhor compreender a pessoa com quem se trabalha, oferecendo-lhe melhores condições de vida. E possivelmente por meio dessas trocas entre áreas, seja possível criar protocolos de avaliação mais adequados para verificação dos reais efeitos causados pela atuação da Musicoterapia.

Contudo, é possível relatar que a Musicoterapia desempenhou um papel importante no tratamento e desenvolvimento da paciente. Para esse processo, foi de total importância uma pesquisa aprofundada sobre a síndrome, suas características, tratamentos e trabalhos anteriores, a fim de buscar referências sobre possíveis intervenções.

O autor acredita que este artigo possa ser um ponto de partida para outros estudos dessa síndrome na clínica musicoterapêutica.

## Referências:

- ARAUJO, D. C. S. *A Utilização do Princípio de ISO em Musicoterapia*. Disponível em: <<http://professordarcyaraujo.blogspot.com.br/2011/04/utilizacao-do-principio-do-iso-em.html>> Acessado em 24/09/2014.
- BARANOW, A. L. von. *Musicoterapia: uma visão geral*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
- BARCELLOS, L. R. M. *Cadernos de Musicoterapia 4: Etapas do processo musicoterápico ou para uma metodologia de musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
- BENENZON, R. O. *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.
- \_\_\_\_\_. *Teoria da Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1988.
- \_\_\_\_\_. *La nueva musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Musicoterapia: De la teoria a lapáctica*. Barcelona: PaidósIberica, 2002.
- BRUSCIA, K. E. *Definindo Musicoterapia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CERELLO, A. C. O que são Neurofibromatoses NF Tipo 1 - *Manual para pacientes, familiares e profissionais da área da saúde*. Centro de Referência em Neurofibromatoses, UFMG. 2008. Disponível em: <[http://www.amanf.org.br/NF1\\_pacientes\\_Maio2008.pdf](http://www.amanf.org.br/NF1_pacientes_Maio2008.pdf)> Acessado em: 27/06/2014
- COSTE, J.C. *A Psicomotricidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- ELING, P. et al. The mystery of the Doctor's son, or the riddle of West syndrome. *NIHPA Author Manuscripts*. 2002 Março 26; 58(6)953. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093242/>> Acessado em: 07/10/2014
- FERNANDES, P. V. *Síndrome de West*. 2001. Disponível em: <<http://interfisio.com.br/?artigo&ID=49&url=Sindrome-de-West>> Acessado em: 19/03/2015.
- FISCH, A. M. OLIVEIRA, C. FERNANDES, I. *Contribuição ao Estudo da Hipsarritmia*. Arq. Neuro-Psiquiat. Vol. 24, n. 1 São Paulo Março 1966. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/anp/v24n1/04.pdf>> Acessado em: 07/10/2014

- GIBBS, F. A.; GIBBS, E. L. *Atlas of Electroencefalography*. Massachusetts: Addison Wesley, 1952.
- GLAUSTER, T. A.; KAO, A. *Infantile Spasm (West Syndrome)*. 21 de junho de 2012. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/1176431-overview>> Acessado em: 07/10/2014
- GOMES, M. D. C.; GARZON, E.; SAKAMOTO, A. C. Os 50 Anos de Uso do Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH) no Tratamento da Síndrome de West: Revisão de Literatura e Protocolo da UNIFESP. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology* 2008; 14(1):27-32. Disponível em:
- < <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v14n1/a07v14n1.pdf>>. Acessado em: 07/10/2014
- GOMEZ, A. M. *Musica y Neurologia*. Neurología2007;22(1):39-45. Disponível em: <<http://www.jbyg.com/descarga/neurologia.pdf>> Acessado em: 24/09/2014.
- LEINIG, C. E. *A Música e a Ciência se Encontram: Um Estudo Integrado entre a Música, a Ciência e a Musicoterapia*. Curitiba: Juruá, 2009.
- NASCIMENTO, M.; IKUTA, C. Y.; SANT'ANA, J. M. G. *Musicoterapia e a Reabilitação do Paciente Neurológico*. São Paulo: Memnon, 2009.
- OCTAVIANO, C. Os efeitos da música no cérebro humano. *ComCiência* n.116 Campinas 2010. Disponível em: <[http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-76542010000200005&lng=pt&nrm=iso](http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542010000200005&lng=pt&nrm=iso)> Acessado em: 24/09/2014.
- PACHECO, R. *Síndrome de West e a Fisioterapia*. Portal da Educação, 2013. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/42686>> Acessado em: 07/10/2014
- RAMOS, A. M. F. *Eficácia da Dieta Cetogênica no Tratamento da Epilepsia Refratária em Crianças e em Adolescentes*. Escola Paulista de Medicina – Unifesp Rev. Neurociências 9(3): 127-131, 2001. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009>



%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-7.pdf>. Acessado em: 07/10/2014.

- SÍNDROME DE WEST. Disponível em: <[http://www.ceivi.org.br/?url=sindrome\\_west](http://www.ceivi.org.br/?url=sindrome_west)> Acessado em: 07/10/2014.
- WEST, W. J. On a peculiar form of infantile convulsions. *Lancet*. 1841; 1:724–725.