

***SISTEMA SENSORIO-MOTOR ORAL:
A TÉCNICA NO CENTRO DA QUESTÃO****

*Eloisa Tavares de Lacerda***

Tem sido um exercício costumeiro em minha vida profissional refletir sobre temas relacionados com o Sistema Sensorio Motor Oral, ou SSMO. O assunto parece tão interessante e instigante que justifica a produção de uma Comunicação para esta revista, tanto do ponto de vista da técnica, quanto ao considerar o SSMO como objeto da fonoaudiologia.

Duas décadas de clínica fonoaudiológica, e quase outro tanto de atividades acadêmicas envolvidas com essas questões permitem uma base de observação

* As idéias aqui contidas foram, inicialmente, explanadas por mim no Seminário Voz e SSMO – A Questão dos Objetos, do Programa de Estudos Pós-graduados em Distúrbios da Comunicação da PUC-SP, em 1997. Nesta Comunicação, estas considerações estão expostas de uma forma mais aprofundada, e é isso que, a meu ver, justifica sua publicação nesta revista.

** Fonoaudióloga, mestre em Distúrbios da Comunicação e professora PUC-SP.

qualificada sobre o assunto e abrem também a necessidade de uma pequena introdução. É importante deixar claro, antes de mais nada, que vou me ater ao trabalho com SSMO.

Um primeiro fato que se evidenciava, já no início de minha carreira de docente, na PUC-SP, era que a visão predominante entre fonoaudiólogos e pesquisadores tratava o trabalho com os Órgãos Fono-Artiluatórios (OFA) – a nomenclatura de então – de forma fragmentada. Ao longo desse percurso, acredito ter contribuído para mudar parcialmente essa visão, ao difundir uma outra maneira de encarar a técnica, e é disso que vou tratar aqui. Essa contribuição obteve reconhecimento mediante convites para falar sobre o tema nos grupos de Supervisão da disciplina Fonoaudiologia I e II. Despertou também o interesse de professores de disciplinas com conteúdo mais teórico, o que resultou na apresentação de palestras sobre o tratamento fonoaudiológico relacionado com os OFA.

Sempre que ocorreram essas oportunidades procurei deixar claro que o pressuposto para falar sobre terapia era falar, primeiro, sobre avaliação. Recusava-me a falar sobre o trabalho pela metade, ou seja, abordar apenas o segundo momento, da terapia propriamente dita. Desta forma, acreditava estar adotando uma postura clínica diferente, enfatizando a importância do que procuramos englobar com a expressão SSMO e não OFA.

Naquela época, vale retomar, o trabalho de OFA gerava descontentamento entre fonoaudiólogos, principalmente dentro da PUC-SP. Era considerado por muitos professores como algo “menor” dentro da Fonoaudiologia. Com frequência, era designado como “feijão com arroz”, querendo isso significar algo muito simples e sem mistério. Sustentava, então, posição contrária a esse ponto de vista, defendendo a idéia de que uma pessoa com problemas de SSMO, não era uma “boca ambulante”. Acreditava que caberia, pelo menos, dar algum sentido àquilo que, aparentemente, é da ordem do orgânico somente, mas que faz marca naquele sujeito.

Sempre entendi esse trabalho específico como algo exigente e que requeria do fonoaudiólogo consistência teórica para colocar sua prática em movimento.

Pensar assim me fez ingressar na formação do Enfoque Bobath de Tratamento Neuroevolutivo, exatamente seis meses após ter concluído o Curso de Fonoaudiologia. Ao longo desses anos, vim também fazendo reciclagens dentro do Enfoque Bobath.

Gostaria de explicitar aqui que pretendo me ater, neste texto, a esse fazer que é específico, não colocando em cena o fazer fonoaudiológico, que é da ordem da linguagem e que me fez buscar o Programa de Estudos Pós-graduados em Distúrbios da Comunicação e, mais adiante, vários textos e interlocutores que me dessem a possibilidade de mergulhar na Linguagem que é delegada aos fonoaudiólogos.

Minhas primeiras atividades na área aconteceram com o atendimento de pessoas com problemas motores, com algum tipo de comprometimento de seu Sistema Nervoso Central. Somente mais tarde passaria a atender, também, pacientes que não apresentavam problemas de origem neurológica.

Incluir noções do Conceito Bobath de tratamento foi fundamental já que, ali, tem-se uma visão global do desenvolvimento nos seus vários aspectos, principalmente no sensório-motor. Essa visão global estende-se desde o nascimento até as últimas aquisições básicas de postura, de movimento e, especificamente, das funções orais, como, por exemplo, as de alimentação. Segundo o Enfoque Bobath, acredita-se que, quando a postura global é modificada, de acordo com a necessidade de cada paciente, isso garante mudanças na sua região oral. O Enfoque Bobath fez com que se criasse a necessidade de enveredar em estudos do desenvolvimento dito normal e também no reconhecido como patológico. O que foi importante em nossa formação e, principalmente, na atuação voltada para o SSMO.

O resultado desses estudos foi nortear este trabalho específico, levando em consideração, não só os padrões globais de postura e movimento dos pacientes, mas também o padrão de amadurecimento no nível de funcionamento dos seus órgãos fono-articulatórios. Esse percurso me conduziu ao ponto atual em que me situo como uma terapeuta fonoaudióloga, que privilegia o desenvolvimento sensório-motor e o padrão maturacional de funcionamento de um indivíduo, em relação aos seus OFA.

Cabe aqui uma breve explanação sobre aquilo que estou considerando como *função* e que faz com dos órgãos fono-articulatórios algo que cria a possibilidade de pensar esse atendimento fonoaudiológico assumindo o estatuto de “funcionalidade de um sistema”, o SSMO e, não mais, o de treino articulatório dos OFA. Ou seja, avaliar e analisar os dados dessa avaliação é pensar esse SSMO como unidade e, não mais como órgãos isolados. Além disso, a noção de funcionalidade engloba tanto possibilidades internas (mental, psicológica, consciente, inconsciente e expressões do gênero) quanto possibilidades externas (advindas das atividades interacionais e da linguagem). A noção faz com que esse trabalho, como qualquer outro dentro da Fonoaudiologia, adquira a singularidade deste ou daquele sujeito no seu processo de desenvolvimento.

É preciso dizer que o Método Bobath veio sofrendo modificações ao longo dos anos e que é compreendido, atualmente, de uma forma mais abrangente do que a compreensão permitida pela Neurologia e pela Neurofisiologia. Hoje é visto mais como um enfoque de tratamento, conhecido como Conceito ou Enfoque N.D.T. – Neuro-Developmental Treatment (Tratamento Neuroevolutivo). Não é que a neurologia e a neurofisiologia tenham mudado, o que mudou foi a forma de se interpretar os dados, quer dizer, o modo de se entender as dificuldades motoras. Atualmente, ela está mais calcada na Biomecânica e na Cinesiologia – visões essas mais voltadas para a aprendizagem motora e para a modificação de hábitos de comportamentos motores do que para o aspecto neurológico, como uma seqüência evolutiva de desenvolvimento, em que uma determinada etapa possibilita a próxima e assim por diante... Ou seja, priorizando-se mais a qualidade do movimento que irá levar a uma função mais adequada, do que priorizando isoladamente o tônus muscular ou, ainda, os reflexos patológicos.

Um aspecto fundamental a esclarecer é o sentido de “aprendizagem” quando o que está em causa é o motor e não, necessariamente, o lingüístico. A Aprendizagem Motora é uma área de conhecimento que procura explicar o que acontece com o indivíduo quando ele passa da total, ou parcial, impossibilidade de executar um movimento (como, por exemplo, mover a ponta da língua) para a possibilidade de executá-lo com total proficiência. É, portanto, uma área de

estudos preocupada com a investigação dos mecanismos e variáveis responsáveis pela mudança no comportamento motor. Entre as preocupações dessa área, estão algumas questões básicas, como as seguintes: de que maneira o Sistema Nervoso Central se organiza para produzir movimentos coordenados e esclarecer como as informações sensoriais são processadas e usadas no controle do movimento? Como são aprendidos os movimentos e como são modificados de acordo com a prática? Como se desenvolve a capacidade de auto-regulação dos movimentos?

Essa linha de raciocínio – o Enfoque N.D.T. – não tem como primeira proposta nem um trabalho voltado para os OFA e nem visa, primeiramente, atingir indivíduos sem lesão neurológica. É um método de tratamento que usa técnicas proprioceptivas de manuseio basicamente global, criado por uma fisioterapeuta e por um neurologista – o casal Bertha e Karel Bobath, na década de 40 ou de 50. E por ser dessa época é que, naturalmente, veio sendo reformulado por seus seguidores, até chegar a esse conceito mais atual.

Olhando o processo de evolução vivido durante essa trajetória profissional, é possível identificar alguns momentos mais importantes e as passagens que eles traziam. Em um certo ponto, quando já desfrutava de maior segurança no trato das técnicas proprioceptivas de manuseio global e específico de OFA, tornou-se “natural” fazer a passagem de um campo para outro. Ou seja, estabelecer a relação entre aquilo que eu sabia ser eficiente para o tratamento de uma criança portadora de paralisia cerebral – na linha de raciocínio do Conceito NDT – com o atendimento de uma criança sem lesão neurológica, mas que apresentava determinada dificuldade em nível de SSMO. Muito instigante foi essa transposição, que me permitiu entender a convergência desses dois mundos.

Como já falei anteriormente, o Bobath é um conceito de tratamento que veio sendo reformulado ao longo de toda sua existência. Da mesma forma, minha maneira de atuar também veio se reformulando, tanto na teoria quanto na prática, como tem mostrado meu trabalho ao longo desses anos todos. Mesmo quando atuo com indivíduos sem lesão neurológica, dou ênfase ao alinhamento postural global dentro do enfoque Bobath mais atual de tratamento, buscando interferir em nível do SSMO.

Em linhas bem gerais, gostaria de desenvolver aqui o raciocínio que sustenta essa forma de atuação fonoaudiológica, a partir de um exemplo. Percebo que, com o manuseio, quando modifico a postura de quadril do paciente dando a ele uma maior estabilidade e liberando seus ombros, tenho como resultado uma postura de cabeça mais neutra e sem retração. Conseqüentemente, ele ganha muito mais possibilidades de funcionar de forma adequada com seus órgãos fono-articulatórios. Isto porque, dentro dessa maneira de atuar com o manuseio, quanto mais estabilidade possibilitamos num determinado ponto do corpo do paciente, mais mobilidade e maior grau de liberdade de movimento oferecemos a ele, modificando para melhor a qualidade de suas funções orais.

É ainda dentro da linha de raciocínio do Conceito N.D.T. que trabalho privilegiando a aferência (a entrada ou o *input* sensorial), ou seja: dando “marcas csinestésicas” – toques específicos – para o indivíduo se “organizar” em nível de SSMO. O retorno será um movimento ou uma função mais adequada, obviamente, se a marca sinestésica for precisa na sua localização, no tempo e na intensidade do toque.

Essa visão esclarece porque se fala em sistema sensório-motor já há muitos anos, e não em sistema motor. Dentro do Conceito N.D.T., é necessário se pensar no sensorial – que é a entrada –, e no motor, que é a saída, o movimento. Assim, para cada movimento realizado, houve um registro da entrada da sensação, no nível do sistema nervoso central. Conhecendo-se a base da neurofisiologia, isso evidencia o quanto é importante termos a compreensão do paciente, ou seja, procurar saber se o que aquele indivíduo mais necessita para o bom andamento de seu processo terapêutico é sensação (entrada), é movimento (saída) ou se é entrada e saída, ao mesmo tempo.

Fazer uma “marca sinestésica” no local que corresponde àquele movimento (para determinada função), tem a intenção de fazer o paciente conhecer/vivenciar, fazendo com que o movimento apareça, até como conseqüência do toque específico que fiz. Isso que chamo de conhecer/vivenciar é o *feedback*, conceito que dentro da teoria da Aprendizagem Motora é fundamental nesse processo inicial da aprendizagem, que é sensório-motora.

Nessa teoria, o primeiro aprendizado motor se dá em nível de *feedback*, que é mais lento porque precisa ser sentido e repetido para ser aprendido. Não adianta, nesse primeiro momento do processo de aprendizagem, a explicação verbal e/ou intelectual por parte do fonoaudiólogo. Ela não será tão efetiva quanto o registro da sensação do próprio movimento feito pelo indivíduo, a partir da “marca sinestésica” dada pelo terapeuta.

Quando essa primeira aprendizagem ocorre, aí sim a continuação desse processo se dá de forma mais rápida, a partir da verbalização do fonoaudiólogo. O indivíduo já sentiu e, portanto, conhecendo a sensação poderá aprender pela antecipação, pela possibilidade cognitiva – chamada, dentro dessa teoria, de *feed-forward*, na qual ele reformula seu movimento em função de um comando verbal porque já tem a sensação exata desse movimento, e pode, então, antecipá-lo. Em geral, o fonoaudiólogo que não usa no seu fazer clínico o raciocínio dessa teoria, fala com seu paciente o que ele está fazendo de errado, o que ele precisa passar a fazer e como será esse processo fonoaudiológico, verbal e intelectualmente. Do nosso ponto de vista, é como se o paciente “caísse” direto no segundo momento da aprendizagem motora, que é o *feed-forward*, sem ter vivenciado o primeiro momento, que é o *feedback*. Ainda em linhas bem gerais, é isso que vai possibilitar ao indivíduo ir fazendo uma memória motora (algo novo na sua maneira de funcionar) que, pela repetição, irá chegar à automatização.

Espero, até esse momento, ter situado o leitor na minha forma de atuar embasada na fundamentação teórica que foi explanada até aqui. Tenho, ainda, procurado deixar aparecer o quanto essa visão requer estudo e atualização dentro do espaço que compreende um fazer clínico nessa área. Estudo que está voltado para uma natureza particular de “objeto” que tem merecido a atenção de muitos de nós, fonoaudiólogos. Tanto atenção teórica quanto clínica. Se a demanda do cliente exige, exatamente, que se lide com problemas de ordem do *sistema sensorio-motor oral*, acredito que o trabalho fonoaudiológico engloba, e não complementa, o uso da técnica como condição de possibilidade para isso e que vai (ou não, dependendo da gravidade do problema) garantir funcionalidade.

Nesses processos terapêuticos a prioridade são os manuseios e as técnicas específicas, que incidirão sobre funções e posturas inadequadas dos órgãos fono-articulatórios. Se esta é uma face necessária desses tratamentos, podemos então formular a seguinte questão: *não será esta face algo que caracterizaria, por si só, um recorte de objeto da Fonoaudiologia, independente de já se ter a LINGUAGEM como objeto?*

Enquanto cada leitor reflete sobre seu ponto de vista e/ou sua forma de atuação, quero continuar o raciocínio remetendo-os a dois conceitos muito importantes. Primeiro, o que estamos chamando de TÉCNICA, ou seja, *um conjunto de procedimentos elencados visando dar conta de sintomas*. Entendemos também SINTOMA – *como uma marca de singularidade, marca particular que insiste e faz uma diferença, que separa o sujeito de seus outros semelhantes, diferença que autoriza falar em “patologia”*. Estou entendendo aqui o sintoma, como conceituei acima, como algo da ordem do orgânico nesse tipo de atuação fonoaudiológica. Poderia ir além abarcando o sintoma, também inscrito na ordem do simbólico, mas vou me restringir, para poder me ater ao tema desta comunicação. Obviamente que, na prática clínica, esse mesmo sintoma orgânico ganharia um estatuto simbólico durante o processo. Mas isso não mudaria em nada a questão técnica que quero privilegiar neste texto.

Durante muitos anos convivi com um discurso acadêmico que impunha a nós, fonoaudiólogos que trabalhamos com indivíduos com marcas corporais muito significativas (como é o caso dos portadores de alguma lesão neurológica), uma situação que nos levava a considerar que a técnica específica a esses quadros não tinha sentido fonoaudiológico. É certo que, para esses pacientes com graves alterações no seu processo de desenvolvimento e, inclusive, com alterações da ordem da linguagem, essa técnica isolada não dava mesmo conta de responder pelo fazer fonoaudiológico.

Hoje, depois de muitos questionamentos e reflexão, posso dizer que estão em causa o aspecto orgânico ou o sensório-motor ou, ainda, o corpo. Acontece que este aspecto orgânico adquire, durante o processo terapêutico, uma ressi-

gnificação, ganhando o estatuto de demanda que acaba adentrando o simbólico, conforme já falei acima. Nesse corpo “habita” um sujeito e é aí que a linguagem se impõe como questão.

Acredito que, quando o que está em causa é o motor na terapia fonoaudiológica, a técnica não é complemento, como foi durante muito tempo vista, ou melhor dizendo, malvista. Os resultados desse diagnóstico e desse processo terapêutico são aqui interpretados e, não apenas descritos, a partir de critérios não lingüísticos. Será que é possível falar assim? Quero crer que sim... Ouso, pois, afirmar que existe um fazer fonoaudiológico centrado prioritariamente no aspecto sensorio-motor, na medida em que a terapia está voltada para isso...

Gostaria de deixar aqui lançadas essas questões para serem examinadas pelos leitores. Terminando agradecendo a oportunidade de poder dividir as indagações que estão tão diretamente ligadas ao meu fazer clínico e que, de algum modo, se aproximam das questões daqueles fonoaudiólogos, leitores deste texto.*

* O aprofundamento nas considerações desta Comunicação, a partir do Seminário anteriormente citado, foi parte de um programa de trabalho desenvolvido pelo GT Sistema Sensorio-Motor Oral – do Núcleo Teorias, Técnicas e Processos Terapêuticos, do qual faço parte.