

NINA PAIM KLOSS

**VOZ: UM ÍNDICE DA PRESENÇA DO SUJEITO NA LINGUAGEM NO
CONTEXTO DA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM**

PORTO ALEGRE

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTUDOS DA LINGUAGEM
LINHA DE PESQUISA: ANÁLISES TEXTUAIS, DISCURSIVAS E ENUNCIATIVAS**

**VOZ: UM ÍNDICE DA PRESENÇA DO SUJEITO NA LINGUAGEM NO
CONTEXTO DA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM**

NINA PAIM KLOSS

ORIENTADOR: PROF. DR. VALDIR DO NASCIMENTO FLORES

Dissertação de Mestrado em Análises textuais, discursivas e enunciativas, apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PORTO ALEGRE

2018

NINA PAIM KLOSS

VOZ: UM ÍNDICE DA PRESENÇA DO SUJEITO NA LINGUAGEM NO CONTEXTO
DA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Estudos da Linguagem.

Porto Alegre, 14 de dezembro de 2018.

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Carmen Luci da Costa Silva
Departamento de Letras
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Dra. Luiza Ely Milano
Departamento de Letras
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Dr. Jefferson Lopes Cardoso
Departamento de Fonoaudiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

CIP - Catalogação na Publicação

Kloss, Nina Paim

Voz: um índice da presença do sujeito na linguagem
no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem /

Nina Paim Kloss. -- 2018.

116 f.

Orientadora: Valdir do Nascimento Flores.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Letras, Programa de
Pós-Graduação em Letras, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. linguagem. 2. voz. 3. enunciação. 4. clínica dos
distúrbios de linguagem. I. Flores, Valdir do
Nascimento, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente ao PPG Letras e a todo o seu corpo docente, por proporcionar um ensino público de tão alta qualidade. Agradeço pela excelência de uma formação acadêmica no momento atual de nosso país, em que estudar é um ato político. Ensinar e estudar são atos de resistência frente ao fascismo que tem nos rondado.

Ao meu querido professor orientador Valdir do Nascimento Flores, por sustentar comigo um desejo e uma ideia inicial de mestrado, mesmo quando esse precisou ser adiado devido aos acontecimentos da vida; pela mestria de uma orientação sempre tão dedicada, atenta e paciente; pela escuta de minhas angústias; por acreditar em mim; e, sobretudo, por me mostrar que não é apenas o produto final que conta, mas todo o percurso percorrido.

À professora Luiza Milano, pelos ensinamentos e instigantes reflexões, além da preciosa escuta em supervisão clínica, e por ter aceitado participar da banca.

À professora Carmem Luci da Costa Silva, pela acolhida e pelos ensinamentos pacientemente transmitidos, além da aceitação do convite para participar da banca avaliadora.

Ao professor Jefferson Lopes Cardoso, a quem devo muito da minha formação clínica, por ter sempre estado presente durante minha trajetória profissional; por ter, desde a graduação, acenado a um possível fazer clínico para além das técnicas e protocolos; e por aceitar compor a banca de avaliação deste trabalho.

Às colegas Sara, Aline, Isadora, Elisa e Debora, que tão carinhosamente acolheram essa “estrangeira”, pela partilha das experiências e saberes; pela paciência; pela divisão das angústias; pelo incentivo; e pelos cafés sempre temperados com doses de nervosismo e muitas risadas.

Agradeço especialmente à Sara por ter sido uma tão doce colega-amiga, me guiando nessa travessia com gentileza, dedicação, puxões de orelha e incentivo e, além disso, por ter aceitado fazer a revisão desta dissertação com seu olhar sempre atento, demonstrando todo o profissionalismo que lhe cabe.

Ao Centro Lydia Coriat, por proporcionar uma formação transmitida com tanta dedicação. A todos os colegas dessa instituição, especialmente aqueles com quem tenho o privilégio e a honra de compartilhar meu fazer clínico de forma tão próxima: Claudia, Angela, Rejane, Raquel, Carolina, Gerson e Deborah.

À Fadem, instituição da qual tenho orgulho de fazer parte há quase uma década, por me ensinar a apostar sempre: apostar no meu trabalho, apostar na interdisciplina e apostar sempre

no paciente, independentemente daquilo que o quadro orgânico e psíquico possa apontar. Agradeço aos colegas e à direção por apostarem em mim tanto nas intervenções clínicas quanto fazendo parte da coordenação da equipe. Agradeço às colegas Amanda, Isadora, Laura, Marcia, Mélaney e Milene pelas constantes e valiosas interlocuções e agradeço especialmente à Camila e à Luciana por me permitirem compartilhar o trabalho, mas, principalmente, a vida, em uma amizade que tanto aprecio.

Às amigas “fonos” Dani, Scheila e Catia e às “muito mais” Livia e Ju, por estarem sempre perto, mesmo que, por vezes, à distância.

A todos os meus pacientes e suas famílias, por confiarem a mim os seus dizeres.

À Simone, que, com sua delicada escuta, permite que eu possa ser a protagonista de minha própria história.

A minha grande família (mãe, pai, Bíti, Geraldo, Monica, Heiny, Gra, Rui, Jana, Caio, Tomás, Nanica e Diego), que sempre abriu lugar para minhas palavras e que me incentivaram, cada um a sua maneira, nessa trajetória. Especialmente a minha mãe Claudia e minha mãedrastra Bíti pelo incentivo constante ao estudo.

Ao meu sobrinho Rui, por encher meu coração de um amor ingênuo e por permitir (re)viver, com ele, as delícias da infância.

Ao meu marido Diego, por estar sempre carinhosamente ao meu lado, compartilhando a vida por tantos anos; por ter entendido minhas ausências, mas, sobretudo, por ter tido paciência com a minha presença ao longo desses dois anos; por acreditar e valorizar meus sonhos, desejos e anseios, me incentivando sempre; por respeitar nossas (muitas) diferenças; por me amar e me permitir amá-lo; e por fazer eu me apaixonar por nós diariamente.

“[...]

Todas as criações da natureza são iguais.

Todas as ações, cruéis, piedosas ou indiferentes,

[são iguais.

Contudo, o homem não é igual a nenhum outro

[homem, bicho ou coisa.

Não é igual a nada.

Todo ser humano é um estranho ímpar.”

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo uma reflexão sobre a voz como um índice da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem, com base no exercício clínico da Fonoaudiologia e a partir de quatro interrogantes, condutores da reflexão: 1) Uma abordagem clínica da voz que considere a linguagem é possível?; 2) Uma abordagem clínica da linguagem que considere a voz é possível?; 3) Qual é o lugar da voz na clínica dos distúrbios de linguagem?; e, por fim, 4) Qual é a relação entre o sujeito falante e o ouvinte, a partir da voz, na clínica dos distúrbios de linguagem? Na tentativa de encontrar possíveis respostas às questões, o trabalho inicia com uma revisão dos principais achados bibliográficos concernentes à concepção de voz e dos distúrbios vocais para o campo da Fonoaudiologia. Em seguida, busca-se apoio teórico na teoria da enunciação proposta pelo linguista Émile Benveniste, posto que, mesmo que esse autor não tenha se dedicado a estudar diretamente a voz ou a clínica dos distúrbios de linguagem, é possível encontrar expressões que dão indícios da presença da voz em sua obra, além de noções como enunciação, sujeito, ato enunciativo e linguagem, que também fornecem importantes reflexões sobre o tema abordado neste trabalho. Por fim, dialogando com algumas das exposições de Benveniste e de outros teóricos – advindos tanto da Linguística como de outras áreas –, são expostas breves vinhetas clínicas, traçando, então, uma discussão teórico-clínica, que permite perceber que é através da voz que o sujeito falante, na singularidade do ato enunciativo, produz suas marcas na linguagem, mesmo quando a articulação da fala está ausente. A partir dessas reflexões, a voz é considerada um índice da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem.

Palavras-chave: voz, enunciação, sujeito falante, linguagem, clínica dos distúrbios de linguagem.

ABSTRACT

This study aims at a consideration of the voice as an index of the presence of the subject in language in the context of the language disorders clinic, based on the clinical exercise of Speech Therapy and on four questions: 1) Is a clinical approach to voice that considers language possible?; 2) Is a clinical approach to language that considers voice possible?; 3) What is the place of voice in the language disorders clinic?; and, finally, 4) What is the relationship between the speaking subject and the listener, based on the voice, in the language disorders clinic? Attempting to find the possible answers to these questions, the study begins with a review of the main bibliographic findings concerning the concept of voice and of vocal disorders in the field of Speech Therapy. Subsequently, theoretical support is sought in the enunciation theory proposed by linguist Émile Benveniste, since, even though this author did not directly study the voice or the language disorders clinic, it is possible to find expressions that give indications of the presence of the voice in his works, as well as notions such as enunciation, subject, enunciative act and language, which also provide important reflections about the topic of this research. Finally, in dialogue with some examinations by Benveniste and by other theorists—from both Linguistics and other areas—, brief clinical vignettes are exposed, therefore establishing a theoretical-clinical discussion, enabling the perception that it is through the voice that the speaking subject, in the singularity of the enunciative act, produces their marks in language, even when the articulation of speech is absent. Based on these reflections, the voice is regarded as an index of the presence of the subject in language in the context of the language disorders clinic.

Keywords: voice, enunciation, speaking subject, language, language disorders clinic.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Narrativa clínica 1: Zé	66
Quadro 2 - Narrativa clínica 2: Laura	69
Quadro 3 - Narrativa clínica 3: Carol.....	72
Quadro 4 - Narrativa clínica 4: Chico	77
Quadro 5 - Narrativa clínica 5: Maria	81
Quadro 6 - Narrativa clínica 6: Pedro	82
Quadro 7 - Narrativa clínica 7: João	84
Quadro 8 - Narrativa clínica 8: Cora.....	87
Quadro 9 - Narrativa clínica 9: Lica.....	89
Quadro 10 - Narrativa clínica 10: Ariel	92
Quadro 11 - Narrativa clínica 11: Leo	93
Quadro 12 - Narrativa clínica 12: Clara.....	96
Quadro 13 - Narrativa clínica 13: Tito.....	99

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - A CONCEPÇÃO DE VOZ E DOS DISTÚRBIOS VOCAIS NO CAMPO DA FONOAUDIOLOGIA	21
1.1 AS DISFONIAS E AS FUNÇÕES LARÍNGEAS.....	22
1.2 A PRODUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO NORMAL DA VOZ NA FONOAUDIOLOGIA	25
1.2.1 <i>Produção normal da voz</i>	25
1.2.2 <i>Processo de desenvolvimento normal da voz</i>	26
1.3 AS CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NA PRODUÇÃO E NA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA VOZ	29
1.4 OS TIPOS DE VOZ E SUAS IMPRESSÕES DESCRITAS PELA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA	33
1.4.1 <i>Tipos de vozes mais usados e descritos na clínica de voz para a Fonoaudiologia</i>	35
1.5 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	39
CAPÍTULO 2 - VOZ, ENUNCIÇÃO, LINGUAGEM E CLÍNICA	43
2.1 A CONTRIBUIÇÃO DE BENVENISTE PARA REFLEXÕES CLÍNICAS	44
2.2 VOZ E ENUNCIÇÃO A PARTIR DE BENVENISTE.....	550
2.3 VOZ E ESCUTA NA ENUNCIÇÃO.....	56
2.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	59
CAPÍTULO 3 - VOZ E LINGUAGEM NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM.....	62
3.1 UMA PRÁXIS FONOAUDIOLÓGICA: O SUJEITO FALANTE NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM	63
3.2 A VOZ COMO ÍNDICE DA PRESENÇA DO SUJEITO NA LINGUAGEM NO CONTEXTO DA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM	71
3.2.1 <i>A potência da voz no ato enunciativo</i>	71
3.2.2 <i>O silêncio da voz</i>	990
3.3 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS	1133

INTRODUÇÃO

“Antes mesmo de ser o suporte e o canal de transmissão das palavras através da linguagem, a voz é um imperioso grito de presença.”

(Corrado Bologna)

A voz é um fenômeno que atrai diferentes áreas de estudos. Por ser um tema complexo e abrangente, ela pode receber olhares de diferentes áreas, como Fonoaudiologia, Antropologia, Música, Teatro, Psicanálise, Medicina e Filosofia, entre outras. A proposta deste trabalho é abordar o fenômeno da voz como uma característica exclusiva do homem, que mostra aquilo que há de único em cada um de nós. A voz é percebida, aqui, como marca da singularidade do sujeito falante.

Apesar da multiplicidade de áreas que se interessam e estudam a voz, parece existir consenso sobre sua singularidade e exclusividade ao sujeito falante. No entanto, os estudos pesquisados não abordam esse aspecto aprofundadamente no que concerne uma abordagem clínica. Em sua maioria, os trabalhos citam esse fenômeno particular do homem, mas seguem diversos outros caminhos que, muitas vezes, acabam por deixar a voz inaudível e *desvocalizada*¹.

É compreensível que, no fazer da ciência, o objeto de pesquisa de cada área precise ser delineado e delimitado metodologicamente. É indispensável um recorte de estudo “palpável”, que se faça ver, que se quantifique ou se qualifique. Contudo, na proposta deste trabalho, a voz jamais se colocará como um objeto passível de ser apreendido e generalizável, já que não se pode e não se consegue categorizar aquilo que se especifica a partir do único. Talvez, inclusive, seja justamente por isso que a voz acabe ficando, de certa forma, inaudível para tantas especificidades, que até a escutam, mas não levam seu estudo adiante.

Pessoalmente, a voz como marca singular me desperta um interesse muito particular. Ao longo dos anos dedicados ao exercício clínico da Fonoaudiologia² na clínica dos distúrbios

¹ Expressão utilizada pela filósofa italiana Adriana Cavarero (2011).

² Fonoaudióloga, formada pelo Centro Universitário Metodista – IPA em 2006/01, meu trabalho clínico sempre foi voltado às áreas de linguagem e deglutição e disfagia. Desenvolvi atividades profissionais no âmbito clínico, tendo trabalhado em instituições como Pestalozzi e APAEs, além de consultório particular, e também no âmbito hospitalar, nas unidades materno-infantis em hospital da região metropolitana de Porto Alegre. Assim, há uma alta incidência de pacientes com diagnósticos orgânicos em meu cotidiano clínico. Atualmente, exerço minha profissão em setor privado e público em uma ONG – FADEM (Fundação de Atendimento de Deficiência Múltipla).

de linguagem³, as possibilidades e as múltiplas faces das expressões vocais dos pacientes atendidos nunca cessam de me surpreender. Em muitos dos casos atendidos, percebo que alguns pacientes se mostram, se dão a ver ao outro, marcando suas posições de sujeitos falantes – mesmo que não haja condições para a produção de uma fala articulada em palavras – através da voz entoada. É a voz que marca essa condição de sujeito da enunciação⁴.

Foi justamente devido ao grande interesse na área da voz que se deu a minha busca pela formação em Fonoaudiologia. Ouvir a voz das pessoas, entender a forma como colocam a voz em seu enunciado, escutar a revelação do sentido daquilo que não foi dito, mas que foi percebido pela voz, ou seja, o efeito que a voz causa, tanto no sujeito falante quanto em seu ouvinte (seja esse o próprio falante, seja o interlocutor), era a prioridade de meu conhecimento. Contudo, no decorrer da graduação, tanto nas vivências teóricas quanto práticas, fui percebendo que a especificidade que englobava esse interesse apontava mais para a área da linguagem do que para a voz *per se*. Era como se uma não produzisse efeitos sobre a outra. O desconforto e a inquietação gerados por tal percepção de “desvinculação” entre linguagem e voz, ao longo de todos esses anos, constituiu meu ponto de partida para a elaboração desta dissertação.

A Fonoaudiologia é uma área de conhecimento e de atuação relativamente nova, tendo sido regulamentada no Brasil apenas no ano de 1981. Essa profissão começou a ser pensada ainda na década de 1930, em decorrência de preocupações advindas da área da medicina e da educação (CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2013/2014). Portanto, é possível perceber que a Fonoaudiologia surge de zonas fronteiriças com essas especificidades. No entanto, também é importante considerar que, ao mesmo tempo, ela foi ampliando suas fronteiras com outras áreas, como a Linguística, a Psicologia, a Odontologia etc.

Esse percurso histórico resulta no efeito de “divisão” que encontramos nessa profissão. A Fonoaudiologia, segundo a definição do Conselho Regional de Fonoaudiologia do Rio Grande do Sul, “[...] é uma área da saúde que tem como principal objeto de estudo a comunicação humana. É uma ciência que além de tratar dos distúrbios da comunicação também

³ É preciso esclarecer que ao falar em “clínica dos distúrbios de linguagem” faço referência à definição proposta por Cardoso (2010) em sua tese, intitulada *Princípios de análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem*. O autor afirma que a expressão “distúrbios de linguagem” denomina “[...] o conjunto das manifestações de linguagem de um sujeito que comparecem na instância clínica” (CARDOSO, 2010, p. 20), fornecendo, como exemplo, desordens neurológicas, motoras e psicológicas, entre outras. Para Cardoso, essa noção de clínica é aquela em que as manifestações de linguagem independem de um diagnóstico orgânico. Ainda segundo o autor, a clínica dos distúrbios de linguagem marca as “[...] manifestações singulares de linguagem que ‘escapam à regra’”. São manifestações de um sujeito que ao falar, ou não falar, marca uma posição na linguagem” (CARDOSO, 2010, p. 22).

⁴ Esse tema será mais bem desenvolvido no segundo capítulo desta dissertação. Por ora, é importante enfatizar que o sujeito da enunciação é aquele que profere o ato enunciativo, situando-se no *aquí* e no *agora* de seu dizer, marcando-se como um *homem na língua*.

promove seu aperfeiçoamento” (CREFONO 7, 2017). Trata-se de uma grande área de conhecimento que se divide em outras áreas, como linguagem, voz, deglutição e disfagia, audiologia e motricidade orofacial, entre outras relacionadas à comunicação. O fonoaudiólogo pode optar por se tornar especialista em uma dessas áreas de atuação. Entretanto, muitas vezes, a meu ver, essa divisão entre áreas provoca um olhar terapêutico limitado, posto o risco de o clínico olhar apenas para a área de sua especialidade sem considerar os efeitos que tal posicionamento pode causar nas outras áreas da profissão e até mesmo ao paciente.

Por se tratar de uma profissão tão ampla, é impossível que um profissional seja capaz de atuar com excelência em todas as especificidades da Fonoaudiologia, o que leva alguns profissionais a se limitarem a atender determinadas áreas. Como uma profissional dedicada a trabalhar com a área da linguagem, não atendo pacientes com distúrbios vocais, por exemplo. Todavia, entendo que ambas – a voz e a linguagem – constituem a marca da singularidade do sujeito falante, o que significa que não é possível desvincular as reflexões acerca dessas duas instâncias. A clínica dos distúrbios vocais precisa pensar sobre o sujeito para entender como ele se coloca na língua através da linguagem, do mesmo modo que a clínica dos distúrbios de linguagem precisa pensar sobre os efeitos da voz do sujeito falante. A crítica que teço aqui se dirige a essa fragmentação em subáreas de conhecimento quando ela limita o olhar do profissional sobre seu paciente, ou seja, quando faz com que o especialista se preocupe unicamente com o problema apresentado e não com aquele que apresenta o problema.

Na clínica dos distúrbios de linguagem, é preciso escutar o que o paciente tem a dizer, considerando como ele se coloca nesse processo e a quem seu ato enunciativo – mais do que apenas o enunciado – se destina. Ao prestar atenção exclusivamente às falhas, ao sintoma⁵ mostrado, não se reconhecem os êxitos e as potencialidades do dizer de cada um, deixando, assim, o ato enunciativo e a enunciação em segundo plano.

Forneço o testemunho acima apenas para evidenciar que, embora minha dedicação na Fonoaudiologia seja direcionada à área da linguagem, os interrogantes acerca da voz e das implicações mútuas existentes nessas áreas nunca cessaram. Trabalhando na clínica dos distúrbios de linguagem, especialmente com pacientes que apresentam diagnósticos orgânicos como síndromes, cromossomopatias, paralisia cerebral e malformações craniofaciais, entre outros, esse fato parece ficar mais evidenciado. Em muitos desses casos, o dizer pode não

⁵ O termo “sintoma”, empregado ao longo deste trabalho, não se refere ao sentido patológico oriundo do discurso médico, como nessa passagem. “Sintoma”, aqui, deve ser entendido como uma forma do paciente *estar na linguagem*, de acordo com a expressão utilizada por Cardoso (2010).

aparecer através da fala articulada⁶. Nessas situações, é pela voz que os pacientes conseguem se mostrar ao outro. Ou seja, é através da produção da voz que se torna possível escutar que nessa voz há um sentido, que há alguém que tem algo a dizer. Portanto, em muitos desses casos, é através da voz que o ato enunciativo e a enunciação do sujeito falante se apresentam ao outro.

Esse é, possivelmente, um ponto de incômodo em relação ao modo como a área da voz é frequentemente abordada na cena clínica. A Fonoaudiologia e os fonoaudiólogos dedicados ao estudo da voz reconhecem que a voz é muito mais do que apenas uma materialidade da língua, do que aquilo que dá corpo à fala. Não faltam estudos e pesquisas com afirmações de que a voz é exclusiva ao ser humano, de que ela é sempre única, constituindo uma marca da identidade de uma pessoa. Entretanto, os mesmos trabalhos acabam sempre por classificar a voz como se fossem as características anatomofisiológicas que marcassem as suas particularidades.

Não obstante, é importante ter em mente que existem registros e concepções culturais acerca de determinadas qualidades vocais, como, por exemplo, a percepção de que uma voz soproso remete o ouvinte a uma ideia de que o sujeito falante seria uma pessoa sensual ou de que uma voz grave pertence a uma pessoa autoritária. Quantas não são as “decepções” sofridas nesses pontos? Não seriam essas “decepções” o mais claro exemplo da impossibilidade de uma generalização da voz?

A voz, como já foi dito, não é um objeto passível de ser generalizado, categorizado. A voz é um fenômeno singular. A voz é linguagem. Por conseguinte, a voz precisa ser tratada como um índice da subjetividade na linguagem.

No entanto, no cotidiano da clínica dos distúrbios vocais na Fonoaudiologia, algumas padronizações são utilizadas para fins clínicos e didáticos. Além disso, há as características anatomofisiológicas que cumprem funções necessárias e importantes desde o diagnóstico de uma possível lesão e/ou patologia até o planejamento terapêutico de intervenção adequado para cada caso. Todavia, é possível observar que geralmente o planejamento terapêutico não é proposto para cada caso, mas sim de acordo com o quadro sintomático apresentado. Por esse viés clínico, não se considera que as características anatomofisiológicas pertencem ao sujeito falante; pelo contrário, elas parecem pertencer apenas à laringe e às pregas vocais. Desse ponto

⁶ É importante ressaltar que para a Fonoaudiologia, de maneira geral, o conceito de fala refere-se a articulação e pronúncia de palavras. No entanto, nessa dissertação, entende-se a fala como uma posição de apropriação da língua que diz da implicação do sujeito na linguagem. Portanto, se trata da enunciação do sujeito, uma vez que o que difere a enunciação da fala é o fato da enunciação mobilizar a língua.

de vista, há a impressão de que as características vocais de uma pessoa concernem mais às características e disfunções anatomofuncionais do que ao sujeito falante.

Embora as abordagens técnicas que visam às terapias vocais sejam aliadas extremamente importantes do fonoaudiólogo, essa discussão não faz parte do escopo desta dissertação. As menções a esses aspectos servem unicamente como pano de fundo para expor o ponto de ancoragem deste trabalho: o sujeito falante e o uso que ele faz de sua voz, ou seja, da voz como possibilidade do sujeito se marcar em seu discurso. Nesse sentido, as discussões serão guiadas pela reflexão do modo como a voz se faz presente no ato enunciativo. A análise das características anatomofisiológicas da emissão sonora do sujeito falante, por sua vez, não entrarão em cena quando da discussão acerca da incidência da voz na clínica dos distúrbios de linguagem.

A crítica esboçada no que diz respeito à maneira como a voz é tomada, de maneira geral, pela Fonoaudiologia se estende, também, à área de atuação da linguagem, cujos profissionais seriam responsáveis por “[...] avaliar e tratar os aspectos relacionados à aquisição, desenvolvimento e distúrbios da linguagem oral e escrita, tais como: desvios fonológicos, gagueira, dislexias, afasias, etc.” (CREFONO 7, 2017). Trata-se da área da Fonoaudiologia que “[...] estuda problemas relacionados com o aprendizado da língua, habilita crianças com atraso ou deficiência de linguagem ou pacientes que adquiriram a linguagem, mas a perderam por algum motivo, a exemplo de quem sofreu derrame cerebral” (CREFONO 7, 2017).

As citações acima evidenciam que fala e linguagem andam juntas. No entanto, não parece ser explícito, para a Fonoaudiologia, o que é da ordem da fala e o que seria da ordem da linguagem. Daí decorre a iatrogenia de se pensar a clínica dos distúrbios de linguagem como uma clínica da fala.

Nesta dissertação, pelo contrário, a linguagem é tomada como a possibilidade do sujeito estar e se situar no mundo, e a voz é considerada o meio de produzir essa marca singular ao sujeito falante. A voz marca o *homem na língua*⁷, relacionando-se com o outro e com o mundo através da linguagem. Em outras palavras, embora, sob o olhar fonoaudiológico, a voz e a linguagem pareçam ser independentes uma da outra, a proposta deste trabalho é traçar possíveis costuras entre a voz e a linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem.

Para realizar essa tarefa, peço auxílio ao campo da Linguística, mais especificamente à Linguística da enunciação proposta por Émile Benveniste. A intenção de dialogar com essa área decorre do fato de que muitos terapeutas que estão implicados na intervenção com a linguagem

⁷ Expressão que nomeia a parte V dos Problemas *de Linguística Geral I*, de Émile Benveniste.

consideram apenas o enunciado, ou seja, o dito, e não levam em conta a pessoa que proferiu o ato enunciativo e, até mesmo, a própria enunciação. Esses profissionais se atentam exclusivamente ao erro e buscam o conserto do que não vai bem, em uma procura incessante por uma fala absolutamente higienizada de falhas. Não estaria justamente aí o problema, na busca por uma *fala* sem falhas? Destaco a *fala* porque parece importante que se entenda, novamente, que este não é um conceito sinônimo de linguagem. Situa-se aí, para mim, um outro ponto de tensão na Fonoaudiologia: a clínica dos distúrbios de linguagem é tratada, muitas vezes, como uma clínica dos distúrbios da fala.

Uma intervenção clínica, qualquer que seja, carrega consigo o embasamento teórico com que o profissional se identifica e ao qual se filia. No caso da Fonoaudiologia, o seu surgimento em uma zona fronteira entre a Medicina e a Pedagogia proporcionou, a meu ver, um discurso profissional muito forte em relação ao que é normal e o que é patológico, entre uma fala correta e uma fala desviante calcada na noção de patologia. A confusão existente entre os conceitos de fala e de linguagem possivelmente advenha dessas marcas. É, portanto, nesse sentido que se propõe a reflexão de que a linguagem não pode ser tomada como instrumento da comunicação, pois isso seria minimizar toda a sua potencialidade.

Com o que foi apresentado até o momento, já deve ter ficado explícito ao leitor que esta dissertação se propõe a traçar uma reflexão sobre a voz como um índice⁸ da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem. Para tanto, algumas exposições teórico-clínicas serão abordadas a fim de refletir acerca da incidência da voz e acerca de seus efeitos na clínica dos distúrbios de linguagem. Essa reflexão mantém o sujeito falante, o ato enunciativo e a enunciação no cerne da discussão, na tentativa de perceber a voz como um índice da presença do sujeito na linguagem. Desse modo, alguns interrogantes em torno do tema da **voz na clínica dos distúrbios de linguagem** serão levantados para instigar essa reflexão, bem como nortear as discussões apresentadas ao longo deste trabalho. Eles são:

- 1) Uma abordagem clínica da voz que considere a linguagem é possível?
- 2) Uma abordagem clínica da linguagem que considere a voz é possível?
- 3) Qual é o lugar da voz na clínica dos distúrbios de linguagem?
- 4) Qual é a relação entre o sujeito falante e o ouvinte a partir da voz na clínica dos distúrbios de linguagem?

⁸ No artigo “O aparelho formal da enunciação”, Benveniste trabalha com a noção de índices específicos (pessoa, tempo e espaço) e procedimentos acessórios da enunciação. A noção de índice, para o autor, se refere às marcas/caracteres da enunciação. Este estudo empregará o termo “índice” com base nessa noção.

A voz parece não interessar muito à Linguística como um todo, na medida em que essa ciência precisou *desvocalizar o logos*⁹ para o corte epistemológico e metodológico de sua área. No entanto, a Linguística da enunciação de Émile Benveniste parece representar uma possibilidade de grandes reflexões sobre esse tema. Embora seja importante salientar que Benveniste não é um linguista que estuda a voz diretamente, na obra do linguista sírio-francês, é possível notar o uso de algumas expressões – “realização vocal da língua” (BENVENISTE, PLG II, p. 82), “enunciação fônica” (BENVENISTE, PLG II, p. 82) “forma sonora” (BENVENISTE, PLG II, p. 84) e “ruídozinhos vocais” (BENVENISTE, PLG I, p. 30)¹⁰, por exemplo – que demonstram indícios da presença da voz na obra de Benveniste e, conseqüentemente, trazem luz à discussão que este trabalho propõe.

É também a partir do trabalho de Benveniste que se encontram as noções de subjetividade, de sujeito falante, de enunciação e de ato enunciativo, entre outras, que podem interessar muito à clínica dos distúrbios de linguagem.

Além disso, alguns trabalhos de Benveniste serão tomados como pontos de partida para outras formulações nesta dissertação. Do mesmo modo como o próprio linguista, herdeiro de Saussure, sempre tomava a obra deste último como um ponto de partida para suas próprias reflexões sem se encerrar no trabalho saussuriano, acredito que o tema proposto nesta dissertação poderá partir de Benveniste, mas não se esgotará nem mesmo se encerrará nele.

Isso se dá justamente porque a voz é um fenômeno que não se presta a um confinamento ou mesmo encerramento em apenas uma área. Nessa direção, se abre um convite à Linguística, de forma geral, para que ela dê mais atenção à voz do sujeito falante, considerando também o dizer – e não apenas o dito –, ou seja, considerando o ato enunciativo (e não apenas o enunciado). Dessa forma, talvez, a própria Linguística possa dar mais espaço aos estudos da voz, trazendo novas e importantes perspectivas teóricas que possam dialogar com o âmbito clínico.

Esta dissertação se divide em três capítulos. O primeiro é dedicado a uma revisão acerca do olhar da Fonoaudiologia sobre a voz. Inicialmente, se observa que a voz é percebida a partir de seus aspectos anatômicos, fisiológicos e emocionais. Nesse sentido, a laringe desempenha

⁹ Termo utilizado por Adriana Cavarero (2011).

¹⁰ Considerando que a obra de Émile Benveniste é amplamente citada ao longo deste trabalho e dada a extensão e a variedade da produção do autor, referencio as citações com a sigla indicativa do volume dos *Problemas de Linguística Geral* (PLG I e PLG II) e o número da página da passagem. Os dois volumes dos *Problemas de Linguística Geral* foram publicados na França em 1966 e 1974, respectivamente, e traduzidos e publicados no Brasil em 1976 e 1989, e incluem textos de anos variados. Por isso, as citações serão, na medida do possível, acompanhadas de informações acerca do contexto em que o texto foi desenvolvido. Neste trabalho, são utilizadas a 5ª edição do PLG I em português, de 2005, e a 2ª edição do PLG II, de 2006.

um papel privilegiado no ato fonatório, uma vez que as pregas vocais se situam nesse órgão. Todavia, a maioria dos estudos revisados coloca a fonação como uma função secundária da laringe, tomando a proteção contra entrada de corpos estranhos nas vias respiratórias inferiores como sua verdadeira função (cf. 1.1).

Ainda no primeiro capítulo, se evidencia que, embora a voz seja trabalhada na Fonoaudiologia a partir da clínica dos problemas vocais (cf. 1.2), para se chegar às disfonias é preciso conhecer os processos de desenvolvimento e de produção normal¹¹ da voz (cf. 1.3). Com essa revisão, torna-se possível explicitar quais são as características que o clínico avalia no paciente com queixas vocais, para então entender as tentativas e necessidades de classificações da voz para a Fonoaudiologia, conhecendo os termos mais comumente percebidos e utilizados nas literaturas revisadas (cf. 1.4).

O conteúdo exposto na primeira sessão dessa travessia mostra que a abordagem que a Fonoaudiologia propõe sobre a voz, de forma geral, aparece desvinculada da linguagem. A Fonoaudiologia expõe as características anatomofuncionais da voz e afirma que as “condições emocionais” do indivíduo precisam ser consideradas. No entanto, no que tange, esse aspecto aparece apenas como “pano de fundo” na descrição das abordagens clínicas, protagonizadas pelas queixas vocais, pelas análises referentes às características da voz e da anatomofisiologia e pelas técnicas utilizadas. Como as reflexões propostas nesta dissertação visam à percepção da voz como índice da presença do sujeito falante na clínica dos distúrbios de linguagem a partir do exercício clínico da fonoaudiologia, conhecer a maneira que a fonoaudiologia trabalha com a voz pode ser uma forma interessante para tecer reflexões de aproximação entre voz e linguagem na instância clínica.

O segundo capítulo se propõe justamente a buscar essa aproximação entre a voz e a linguagem. A partir de alguns conceitos expostos pela Linguística da enunciação benvenistiana, se busca, inicialmente, refletir sobre a possível contribuição desse campo para a clínica dos distúrbios de linguagem (cf. 2.1). Na sequência dessa exposição, o tópico 2.2 versa sobre a voz e a enunciação a partir de Benveniste. Nessa sessão se observa que, embora esse linguista não faça referência nem à incidência da voz na Linguística e menos ainda ao âmbito clínico, se encontram muitos rastros da presença da voz em sua obra.

¹¹ Esses processos serão trabalhados no Capítulo 1 desta dissertação. No entanto, por ora, entende-se como processo “normal” da voz o ato de fonação em que as estruturas envolvidas se encontram em harmonia, ou seja, um processo de fonação que ocorre “naturalmente” sem esforço e/ou tensão, em coordenação com o processo respiratório, entre outros.

A partir dessas marcas da voz na Linguística da enunciação e da constatação de que é “[...] um homem falando com outro homem [...]” (BENVENISTE, PLG I, p. 285) que encontramos no mundo, abre-se espaço para outra reflexão: a presença da escuta na Linguística. Portanto, a voz, presente na enunciação, atinge o ouvinte, que sofre os efeitos dos sentidos enunciados. Muito mais do que o dito, o que interessa na relação entre locutor e interlocutor, entre o sujeito falante e o ouvinte, nessa instância de diálogo, é o sentido da enunciação. Logo, entende-se que o sentido que o ouvinte percebe da enunciação é colocado a partir da voz (cf. 2.3).

Esse segundo capítulo foi construído não somente de modo a evidenciar os indícios da presença da voz na obra de Benveniste, mas também para expor ao leitor a concepção de linguagem que será tratada ao longo deste trabalho: uma linguagem que comporte o sujeito falante e a enunciação e que incida e se deixe incidir pela voz. Trata-se, portanto, de uma concepção que se distancia da noção de linguagem e fala tal como proposta pela Fonoaudiologia. No entanto, é preciso subverter a leitura de alguns conceitos para aproximar a Linguística da instância clínica, uma vez que essa ciência não se ocupa com falas desviantes e/ou patológicas. Para tanto, é necessário escutar o sintoma e tomá-lo como um interrogante do funcionamento da linguagem do sujeito falante em questão. Portanto, é colocando o sujeito falante e seu ato enunciativo no centro da reflexão que me distancio da proposta de linguagem da Fonoaudiologia.

Fica evidente, no segundo capítulo, que, embora existam alguns indícios da presença da voz na obra de Benveniste, marcando a presença do sujeito na enunciação, os rastros da voz na obra do linguista sírio-francês em nada se referem às características anatomofisiológicas, tal como estão colocadas para a Fonoaudiologia. Surge, então, a ideia para o terceiro capítulo deste trabalho: propor interlocuções entre enunciação, sujeito, voz e linguagem, partindo de intervenções fonoaudiológicas na clínica dos distúrbios de linguagem.

O capítulo se inicia com a exposição de conceitos e situações clínicas que abordem uma *práxis* fonoaudiológica na clínica dos distúrbios de linguagem, uma abordagem clínica que pense o sujeito na linguagem para além de seu sintoma, entendendo este último como uma forma do paciente *estar na linguagem*, além de trazer à tona a noção de escuta das expressões dos pacientes, sempre as tomando como possibilidades de um dizer, refletindo sobre as condições enunciativas de cada um em determinado momento (cf. 3.1).

Isso posto, a seção seguinte visa uma aproximação entre voz e linguagem a partir de reflexões teórico-clínicas. Para tanto, exponho breves narrativas de situações clínicas vivenciadas no atendimento fonoaudiológico, com a intenção de refletir sobre a incidência da

linguagem na voz e da voz na linguagem através da enunciação, a fim de tentar esclarecer o papel da voz como um índice da presença do sujeito na linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem (cf. 3.2).

É possível observar que essas narrativas são oriundas da clínica feita, em sua maioria, com crianças de diferentes faixas etárias. Há desde crianças muito pequenas – com cerca de dois anos – até crianças maiores, mas há, também, uma adolescente e um recorte do caso de um adulto tratado por outra fonoaudióloga. Observar tal realidade é de fundamental importância para que se entenda a forma como tais narrativas se inserem no conjunto da reflexão aqui proposta. Não se trata de dar exclusividade a alguma clínica específica (da infância, da adolescência, de adultos etc.), mas de ver nas narrativas – entendidas como ilustrações de um fazer que inclui voz e linguagem – como a voz incide numa clínica de linguagem.

Em outras palavras, embora as narrativas – os “dados”, para usar uma terminologia técnica – sejam, em sua maioria, ligadas à infância, elas não são utilizadas, aqui, para ilustrar algo que poderia ser considerado “uma clínica da infância”. Pelo contrário, a ideia de clínica mobilizada neste trabalho transcende tais especificidades: espera-se ilustrar uma clínica em que voz e linguagem estejam implicadas de forma irrestrita.

No entanto, é importante notar que, eventualmente, tratarei de algumas singularidades referentes à realidade particular de cada narrativa. Por exemplo, há momentos em que farei considerações sobre o manhês, sobre aspectos vocais da aquisição de linguagem, sobre as relações mãe-bebê etc. Todavia, essas considerações devem ser percebidas como elementos contextuais e não como a tônica da discussão proposta.

É importante, também, anunciar ao leitor que alguns dos pacientes citados nas narrativas clínicas utilizadas na construção do terceiro e último capítulo ainda se encontram em atendimento fonoaudiológico, enquanto outros se desligaram por motivos diversos. Todas as narrativas foram construídas com nomes fictícios, a fim de preservar a identidade dos pacientes. Também nesse sentido, são fornecidos poucos dados sobre os pacientes e as intervenções. Do mesmo modo, os recortes são breves, a fim de exaltar apenas os acontecimentos que pensei serem pertinentes ao tópico abordado nesta dissertação. Ressalto, portanto, que a intervenção em si não será o foco principal.

Isso posto, é hora de iniciar esse percurso, para que seja possível refletir se a voz pode ser um índice da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem, na tentativa de proporcionar um outro e novo olhar para a voz e a linguagem nesse âmbito, possibilitando que outros clínicos – e até mesmo teóricos – que se interessem por esses temas possam se sentir tocados e convidados a novas reflexões em suas intervenções e estudos.

CAPÍTULO 1

A CONCEPÇÃO DE VOZ E DOS DISTÚRBIOS VOCAIS NO CAMPO DA FONOAUDIOLOGIA

“Se temos voz é para vazar sentimento. Contudo, sentimento demasiado nos rouba a voz.”

(Mia Couto)

A voz é uma área de especialização dentro da Fonoaudiologia. Ela é amplamente estudada considerando seus aspectos anatômicos, fisiológicos e funcionais. Inúmeros trabalhos abordam esses pontos e os relacionam às condições da voz como expressão das emoções, conforme estudos da fonoaudióloga Mara Behlau (referência na área da voz no Brasil) e do médico otorrinolaringologista Paulo Pontes, além de estudos de fonoaudiólogos norte-americanos como Janina Casper e Raymond Colton, que serão citados ao longo deste capítulo. No entanto, a voz, de forma geral, não é tomada como objeto de estudos no campo da linguagem. É como se a voz e a linguagem não estivessem relacionadas, o que implica efeitos quando das reflexões acerca da voz na clínica dos distúrbios de linguagem.

A proposta deste trabalho – pensar a voz como um índice da presença do sujeito na linguagem – acena para a relação e a articulação entre a voz e a linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem a partir de intervenções clínicas fonoaudiológicas. Desse modo, parece importante conhecer o modo como a Fonoaudiologia pensa, vê e tenta descrever a voz, considerando que a voz é abordada, exclusivamente, a partir da clínica dos distúrbios vocais.

Será possível perceber que a Fonoaudiologia, na clínica da voz, se ocupa dos distúrbios e técnicas vocais sem, entretanto, conseguir demarcar, de fato, uma interlocução possível e necessária com a linguagem. É bem verdade que, nas literaturas revisadas, os autores frequentemente indicam que é preciso considerar os “aspectos emocionais”, porém não os definem e não discorrem sobre como os mesmos interferem na expressão da voz. Descrevem, por exemplo, as características anatomofuncionais da voz entoada com muita tensão, mas não traçam interlocuções entre a clínica da voz e a posição que o sujeito falante, o dono de sua voz, ocupa ao se colocar na linguagem. Observa-se, também, até mesmo o inverso: não se reflete sobre o modo como, a partir da posição que o sujeito assume ao se situar na linguagem, como é possível que ele coloque sua voz em cena e como uma produz efeitos sobre a outra.

Com base no que foi exposto acima, este capítulo se propõe a traçar uma breve revisão acerca da voz na Fonoaudiologia, apresentando achados bibliográficos referentes à voz e à

clínica vocal. Serão abordados desde os aspectos anatomofisiológicos da voz até o modo como ela é comumente caracterizada na literatura fonoaudiológica.

Este capítulo se estrutura considerando a busca de uma abertura para uma possível relação entre a voz e a linguagem na clínica da voz. Nessa direção, Steuer e Ferreira (2008, p. 308) indicam que prescrever a indicação ou não de um tratamento baseado nas observações das características anatomofuncionais “[...] é insuficiente para a compreensão da estrutura da expressão vocal singular”. A voz incidindo sobre a linguagem poderia ser entendida justamente como essa *expressão vocal singular*, pois, ainda segundo as autoras, a voz abarca uma série de variações, que estariam na dependência e na relação com “[...] o conteúdo daquilo que se pretende dizer, e também com o interlocutor e com o contexto no qual se fala” (STEUER; FERREIRA, 2008, p. 310).

Vê-se, a partir da visão das autoras citadas, que voz e linguagem estão imbricadas no sujeito falante. Ora, considerar as variações da voz na dependência daquilo que se diz, para quem se diz e no contexto dessa relação parece ser uma definição própria da voz nos processos enunciativos, uma definição própria da voz na linguagem. No entanto, ficará evidente que a linguagem não é articulada com a voz quando das descrições das características vocais de um paciente, que se centram essencialmente em características anatômicas e fisiológicas, como será possível observar com as descrições apresentadas no decorrer do capítulo.

Este é um capítulo que contribui com o objetivo traçado para esta dissertação, pois é a partir dele que a falta de articulação entre voz e linguagem na clínica fonoaudiológica¹² se torna explícita. Parece importante situar, inicialmente, essa separação, para ser possível propor as costuras necessárias para que os fios produzam algum sentido. Desse modo, conhecer o caminho traçado pela fonoaudiologia sobre a voz é uma tentativa de encontrar as pontas dos fios, costurando-os com a linguagem e tecendo, assim, um lugar para a voz do sujeito falante em sua enunciação. Começaremos, então, a busca pelas pontas soltas que possam favorecer, ou não, nossas amarras.

1.1 AS DISFONIAS E AS FUNÇÕES LARÍNGEAS

¹² Há os trabalhos da fonoaudióloga Eda Franco (2002; 2013) que propõe uma aproximação entre voz e linguagem no âmbito da voz profissional. Embora sua abordagem não se refira à instância clínica, seus trabalhos são precursores da discussão entre voz e linguagem a partir da teoria linguística proposta por Benveniste.

Quando se trata da voz, a Fonoaudiologia se ocupa basicamente dos distúrbios vocais, chamados disfonias. Essas, conforme Behlau, Azevedo e Pontes (2001)¹³, constituem um distúrbio da comunicação oral, uma vez que a voz falha ao não cumprir com a transmissão da mensagem, tanto oral quanto emocional. Essa falha constitui, para os autores, uma dificuldade ou uma alteração na produção da voz do sujeito falante.

Behlau, Azevedo e Pontes (2001) também propõem uma classificação das disfonias em orgânicas, funcionais e organofuncionais. As disfonias orgânicas seriam as que independem do uso da voz, como as encontradas em casos de malformações craniofaciais, tumores e traumas, entre outros. As funcionais, por sua vez, seriam as desordens do comportamento vocal que podem decorrer do uso inadequado da voz, por inaptações vocais ou alterações psicogênicas. Já as organofuncionais seriam as disfonias de base funcional, mas que apresentam lesões secundárias.

A incidência das disfonias causadas por alterações psicoemocionais é alta. Behlau, Azevedo e Pontes (2001, p. 71) afirmam que é “[...] fácil compreendermos a participação dos fatores emocionais na produção de uma disфония, quando lembramos que comunicar emoções é um dos eventos mais importantes do ser humano, e a voz, seu principal portador”.

Nas passagens acima, é possível começar a abrir um espaço de interlocução entre voz e linguagem. Os autores consideram que o que falha na transmissão da mensagem ao outro é a voz, o que poderia, talvez, levar a um entendimento – porventura demasiado prematuro – de que o que falha é a voz na linguagem.

Outro ponto importante que aparece na literatura é a estreita e significativa relação existente entre a voz e as condições psíquicas do sujeito. As disfonias psicogênicas são classificadas como um quadro clínico específico na Fonoaudiologia. É especialmente através dessas que se pontuam as estreitas relações entre a voz e as possibilidades psíquicas do sujeito falante. Contudo, Pinheiro e Cunha (2004) mencionam que há, nas bibliografias fonoaudiológicas, um uso indiscriminado no que se refere ao termo “psíquico”, o que representa uma imprecisão metodológica. Diversos autores utilizam termos para se referir às “causas” das disfonias psicogênicas como desordens emocionais, distúrbios psiquiátricos ou emocionais, estresse emocional e desordens psicológicas, entre outros. Esse fato é problemático, segundo as autoras, devido ao uso indiscriminado desses termos sem considerar as diferentes concepções referentes ao psiquismo existente entre a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise.

¹³ Apesar da enormidade de materiais que podem ser encontrados sobre as abordagens da voz na fonoaudiologia, as bibliografias aqui utilizadas foram selecionadas por obedecerem a um critério de legitimidade frente às bibliografias de referência na área.

Como a Fonoaudiologia escuta a voz a partir da clínica dos distúrbios vocais, independente da disfonia ser orgânica ou funcional, um claro entendimento das condições de normalidade na produção da voz é imprescindível para que ela seja tratada da forma mais adequada. Segundo Colton, Casper e Leonard (2010), o clínico precisa reconhecer quando algo da fisiologia normal da fonação está alterado para então, considerando, concomitantemente, as características psicológicas da pessoa, selecionar a abordagem mais adequada para o tratamento.

Colton, Casper e Leonard (2010) também mencionam que as funções biológicas da laringe são importantes para o reconhecimento de funções normais ou anormais da fonação. Os mesmos autores, inclusive, afirmam que a fala é uma função adaptada, ou seja, que as estruturas e órgãos envolvidos na fala existem, primeiramente, para outras funções, tais como a respiração e a mastigação.

Os mesmos autores também declaram que “a voz faz parte de uma habilidade exclusivamente humana conhecida como fala” (COLTON; CASPER; LEONARD, 2010, p. 02). Segundo esse ponto de vista, a laringe tem importância tanto para as funções biológicas quanto para a fala. Em relação a esta última, é na laringe que estão abrigadas as pregas vocais, ou seja, é nesse órgão que temos a produção vocal, que vai se modificando e se modulando através do contato com o palato, a faringe, os lábios e a língua, dando corpo à fala. Na língua portuguesa do Brasil, o fato de que todas as vogais e metade das consoantes são vocálicas demonstra a importância da voz para a fala, segundo os autores (COLTON; CASPER; LEONARD, 2010).

Behlau, Azevedo e Madazio (2001) corroboram a afirmação acima, dizendo que a função da fonação é inata ao ser humano, mas que a voz seria adquirida e se moldaria de acordo com o crescimento físico e emocional do indivíduo. Essa afirmação revelaria certo pensamento acerca da singularidade da voz dos sujeitos falantes, pois, para os autores, intenção real do discurso se daria através da mensagem vocal.

Percebe-se que, ao mesmo tempo em que há uma proposta de aproximação da voz com a linguagem, há também um afastamento. Uma diminuição da distância é percebida quando os autores se referem à voz interligada aos aspectos físicos e emocionais de cada indivíduo; contudo, vê-se uma grande separação ao proporem a voz como fala.

Para melhor entender as disfonias, é necessário compreender as ditas condições normais da voz, o que é explicitado na subseção abaixo.

1.2 A PRODUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO NORMAL DA VOZ NA FONOAUDIOLOGIA

Como visto no item anterior, na Fonoaudiologia, a voz é abordada a partir de seus aspectos funcionais, anatômicos e fisiológicos. O conhecimento acerca da produção vocal e do processo maturativo do desenvolvimento da voz é indispensável ao clínico que se dedica ao trabalho na clínica dos distúrbios vocais.

1.2.1 *Produção normal da voz*

O conhecimento acerca do funcionamento vocal do ser humano permitirá um melhor entendimento do modo como a Fonoaudiologia entende e percebe a voz. Surge, então, o questionamento: o que seria uma produção normal da voz? A fonoaudióloga Eda Franco (2013, p. 47, grifos meus) afirma que

[...] a fonação é o resultado do equilíbrio entre a força de ar que sai dos pulmões (aerodinâmica) e a força muscular da laringe (mioelástica). Este som produzido pelas pregas vocais *passa pelas cavidades de ressonância*, compostas pela própria laringe, faringe, boca e cavidade nasal, *formando a voz*.

Percebe-se, com essa passagem, a importância da respiração para a produção da voz. Alterações no padrão respiratório podem provocar uma produção vocal alterada, com esforço, maior tensão, diminuição da intensidade, ou até mesmo uma má coordenação pneumofonoarticulatória¹⁴. Além disso, a respiração influencia e, ao mesmo tempo, pode ser influenciada pelas condições emocionais do sujeito falante. Behlau et al. (2005) afirmam que, embora a respiração possa ser um processo dinâmico e inconsciente, o estado emocional de um indivíduo pode acarretar alterações no padrão de base, alterando a produção da voz.

Um ato de fonação normal é aquele em que a produção da voz é confortável ao sujeito falante, sem esforços e/ou compensações. Em relação à definição de uma voz normal, Colton, Casper e Leonard (2010, p. 283) entendem que “a falta de definição de uma voz normal cria problemas no estabelecimento de objetivos terapêuticos e na descrição de anormalidade e seu grau de severidade”.

¹⁴ Conforme Behlau e Pontes (1995, p. 114) “todas as estruturas participantes desse dinamismo [pneumofonoarticulatório] devem constituir uma unidade funcional, obedecendo à sequência temporal de adionamento da respiração: o fole, da geração do som; o oscilador e, finalmente, sua articulação”.

Behlau, Azevedo e Pontes (2001) afirmam que o aspecto da “normalidade” está ligado aos aspectos fisiológicos, motores, psicológicos e anatômicos. Os autores ainda sugerem o uso do termo “voz adaptada”¹⁵ e recomendam o seu uso

[...] em todas as situações nas quais a produção vocal é de qualidade aceitável, não interfere na inteligibilidade da fala, permite o desenvolvimento profissional do indivíduo, apresenta frequência, intensidade, modulação e projeção apropriadas para o sexo e a idade do falante e transmite a mensagem emocional do discurso (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2001, p. 65).

Em resumo, então, o processo de produção normal da voz para o ser humano seria: a voz se forma, inicialmente, como um som, a partir do ar expirado pelos pulmões, para assumir o estatuto de **voz** quando moldada e modulada na fala, conforme explica Franco (2013).

O processo anormal da fonação, por sua vez, entra para a classificação dos distúrbios vocais. Para entender um ato fonatório desviante, é necessário conhecimento não só da fonação e das disfonias, mas também do que seria considerado um desenvolvimento normal da voz no ser humano, tema abordado no item a seguir.

1.2.2 Processo de desenvolvimento normal da voz

Dentro do campo da Fonoaudiologia, pouco se explora o desenvolvimento e a produção considerada normal da voz. De maneira geral, os estudos nessa área se concentram nos distúrbios vocais, sejam esses de bases orgânicas ou funcionais. Behlau, Azevedo e Pontes (2001, p. 57) tecem certa crítica a esse aspecto, afirmando que os livros especializados não abordam o desenvolvimento normal da voz “apesar da voz ser uma das características mais individualizadas do ser humano, cujos desvios podem ser facilmente identificados pelo ouvinte”. Ainda segundo os autores, “o desenvolvimento da voz acompanha e representa o desenvolvimento do indivíduo, tanto do ponto de vista físico como psicológico e social” (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2001, p. 57).

Ao longo de toda a vida, a voz passará por inúmeras mudanças: do bebê ao idoso, haverá crescimento e maturação das estruturas. No entanto, a voz de cada sujeito falante dispõe de uma qualidade, uma característica única que, apesar de sofrer alterações em diferentes aspectos, será sempre uma marca singular de cada um.

¹⁵ Os autores sugerem o termo “adaptada” como alternativa possível aos termos “normal” e “normalidade”, porém, afirmam, ao mesmo tempo, não ser a expressão mais adequada.0

Behlau, Azevedo e Pontes (2001) mencionam que o uso diferencial da voz, capaz de indicar as emoções e as demandas de um ser, ocorre desde a primeira infância. A emissão sonora de um bebê é a condição primária de que ele dispõe para exteriorizar algo. Colton, Casper e Leonard (2010) afirmam que, no início da vida, a voz serve para expressar prazer, desprazer, dor e fome¹⁶.

Freeman (2004) afirma que o trato vocal de um bebê apresenta diferenças em relação ao trato vocal dos adultos, afirmando, inclusive, que os bebês apresentam mais semelhanças com o trato vocal de primatas adultos do que com o de humanos adultos. No entanto, conforme a autora, a despeito dessas limitações anatômicas, o bebê se mostra um “comunicador ativo”.

Behlau, Azevedo e Pontes (2001) parecem concordar com Freeman. Para eles, as emissões sonoras de um bebê são bastante ricas e suas vozes são classificadas por uma qualidade delgada, devido ao encurtamento do trato vocal e da instabilidade da ressonância. Assim, nos primeiros meses de vida, as modulações das emissões sonoras constituem as expressões do bebê. Com o passar do tempo – mas ainda nos primeiros anos de vida –, vai havendo uma imposição da articulação dos sons, fazendo com que haja uma apropriação do código linguístico ao qual o bebê estaria exposto.

Observa-se, no exposto acima, outra tentativa de aproximação entre voz e linguagem. No entanto, trata-se, ainda, de uma tentativa limitada, não desenvolvida para além disso.

Um mesmo cenário, infelizmente, pode ser percebido também em estudos mais atuais. Há cada vez menos considerações como essas. Colton, Casper e Leonard (2010, p. 173), por exemplo, afirmam que “a laringe ao nascimento serve apenas para respiração e proteção das vias aéreas”. Talvez por isso os autores refiram que a voz do bebê sirva apenas para demonstrar prazer, desprazer, dor e fome.

Da infância até o período da adolescência, a laringe é basicamente igual em meninos e meninas. É na adolescência que ocorrem as mudas vocais, fenômeno mais comumente notado entre os meninos. Nesse período, o corpo inteiro sofre modificações físicas e hormonais; não poderia ser diferente com a laringe. Entre os meninos, a muda vocal é observada entre os 13 e 15 anos, enquanto verifica-se entre os 12 e 14 anos nas meninas. Os problemas de mudas vocais incompletas são mais frequentes nos meninos e, nesses casos, raramente são de origem orgânica (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2001; COLTON, CASPER; LEONARD, 2010).

¹⁶ Existem, inclusive, estudos que classificam e categorizam o choro do bebê nessas instâncias a partir da avaliação da duração, intensidade e frequência fundamental da emissão. A esse respeito, ver Wasz-Höckert et al. (1968) e Hirschberg e Szende (1982).

Freeman (2004) indica que, no período da puberdade, há um aumento da circunferência e extensão do trato vocal – tanto feminino quanto masculino. A autora afirma que a grande mudança na voz dos jovens na adolescência faz parte de um quadro muito mais amplo do que as mudanças fisiológicas e psicológicas. A adolescência é uma fase de grande conflito acerca do desenvolvimento do ciclo vital, e a voz poderia, assim, consistir em um dos aspectos desse período conflituoso.

Ainda segundo Freeman (2004), a voz da fase adulta é aquela que se molda após o processo da muda vocal (em torno dos 21 anos). Nessa fase, as vozes são bastante distintas entre os sexos: homens, em geral, demonstram uma frequência fundamental em torno de 113 Hz e mulheres, de 204 Hz (BEHLAU; AZEVEDO; PONTES, 2001; COLTON; CASPER; LEONARD, 2010).

Colton, Casper e Leonard (2010) entendem que é na fase adulta que se adquire maior controle da expressão motora vocal, que pode alcançar diferentes frequências e qualidades vocais. São essas as habilidades que confirmam um amadurecimento anatomofisiológico para apoiar a fala.

Já no período do envelhecimento, segundo os autores, a voz entra em declínio a partir dos 65 anos. O corpo inteiro passa por um processo biológico complexo de envelhecimento, e o mesmo acontece com a laringe. Há uma alteração muscular desse órgão, o que acarreta alteração nas frequências fundamentais, aumento da nasalidade, redução da intensidade, bem como alterações na velocidade e no ritmo da fala, entre outros. Esses processos estão relacionados com o aumento da rigidez e com a diminuição da flexibilidade o que, presume-se, leva a alterações que afetam os padrões vibratórios das pregas vocais (COLTON; CASPER; LEONARD, 2010).

A partir desse breve panorama, que expõe as condições de um desenvolvimento saudável da voz, torna-se necessário questionar sobre a possibilidade de avaliar se as condições da emissão sonora do sujeito falante estariam adequadas ou desviantes. A fim de clarear esses pontos, o próximo item apresenta uma revisão das características avaliadas pelos fonoaudiólogos que trabalham com a voz¹⁷.

¹⁷ A área da voz na Fonoaudiologia compreende a voz clínica e a voz profissional. O trabalho com voz clínica é o que vem sendo abordado neste trabalho. Já o trabalho com a voz profissional pode envolver a clínica, uma vez que o sujeito falante pode desenvolver alguma alteração vocal, e também pode se desenvolver no âmbito da assessoria. O termo “voz profissional” se destina às profissões que envolvem o uso da voz diretamente, como cantores, professores, atores, locutores e radialistas, entre outros. Como este trabalho se propõe a tecer uma articulação entre voz e linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem, a voz está sendo tomada como uma marca do sujeito na linguagem. Por isso, não foi proposta essa separação didática na escrita desta dissertação.

1.3 AS CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NA PRODUÇÃO E NA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA VOZ

Vê-se que, apesar de as pregas vocais estarem situadas na laringe, outras estruturas e musculaturas estão envolvidas no processo de fonação. Muitos estudos indicam que a função essencial da laringe estaria relacionada à respiração, bem como à proteção da entrada de corpos estranhos no organismo, devido a funções dos reflexos autômatos situados nessa estrutura, como a tosse (GUSMÃO; CAMPOS; MAIA, 2010; BEHLAU; AZEVEDO; MADAZIO, 2001; FAWCUS, 2004).

Em um trabalho acerca dos ajustes laríngeos necessário para o formante¹⁸ de cantores, Gusmão, Campos e Maia (2010, p. 44) propõem que a laringe desempenharia uma função não biológica – porém importante para o ser humano –: “a emissão do som”, cujo equivalente, para o sujeito falante, seria a voz. O estudo, portanto, reduz aquilo que há de mais singular a cada indivíduo à condição de um mero som. Neste trabalho, pelo contrário, as funções da laringe não serão discutidas a partir de suas condições biológicas ou não biológicas, mas enquanto morada das pregas vocais, o que indica o seu papel como um dos órgãos responsáveis pela produção da voz do ser humano.

Antes mesmo do ato de fonação em si, observa-se que há um tensionamento e um alongamento das pregas vocais. Esse fato é importante porque demonstra um padrão da vibração das pregas vocais, o que, segundo Colton, Casper e Leonard (2010) seria importante para a adequação do ato fonatório, evitando algum ataque vocal passível de ocasionar algum tipo de lesão.

Para Teixeira, Ferreira e Carneiro (2011), a voz humana pode alcançar uma extensão variada de frequências. Tal variação reflete a “[...] eficiência do sistema fonatório, a biomecânica laríngea e a sua interação com a aerodinâmica, sendo portanto um importante parâmetro na avaliação anatômica e funcional da laringe” (TEIXEIRA; FERREIRA; CARNEIRO, 2011, p. 2). A mudança na frequência fundamental da voz está relacionada à velocidade da vibração, bem como ao comprimento e à massa das pregas vocais. A frequência fundamental, portanto, diz respeito ao número de ciclos vibratórios por segundo, sendo medida em hertz (Hz) (FELIPPE; GRILLO; GRECHI, 2006; GUSMÃO; CAMPOS; MAIA, 2010; FRANCO, 2013). Trata-se, então, da frequência de maior uso durante a fala de uma pessoa

¹⁸ O termo “formante” tem relação com a ressonância e a frequência fundamental. Trata-se, por exemplo, de um pico de energia percebido em uma emissão de vogal (no canto ou na fala). É um termo bastante difundido entre cantores, atores e clínicos que trabalham com a especificidade da voz profissional.

(FRANCO, 2013). Segundo Colton, Casper e Leonard (2010), a frequência fundamental média para homens estaria situada entre 100 e 150 Hz, enquanto a das mulheres estaria em uma faixa situada entre 180 e 250 Hz.

Outro aspecto importante a considerar é o *pitch*, que está diretamente relacionado à frequência. É, conforme Franco (2013, p. 48),

[...] o correlato perceptual da variabilidade da frequência fundamental; quanto mais aguda a frequência emitida, mais agudo é o *pitch* [...] mas essa não é uma relação linear devido ao nosso sistema auditivo ser mais sensível às mudanças de frequências baixas (de 100 a 200Hz) do que nas altas (de 3.000 a 3.100Hz).

Ainda segundo essa autora, o *pitch* está relacionado à intenção do falante, pois tons mais graves na fala podem remeter a situações melancólicas e tristes, enquanto tons mais agudos carregam uma referência a situações alegres, impulsivas. Ainda em relação ao *pitch*, Behlau et al. (2001, p. 108) o consideram “[...] a sensação psicofísica da frequência fundamental” e enfatizam que “[...] não deve ser confundido com a medida de frequência em si”.

Outra característica importante, bastante variada e ampla, é a intensidade vocal, que pode chegar a 140 dB nas vozes treinadas, como aquelas escutadas nas óperas (BEHLAU; AZEVEDO; MADAZIO, 2001). Segundo Colton, Casper e Leonard (2010), a alteração na intensidade da voz é ocasionada pela maior ou menor resistência da prega vocal, diretamente relacionada à pressão subglótica.

Behlau et al. (2001) afirmam que uma voz em intensidade elevada pode indicar vitalidade e energia, mas também falta de educação, devido à invasão ao espaço do outro, enquanto que as vozes de intensidade reduzida nos fazem pensar acerca de pessoas tímidas, com baixa autoestima e até mesmo dificuldades nas relações interpessoais. Essa sensação psicofísica da intensidade é nomeada *loudness* e corresponde a esse aspecto que usamos quando ouvimos uma voz e a classificamos como forte ou fraca.

Também é importante considerar o aspecto da ressonância, que, para Behlau et al. (2001), diz respeito à amplificação e ao amortecimento de determinados sons da voz. Franco (2013) e Gusmão, Campos e Maia (2010) complementam essa descrição, afirmando que a ressonância se dá nas cavidades acima das pregas vocais, como faringe, boca e nariz. O uso desequilibrado dessas cavidades pode acarretar alterações que são percebidas através da voz. Pode-se, por exemplo, perceber uma voz tensa quando há um predomínio maior na laringe, uma voz mais grave ou mais aguda dependendo da contração na faringe, ou mesmo uma voz abafada quando há predomínio de secreção na cavidade nasal.

Existem, ainda, aspectos como a articulação e a pronúncia que, segundo Behlau e Pontes (1995)¹⁹, exigiriam uma adequação motora dos órgãos fonoarticulatórios na produção dos sons na fala. Uma articulação precisa e bem definida conduziria o ouvinte a uma maior credibilidade em sua relação com o falante, enquanto uma fala sem clareza articulatória pode ser percebida como desinteressante. Já a pronúncia se refere às variações articulatórias de um mesmo fonema, decorrentes da exposição ao código linguístico de uma determinada população ou região.

Além dos aspectos listados acima, Behlau et al. (2001) informam que a velocidade e o ritmo da fala são características importantes, que estão relacionadas à articulação. O ritmo seria a condição da tradução do pensamento em fala; assim, um ritmo muito rígido, duro, pode levar a uma impressão de não ser algo natural e sim mecanizado, enquanto a irregularidade do ritmo pode diminuir a efetividade da comunicação. Já a velocidade da fala diz respeito ao número de palavras ditas por minuto. Essa condição também pode lesar a efetividade comunicacional. Em média, o falante do português brasileiro utiliza em torno de 130 a 180 palavras por minuto. Um falante que utiliza menos de 130 palavras por minuto é considerado muito lento, o que pode desinteressar o ouvinte, enquanto que o uso de mais de 180 é considerado muito rápido e pode gerar confusão ou não entendimento da mensagem passada (BEHLAU et al., 2001; FRANCO, 2013).

Outra característica que interfere na produção vocal é a diadococinesia, definida como a habilidade que temos de repetir rapidamente sequências simples na fala de alguns sons, que podem ser apenas vogais ou sílabas iguais (ta... ta...ta...) ou diferentes (pa... ta... ka...) (BEHLAU et al., 2001).

A dinâmica respiratória também é fundamental quando da avaliação da voz, pois, conforme Behlau et al. (2001), a produção vocal pode ser alterada se houver aporte de ar insuficiente. A tendência atual da clínica, no entanto, é não avaliar exaustivamente a respiração, mas sim a coordenação pneumofonoarticulatória, com a sonorização glótica e a articulação da fala.

Os aspectos citados acima seriam os principais pontos a avaliar e observar na clínica dos distúrbios vocais. No entanto, é importante observar que Freitas (2012) afirma que a utilização de um método único para a avaliação é muito difícil, pois nenhum será de abrangência satisfatória, o que conduz à necessidade do uso de análises multifatoriais.

¹⁹ A publicação desses autores, intitulada *Avaliação e tratamento das disfonias*, é uma obra de referência para os profissionais da área. Todas as referências utilizadas pelas obras citadas neste capítulo, por exemplo, referenciam essa publicação. Assim, apesar da defasagem da data desse livro, o cito devido à sua importância e relevância para a Fonoaudiologia.

Em sua tese, Freitas (2012) ainda menciona que a avaliação perceptiva da voz – que, de forma geral, engloba os itens e características citadas acima – é a mais utilizada cotidianamente entre os clínicos, pois não demanda nenhum equipamento específico. Entretanto, é uma avaliação subjetiva, já que depende da escuta que o profissional terá da voz do paciente, além de não haver como mensurar objetivamente a sua qualidade vocal.

Embora existam muitas divergências na literatura revisada acerca desse modelo de avaliação, ele ainda é o mais amplamente utilizado na prática clínica dos fonoaudiólogos brasileiros²⁰ que trabalham na clínica dos distúrbios vocais. Essa ainda é, de maneira geral, a primeira avaliação a ser feita para, posteriormente, realizar os encaminhamentos para avaliações objetivas, médicas e afins, quando o paciente busca, inicialmente, o fonoaudiólogo, e não o médico.

Atualmente, existem inúmeros dispositivos utilizados pelos clínicos que são capazes de quantificar a voz do paciente. Muitas literaturas descrevem que o uso desses *softwares* trouxe uma maior fidedignidade aos dados obtidos em uma avaliação puramente subjetiva, já que são capazes de tornar os dados objetivos. Porém, Freitas (2012) aponta que, apesar de esses dispositivos não serem invasivos ao paciente, eles também não seriam tão objetivos, uma vez que dependeriam de fatores como a digitalização do sinal acústico, a inserção dos dados pelo avaliador etc.

Assim, é possível perceber que o desenvolvimento desses programas pode auxiliar os clínicos, desde que eles se proponham a escutar os pacientes em suas vozes. Por outro lado, se esses equipamentos forem utilizados sem essa escuta, os *softwares* serão apenas um de muitos dispositivos criados na tentativa de uma quantificação e padronização de sintomas vocais, bem como da voz em si.

Ainda em relação à avaliação da voz, Leite et al. (2008) afirmam que a clínica fonoaudiológica pode se centrar em dois paradigmas. Um deles seria o paradigma cartesiano, que visa ao sintoma. Nessa vertente, a lógica da pesquisa e da clínica fonoaudiológica separa a voz do falante de todo o seu contexto histórico-social e considera a produção orgânica da voz, assim como sua quantificação e mensuração. O segundo paradigma é aquele centrado no sujeito, consistindo, portanto, em uma versão de pesquisa e clínica que versem sobre a “[...] voz no contexto do acontecimento de linguagem, sustentando um modelo que integra o sujeito, a linguagem, a intersubjetividade e o social” (LEITE et al., 2008, p. 131). Esse modelo clínico

²⁰ Faço referência à nacionalidade brasileira, pois o estudo de Freitas foi realizado em Portugal. Contudo, é uma realidade observada também no Brasil.

entende que a mensuração e a quantificação da voz não dão conta de todo o problema, justamente por que esses procedimentos não consideram questões intersubjetivas e sociais.

Esse segundo paradigma vai ao encontro da proposta desta dissertação. No entanto, o valioso método explicitado pelas autoras, que comportaria voz e linguagem na clínica dos distúrbios vocais, é uma abordagem não encontrada facilmente nos livros e artigos que versam sobre a voz na Fonoaudiologia. Desse modo, seguirei me centrando nas descrições comumente e amplamente difundidas entre a maioria dos profissionais, uma vez que a proposta desse capítulo é conhecer a forma como a Fonoaudiologia pensa a voz a fim de buscar aberturas que possibilitem uma articulação entre voz e linguagem.

Na abordagem fonoaudiológica da voz, é comum encontrar o uso de diversos termos criados para caracterizar a voz de um paciente. Esses termos são amplamente difundidos e utilizados quando de uma avaliação subjetiva da voz, ou seja, mesmo aquele clínico que se proponha a escutar a voz do sujeito falante acaba tentado a enquadrar essa voz “desviante”. O próximo item abordará os tipos de vozes mais descritas e encontradas no contexto da clínica dos distúrbios vocais.

1.4 OS TIPOS DE VOZ E SUAS IMPRESSÕES DESCRITAS PELA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

Como já foi mencionado acima, o conhecimento dos processos normais envolvidos na fonação é imprescindível para o trabalho de reabilitação de algum distúrbio vocal, embora, por si só, não seja suficiente uma vez que não se busque conhecer o sujeito dono da voz.

Ao descreverem os tipos de voz, Behlau e Pontes (1995) afirmam que, além da influência das características anatômicas sobre eles, há também a interferência de aspectos psicológicos e sócio-educacionais. Assim, os autores dizem que é preciso considerar

os fatores relativos ao falante, os quais se resumem a dois grandes grupos: intrínsecos, como fatores hereditários, constitucionais, de saúde geral e de natureza psicológica; e extrínsecos, dependentes principalmente do ambiente e do nível sócio-econômico-cultural do falante, onde também estão incluídos elementos de modismo (BEHLAU; PONTES, 1995, p. 71).

Percebe-se, nessa passagem, que há uma tentativa, por parte dos autores, de considerar o sujeito falante no uso de sua voz. No entanto, as “características psicológicas” não são exploradas; são apenas citações que podem abrir ao leitor um leque de pensamentos variados ou podem acabar não significando nada.

Colton, Casper e Leonard (2010), de certa forma, justificam um pouco essas afirmações ao apontarem para a dificuldade de definir uma voz normal e para a conseqüente maior facilidade na descrição e classificação da anormalidade.

Normalmente, quando um paciente busca o auxílio de um fonoaudiólogo, sua voz já está alterada. Esse é um dado de suma importância, pois é mais um indício de que o clínico precisará escutar, também, aquilo que o paciente tem a dizer sobre a sua própria voz. Se o paciente já chega com a voz alterada, como poderá o clínico tentar classificar a voz normal de determinado paciente?

Nesse sentido, Colton, Casper e Leonard (2010) afirmam que a relação entre o paciente e a sua voz precisa ser compreendida e incorporada à terapia. Entretanto, embora os autores citem os “fatores emocionais”, ao mencionar a abordagem clínica, apenas sugerem o acompanhamento de profissionais como psicólogos ou psiquiatras. Novamente, há uma tentativa de separar a voz e a linguagem!

Em um estudo no qual tentam analisar qualitativamente a divergência e a convergência dos termos utilizados na clínica fonoaudiológica, Leite et al. (2008) mencionam que os profissionais que trabalham com voz a partir da lógica cartesiana percebem a voz como um “ato laríngeo”. Nessa visão, há uma tentativa de fazer com que a percepção auditiva da voz se enquadre em determinada patologia, ou seja, que o auditivo se case com o dado visual obtido através do exame médico.

Atrelar a voz de alguém a uma patologia ou disfunção seria produzir um apagamento total do sujeito falante. Leite et al. (2008, p. 133) ainda afirmam que relacionar uma voz única a alguém com pólipos, nódulos e fendas, entre outros, seria “[...] seguir uma direção em que não se reconhece um sujeito produtor da voz, com uma história singular que molda ou constrói seu distúrbio vocal, dando-lhe nuances sonoras únicas”.

Nesse mesmo estudo, as autoras indicam que a realidade da clínica se mostra diferente, pois cada paciente demonstra a sua própria voz, afirmando que,

marcada pela herança advinda de outras ciências que colaboraram em sua criação, a clínica e a pesquisa fonoaudiológicas da voz apresentam muitas vezes, abordagens segmentadas, parciais e tecnicistas, que propõem tratar da voz de forma determinada e invariável dentro de padrões preestabelecidos (LEITE et al., 2008, p.133).

A passagem acima retrata como a maioria dos profissionais da Fonoaudiologia age em uma intervenção clínica. Trata-se uma constatação realmente delicada, pois, para o terapeuta, é

mais “fácil” não ter de lidar com o sujeito em questão, porém, tal abordagem é devastadora para o sujeito em tratamento.

Leite et al. (2008) ainda descrevem e analisam alguns estudos que defendem a lógica de não se considerar apenas o sintoma, mas também o sujeito, e afirmam que levar em conta aquele que está produzindo a voz não significa perder a objetividade da avaliação ou do tratamento fonoaudiológico. No entanto, entre as leituras realizadas para a escrita desta dissertação, além do trabalho de Leite et al, apenas Steuer (2005) efetivamente se posiciona em defesa do sujeito falante na clínica fonoaudiológica da voz. Os demais trabalhos citados apenas caem no vazio do uso das expressões “características psicológicas”, “aspectos emocionais”, “personalidade”, entre tantos outros.

Retornando à citação acima, pode ser possível entender que os “padrões preestabelecidos” citados se refiram a uma classificação comum e usual entre os fonoaudiólogos que trabalham com a voz e com distúrbios vocais. Existem inúmeros tipos de vozes; no entanto, alguns desses tipos aparecem com maior frequência na clínica fonoaudiológica. Esse tópico será desenvolvido a seguir.

1.4.1 Tipos de vozes mais usados e descritos na clínica de voz para a Fonoaudiologia

Embora existam cerca de 300 termos utilizados para definir uma condição vocal, não há consenso entre os autores e pesquisadores em relação à terminologia dessa área. Observa-se que os termos utilizados para definir a qualidade vocal são poucos e sempre homogêneos; desse modo, acabam sendo utilizados com certa consonância na literatura fonoaudiológica (FREITAS, 2012).

Segundo Andrade (2003), a frequência fundamental, a intensidade vocal e a qualidade vocal compreendem os sintomas acústicos aos quais o profissional deve estar sempre atento. Esses seriam os principais sinais indicativos de possível alteração no trato vocal, sejam de ordem orgânica ou funcional.

Ainda em relação a essas descrições, destaco que Behlau et al. (2001) indicam que o tipo de voz de um paciente é definido através do padrão básico de sua emissão, além de enfatizarem que o tipo de voz não é sinônimo de uma disfonia. Os autores também afirmam que não há uma precisão dentre as variadas definições acerca dos tipos de voz e que, muitas vezes, utilizam-se termos táteis e visuais, ou seja, de outros ramos sensoriais que não o auditivo, para descrever uma impressão vocal.

No âmbito clínico, essas classificações são predominantes. No entanto, também é necessário observar a definição dos tipos de vozes mais comumente encontradas em relatos clínicos descritos na literatura revisada, como exponho abaixo.

A voz rouca é a alteração mais comum na clínica dos distúrbios vocais. É uma voz ruidosa, que não combina com a harmonia de uma voz dita “normal”. A intensidade se encontra alterada, em um misto de soprosidade e aspereza. É um estado frequentemente associado a lesões orgânicas na laringe e quadros organofuncionais (BEHLAU; PONTES, 1995; BEHLAU et al., 2001). A voz rouca remete o ouvinte a uma ideia de cansaço, de esgotamento, mas sua escuta não chega a ser desagradável (BEHLAU; PONTES, 1995).

A voz áspera é aquela voz desagradável de se escutar. É uma voz rude, que transmitiria certa agressividade ao ouvinte, na qual se percebe um grande esforço do falante. É uma condição relacionada à rigidez da prega vocal.

Já a voz soprosa é aquela que transmite uma sensação de fraqueza, mas que também pode ser escutada como sensual. Esse tipo de voz pode ser encontrado na literatura como sinônimo da voz áspera; no entanto, a soprosidade está relacionada ao escape de ar não sonorizado. Ou seja, escuta-se um ruído do fluxo aéreo que escapa durante a fonação, o que faz com que seja de frequência mais grave e intensidade baixa. Isso pode acontecer em quadros de fadiga vocal, disфонia e doença de Parkinson, entre outros (BEHLAU; PONTES, 1995; BEHLAU et al., 2001).

Existe, ainda, um extremo da voz soprosa: a voz sussurrada. Nesses casos, há escape total do ar, sem possibilidade de sonorização. Geralmente, a voz sussurrada é conhecida como a voz para contar segredos, porém, é importante ressaltar que pode ser uma afonia de origem emocional ou um dano neurológico que resulte em paralisia total bilateral abduutora das pregas vocais (BEHLAU et al., 2001).

Behlau et al. (2001) também mencionam a existência de vozes em que há predomínio de tensão durante sua emissão: as vozes guturais, as comprimidas e as tensas-estranguladas. Na voz gutural, há uma tensão maior na região da laringe e da faringe, fazendo com que a projeção e o volume da voz sejam bastante prejudicados. Geralmente, esse tipo de voz possui origem emocional e pode acabar transmitindo a sensação de raiva²¹. A voz comprimida, como o próprio nome já diz, traz uma compressão de todo sistema fonatório, ocasionando uma tensão exagerada na vibração das pregas vocais. Já a voz tensa-estrangulada traduz ao ouvinte uma sensação aflitiva, como angústia e desespero. Isso ocorre em função da incoordenação

²¹ É importante ressaltar que essa observação é pertinente para o português do Brasil, pois existem idiomas, como o alemão, em que o padrão de emissão sonora é mais gutural.

pneumofonoarticulatória evidente, que causa quebras de frequência e sonoridade e faz com que a voz seja um som entrecortado.

Behlau e Pontes (1995) e Behlau et al. (2001) incluem, entre os tipos de voz, a voz bitonal e a voz diplofônica, que se caracterizam por apresentarem dois sons diferentes em sua emissão. Na voz bitonal, há um desnivelamento entre as pegadas vocais que causa alteração na qualidade vocal, na altura e na intensidade. Seria como se o ouvinte escutasse duas vozes diferentes, o que pode causar estranheza e indefinição, inclusive quanto ao gênero sexual do falante. A voz diplofônica, por sua vez, não apresenta a característica do desnivelamento, mas é representada pelo uso de diferentes estruturas, como as pregas ariepiglóticas, por exemplo. Um tipo relacionado é a voz polifônica, que indica uma situação de extrema irregularidade na qualidade vocal, semelhante a um ruído. É encontrada em casos de pós-operatório de laringectomias parciais.

Os mesmos autores ainda apresentam a voz monótona, descrita como um tipo de voz que não captura o ouvinte, caracterizando o falante como desinteressante e podendo, inclusive, comprometer a comunicação. Essa é uma voz em que encontramos inflexão reduzida, com monoaltura e monointensidade. Pode ser encontrada em indivíduos depressivos ou consistir um sinal de alguma desordem neurológica (BEHLAU; PONTES, 1995; BEHLAU et al., 2001).

Outra voz citada por Behlau e Pontes (1995) e Behlau et al. (2001) é a voz trêmula, que demonstra variação em sua frequência fundamental. Geralmente essa oscilação vai de 4 Hz a 8 Hz e é percebida em momentos de fortes emoções, passando ao ouvinte a sensação de fragilidade, indecisão, sensibilidade ou até mesmo senilidade.

Outro tipo considerado é a voz pastosa, aquela em que há diminuição do uso da ressonância oral e faríngea. Pode acontecer em casos relacionados a distúrbios neurológicos, quando há imprecisão articulatória e em casos de hipertrofia de amígdalas palatinas, entre outros. Uma possível impressão ao ouvinte é de que o falante poderia estar embriagado. Também pode indicar uma limitação intelectual (BEHLAU; PONTES, 1995; BEHLAU et al., 2001).

Behlau e Pontes (1995) e Behlau et al (2001) descrevem, ainda, a voz crepitante – também conhecida por *vocal fry* ou *creaky voice* – que seria caracterizada pelo uso de um tom grave, um registro basal que, embora seja utilizado por todos os falantes em um momento ou outro, se configura em um grande abuso vocal, constituindo uma desordem vocal importante, quando esse registro se torna “habitual” para alguém. As referências são de uma voz assustadora, causando estranheza e medo.

Também existem vozes que são descritas por sofrerem influências da cavidade nasal, como a voz hipernasal, em que há predomínio da ressonância nasal nos sons orais. Essa voz está associada a disfunções de esfíncter velofaríngeo e a fissuras labiopalatinas com grande escape de ar pelo nariz, mesmo em fonemas orais. A voz hiponasal, por sua vez, é o oposto da hipernasal, pois implica pouquíssimo uso da cavidade nasal na produção dos sons devido a obstruções, como quando da ocorrência de quadro gripal ou devido à presença de pólipos, de atresias de coanas e de septo, entre tantas outras. (BEHLAU; PONTES, 1995; BEHLAU et al., 2001).

Ainda é necessário considerar as vozes infantilizadas, feminilizadas, virilizadas e presbifônicas. A voz infantilizada, apesar do nome, não se refere ao momento da infância, mas sim ao estado em que a voz não condiz com a idade do falante. É uma voz aguda que pode ocorrer por uma condição orgânica de laringe infantil; porém, na maioria dos casos, é de origem psicológica, como nos casos das mudas vocais incompletas. A voz feminilizada se relaciona à voz infantilizada por ser comumente verificada nos casos de mudas vocais incompletas e pelo uso de um tom agudo que excede o limite tanto para homens (que se situa entre 140 e 150 Hz) quanto para mulheres (acima de 150 Hz). Já a voz virilizada é o contrário da feminilizada: há, nesse tipo de voz, um predomínio de tons graves, associados à presença de edemas nas pregas vocais das mulheres, por exemplo. Para a realidade brasileira, uma mulher que utilize uma frequência fundamental abaixo de 190 Hz já apresenta um *pitch* muito grave para os padrões socioculturais. Por fim, a voz presbifônica é a voz do idoso (geralmente acima dos 65 anos). É uma voz na qual não há sustentação da intensidade nem da frequência fundamental, ocasionando quebras frequentes. Devido a essas alterações nas frequências fundamentais, as vozes de idosos masculinos e femininos são semelhantes. Ao ouvinte, é uma voz que remete a uma fragilidade física, a um quadro de senilidade ou, até mesmo, de doenças (BEHLAU; PONTES, 1995; BEHLAU et al., 2001).

Essas classificações auxiliam o clínico que trabalha com distúrbios vocais a se guiar em relação às alterações vocais, pois, como já foi mencionado, é muito difícil dizer o que seria uma voz “normal”. No entanto, é importante ressaltar, também é impossível trabalhar nessa clínica sem considerar a linguagem e o lugar em que o sujeito falante se coloca ao produzir seu ato enunciativo.

Em seu texto “Um olhar para a expressão vocal”, Steuer (2005, p. 235) afirma que “o emprego da voz está relacionado a um modo de ser e de interagir com o mundo [...]” e que “[...] por essa razão, a voz não pode ser compreendida como manifestação desvinculada da expressividade da pessoa [...]”.

A autora também relata que, trabalhando na clínica dos distúrbios vocais, sua avaliação consistia na observação de certos parâmetros, tais como qualidade vocal, ressonância, respiração, articulação, velocidade e ritmo, *pitch*, além de todos os outros já mencionados anteriormente (ver seção 1.3). Steuer (2005, p. 236) ainda menciona que, clinicando dessa maneira, a “[...] terapia dirigia-se à modificação dos parâmetros alterados para adequação do comportamento vocal – excluídos tanto da avaliação, quanto da terapia ficavam os ajustes singulares que acontecem na produção vocal”.

Os “ajustes singulares” que a autora menciona fazem refletir exatamente sobre a voz como marca do sujeito na linguagem. Ora, não se trata desses ajustes na produção vocal, senão justamente daquilo que existe de singular no sujeito falante: a voz. Por essa razão, a categorização da voz não pode ser generalizada; o planejamento terapêutico vocal deve ser adequado a cada indivíduo ao invés do falante se adequar às técnicas, pois, conforme diz Steuer (2005, p. 239),

cada pessoa pode ser reconhecida por sua voz. Assim o uso vocal, seja dentro, seja fora de situações em que algum distúrbio se apresenta, deve ser visto da mesma maneira: a pessoa procura trazer aquilo que de mais particular existe e que possa colaborar para um uso saudável, ou não, da voz. Os gestos vocais, respiratórios e corporais devem ser lidos com o intuito de compreender *aquele sujeito* que veio em nossa direção com um desconforto e que, sozinho, não pode se perceber no uso que faz da voz e nos seus ajustes fixos que tendem a deixá-lo no mesmo lugar.

Steuer, então, mostra que, embora a categorização da voz e as técnicas vocais sejam aliadas do profissional, o fonoaudiólogo não pode se prender a elas. É necessário conduzir uma leitura e uma escuta clínica que partam sempre da percepção de que cada paciente é único e de que a sua voz é a marca própria dessa singularidade. Assim, as técnicas sugeridas devem se ajustar ao tratamento; e o paciente não deve se adequar a ela.

1.5 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Este capítulo objetivou tentar descrever a forma como a Fonoaudiologia pensa e vê a voz, notando que ela é situada sempre a partir da clínica dos distúrbios vocais. Assim, fez-se necessário apresentar uma revisão dos principais achados bibliográficos concernentes à voz e à clínica vocal nessa área.

Ao longo das páginas, percebe-se a tentativa de se considerar as condições do sujeito falante para além do anatômico e do fisiológico. Todavia, o que fica mais evidente é um efeito

de higienização da voz dos sujeitos falantes, tanto através das denominadas avaliações objetivas quanto da avaliação perceptiva-auditiva da voz, ou seja, da avaliação subjetiva que o clínico exerce acerca da voz de seu paciente.

Existe certo consenso cultural acerca de características e qualidades vocais de um indivíduo. Tal consenso é importante como ponto de partidas nas avaliações e terapias vocais, mas nunca deveria ser tomado como uma padronização.

No entanto, ao mesmo tempo, parece haver uma necessidade de classificação da voz. Há, sem dúvida, uma validade terapêutica nessas classificações: se a voz do paciente é rouca pela presença de nódulos, edemas ou pólipos, é possível indicar a técnica do bocejo-suspiro. Se for uma voz soprosa por paralisia de prega vocal, uma das técnicas indicadas é a deglutição incompleta sonorizada. Se há dificuldade no processo de muda vocal, usa-se a vocalização inspiratória. Ou seja, a literatura fonoaudiológica indica as técnicas adequadas a cada quadro, mas sempre também descreve a importância de considerar as condições psicológicas do paciente.

Percebe-se, portanto, que existe uma preocupação real com as características emocionais do paciente, pois os estudos dessa área na Fonoaudiologia quase sempre citam esse fator como algo decisivo para o sucesso da abordagem terapêutica. No entanto, ao descreverem – além do diagnóstico – as queixas, sinais e sintomas, os trabalhos se centram exclusivamente nas características da voz emitida, além das possíveis técnicas a serem utilizadas. Desse modo, há quase uma impressão de que voz e sujeito podem ser independentes um do outro no momento da execução de um planejamento terapêutico.

Se falo em uma separação entre voz e sujeito a partir do exposto até aqui, deve ficar claro que essa separação indica uma falta de articulação entre voz e linguagem. Se a voz é exclusiva do ser humano, como separá-la da linguagem, uma vez que o sujeito está na linguagem e se vale dela para viver?

Nesse sentido, encontro alento no trabalho de Leite et al. (2008) quando as autoras descrevem e analisam alguns estudos que defendem a lógica de não se considerar apenas o sintoma, mas também o sujeito, e afirmam que levar em conta aquele que está produzindo a voz não significa perder a objetividade da avaliação ou do tratamento fonoaudiológico. No entanto, é importante ressaltar que, entre as leituras realizadas para a escrita desta dissertação, apenas os trabalhos dessas autoras e de Steuer (2005) efetivamente se posicionam em defesa do sujeito falante na clínica fonoaudiológica da voz. Todos os outros trabalhos citados apenas caem no vazio do uso das expressões “características psicológicas”, “aspectos emocionais” e “personalidade”, entre outros.

No decorrer da revisão feita para a elaboração deste capítulo, outro ponto também merece destaque: a voz é, muitas vezes, confundida com a fala. Em uma passagem, por exemplo, há a explicitação de que “a voz faz parte de uma habilidade exclusivamente humana conhecida como fala” (COLTON; CASPER; LEONARD, 2010, p. 02). Há, também, menções ao fato que a função de fonação é inata, enquanto a voz seria adquirida (BEHLAU; AZEVEDO; MADAZIO, 2001) ou que o som passaria pelas cavidades de ressonância e assim formaria a voz (FRANCO, 2013). Ora, o que é adquirido é a habilidade de falar, de colocar o sistema da língua em movimento através da fala vocalizada. O que *forma* a voz, então, seria a fala? Antes de ser moldada em fala, a voz seria apenas som? Essas são pontuações que deixam claro, para mim, a pouca articulação existente entre voz e linguagem.

Nesta dissertação, a voz não é entendida como fala. A voz é situada como um fenômeno que marca a singularidade do sujeito falante na linguagem. Sem dúvida, a voz pode se fazer presente na fala oral, mas não exclusivamente. O choro, o grito e o gemido, por exemplo, também são atos reveladores da voz do sujeito falante e, em alguns casos, são as únicas possibilidades de expressão oral que são encontradas na clínica dos distúrbios de linguagem. Além disso, também é possível observar fala sem voz, como nas línguas visoespaciais e nos gestos sociais reconhecidos em cada cultura. Logo, colocar a voz como fala e a fala como voz não só é um engano tremendo como uma postura iatrogênica no que concerne à clínica dos distúrbios de linguagem. A voz só assume, de fato, o estatuto de voz quando alçada na linguagem pelo sujeito falante.

A voz tomada como fala também fica explícita quando autores se referem à voz de bebês como *emissão sonora*. Se o bebê ainda não fala, isso significa que ele não teria voz? Há, nessas afirmações, um reducionismo na capacidade e na vivacidade que existe na voz do bebê. Aos dois ou três meses de vida, um bebê pequeno já consegue estabelecer turnos dialógicos com sua mãe, produzindo, inclusive, entonações variadas na voz, mostrando as condições precoces de estar na linguagem. Portanto, descrever a voz de bebês como emissão sonora advém do fato das abordagens vocais não considerarem a linguagem.

Na clínica dos distúrbios vocais, não é incomum que pacientes que apresentem alguma alteração em sua voz afirmem, em relação à voz emitida, que ela “não é a minha voz”. Ora, se a voz é aquilo que o sujeito falante tem de marca maior da sua singularidade, qual é a sensação de não se reconhecer em sua voz? São pacientes aprisionados em uma voz que dá corpo à língua e a uma fala que não possibilita que eles se reconheçam em seu próprio ato enunciativo. Nesse momento, uma terapia vocal pode ter dois caminhos: escolher as técnicas adequadas para determinada lesão ou patologia e apagar o sujeito ou escolher as técnicas adequadas para

determinada lesão ou patologia considerando aquele que fala e que é dono de sua voz, considerando, portanto, a voz na linguagem.

Em resumo, este primeiro capítulo foi dedicado à descrição de como a fonoaudiologia, de maneira geral, estuda a voz. Foi uma revisão bibliográfica necessária para explicitar a exclusão da linguagem quando a Fonoaudiologia fala de suas abordagens relativas à voz. Pode-se perceber, nas perspectivas acima, que a voz, a linguagem e o sujeito falante não estão articulados; são, pelo contrário, tomados como instâncias desvinculadas. O próximo capítulo, por sua vez, trata das relações entre voz e linguagem na visão aqui desenvolvida. Tais relações devem permitir que o clínico reflita sobre a voz na clínica dos distúrbios de linguagem.

CAPÍTULO 2

VOZ, ENUNCIÇÃO, LINGUAGEM E CLÍNICA

“Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha.”

(Eduardo Galeano)

No capítulo anterior, foi proposta uma revisão bibliográfica sobre o papel da voz segundo a especificidade da Fonoaudiologia, com o intuito de explicitar a pouca interlocução entre a voz e a linguagem a partir da leitura que os fonoaudiólogos produzem sobre a clínica da voz. Observou-se que, embora exista uma tentativa de aproximação entre essas áreas, os clínicos não a abordam de maneira eficaz, uma vez que há menções ao sujeito falante, mas ele não é relacionado às descrições técnicas propostas.

Neste segundo capítulo, por sua vez, faço uma tentativa de aproximação entre voz e linguagem. Entretanto, será possível perceber que tal aproximação não se dá unicamente pelo viés sob que a fonoaudiologia toma a linguagem. Se a linguagem está em falta na clínica da voz, o inverso é recíproco: na clínica de linguagem, a voz, tampouco, encontra espaço.

Se a voz é um fenômeno que interessa diferentes áreas do conhecimento, o mesmo se pode dizer da linguagem. Nesse sentido, é somente no trabalho interdisciplinar que assuntos tão amplos – e, ao mesmo tempo, tão singulares – podem ser relacionados.

Trazendo essa ideia de interdisciplinaridade para a clínica, busco embasamento nas palavras escritas por Trois (2006, p. 124) quando ele menciona que é a partir de uma certa ilusão sobre essa interdisciplinaridade que “[...] pode surgir a dimensão da heterogeneidade proveniente dos diferentes saberes em jogo nessa relação, elevando-os à condição de alteridade teórica constitutiva deste campo onde se encontram clínica e linguagem”, afirmando, ainda, que a expressão “clínica-de-linguagem” se trata de um “saber-fazer-com-a-linguagem”. Trois (2006) diz, também, que existe uma articulação proposta entre uma concepção de linguagem que se articula a partir do ato enunciativo proposto por um sujeito singular com uma clínica na qual não existe um saber-fazer-com-a-linguagem se não existir um sujeito que emerge da linguagem.

Com base nessa concepção, a linguagem não poderá ser tomada apenas como um instrumento de comunicação e nem poderá ser entendida como o conceito de fala. Do mesmo modo, a voz, conforme explicitado nas considerações parciais do capítulo anterior, também não

pode ser confundida com a fala. A linguagem não visa apenas à transmissão de informação, mas também que essa transmissão envolva um locutor e um interlocutor, em uma relação em que o sujeito falante se situa no *aqui* e no *agora* de seu dizer.

Este segundo capítulo se destina a traçar possíveis encontros entre voz e linguagem, bem como a conduzir à percepção de indícios²² da voz na linguagem, tomando como ponto de partida alguns conceitos propostos pela Linguística de Émile Benveniste. Os conceitos expostos aqui auxiliam a reflexão da linguagem no âmbito clínico.

O capítulo se inicia, então, com algumas reflexões de Benveniste, corroboradas por outros autores, que devem contribuir para a clínica dos distúrbios de linguagem.

2.1 A CONTRIBUIÇÃO DE BENVENISTE PARA REFLEXÕES CLÍNICAS

Apesar de sua filiação à Medicina e à Pedagogia, a Fonoaudiologia, frequentemente, recorre à Linguística na busca de subsídios para a análise da linguagem. Flores (2005, p. 163) menciona que a clínica de linguagem se refere a escopos teóricos e práticos e que essa expressão só cabe àquela Fonoaudiologia que “[...] toma para si a questão da linguagem como um interrogante”. Da mesma maneira, o autor coloca que não é de qualquer Linguística que está a se tratar aqui, mas daquela que “[...] toma para si a heterogeneidade da linguagem como um interrogante”.

Flores também descreve a relação existente entre a Linguística e a clínica, dizendo que existem duas questões que permeiam essa discussão:

A primeira diz respeito à necessidade de redimensionar o objeto da linguística. Esse redimensionamento proporcionaria considerar a fala sintomática como algo não estranho à linguística. A segunda questão diz respeito à teoria que poderia abordar tal objeto. [...] Passa-se, portanto, a buscar uma concepção de linguagem que favoreça abordar os movimentos de uma clínica que possa ser pensada na sua singularidade (FLORES, 2005, p. 164).

²² Ao utilizar, neste trabalho, termos como “indícios”, “pistas”, “marcas” e “rastros”, me baseio na ideia proposta por Ginzburg (1989) no texto “Sinais – Raízes de um paradigma indiciário”, publicado em seu livro intitulado *Mitos, emblemas, sinais*. Ginzburg traça uma reflexão acerca do quanto um rastro, uma marca, um sinal, podem dar a indicação de algo ou mesmo de alguém. O autor propõe uma analogia entre os métodos usados por Morelli, Freud e Sherlock Holmes, afirmando que “[...] pistas talvez infinitesimais permitem captar uma realidade mais profunda, de outra forma inatingível” (GINZBURG, 1989, p. 150). A noção dessas pistas/indícios/elementos/rastros pode muito bem servir a uma analogia que reflita sobre a clínica dos distúrbios de linguagem. Ginzburg (1989, p. 150) também afirma que “quando as causas não são reproduzíveis, só resta inferi-las a partir dos efeitos”. Essa afirmação é ilustrativa de cenas clínicas, pois, na maioria das vezes, os sintomas mostrados por um paciente não se enquadram em nenhuma explicação de causa. Nesse sentido, o terapeuta deve buscar os efeitos dessas produções, já que o sujeito falante está sempre na criação de seu dizer, mas não pensa em como sua enunciação se cria.

Essa perspectiva justifica a apresentação alguns pontos propostos por Émile Benveniste, corroborados por outros autores, nesta subseção, embasando as importantes contribuições feitas por esse autor que podem ser estendidas ao âmbito clínico.

É importante situar que a obra publicada de Benveniste não segue um ordenamento cronológico nem conceitual. Por se tratar de um linguista que dialogou com diferentes áreas de formação, como a Filosofia, a Psicanálise e a própria Linguística, entre outras, há certa volatilidade em seu campo conceitual. Dessa forma, conforme Flores (2013, p. 21) “quando se estuda Benveniste, é necessário precisar qual parte de sua obra está em exame, porque Benveniste tem uma obra que ultrapassa o campo da enunciação”.

Os principais estudos benvenistianos considerados neste capítulo serão alguns textos dos volumes I (mais especificamente a 5ª parte do livro, denominada “*O homem na língua*”) e II dos *Problemas de Linguística Geral* (PLG).

Benveniste, como afirma Flores (2013, p. 22) “[...] dialoga com todo pensamento teórico de seu tempo, prova disso são os textos dedicados à filosofia, psicanálise, sociologia, antropologia, às teorias da cultura, da lógica, etc.”. É justamente essa pluralidade dialógica que permite levar conceitos de seus trabalhos para o âmbito clínico.

Flores (2006) também enfatiza que Benveniste não desenvolveu um modelo de análise da enunciação e que seus textos, portanto, são passíveis de diversas e variadas interpretações.

Nessa perspectiva, em um texto que aborda as possíveis interlocuções entre a Linguística e o sintoma de linguagem, Flores (2006, p. 108) menciona que

a linguística da enunciação, ao estudar o sintoma no quadro da singularidade dos sujeitos, problematiza a invariância dos dados, ou seja, não se trata mais de descrever a “patologia” na sua generalidade, mas, sim, no funcionamento da linguagem.

Flores também apresenta a ideia de que a transcrição de falas problemáticas não considera a forma como o sujeito se enuncia na língua e afirma que as falhas dizem da singularidade do sujeito. Ou seja, “a linguística que incluir em seu objeto a ‘patologia’ não pode ignorar que o *sintoma* de linguagem não é separado daquele que o enuncia” (FLORES, 2006, p. 112).

As palavras de Surreaux (2004, p. 81) também fornecem mais embasamento em relação à clínica quando ela coloca que

Benveniste, preocupado em construir uma reflexão sobre a língua que abarque o problema da significação, propõe pensar não apenas na estrutura daquilo que é dito,

mas também na peculiaridade do fato de alguém ter enunciado determinada fala em um determinado momento.

Um ponto muito valioso à reflexão sobre uma intervenção clínica no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem destacado por Benveniste é o fato de que falar implica o outro. Quando o locutor fala, ele se dirige ao outro, que se encontra imerso no mesmo sistema – a língua.

Em vista disso, me parece importante situar a noção de linguagem desenvolvida por Benveniste. Em “Da subjetividade na linguagem” – texto publicado originalmente em 1958²³ –, Benveniste afirma que a linguagem não é um mero instrumento da comunicação. O autor faz essa afirmação alegando que um instrumento – como a roda – precisou ser inventado pelo homem, enquanto a linguagem “está na natureza do homem que não a fabricou” (BENVENISTE, PLG I, p. 285).

O autor defende essa hipótese afirmando que o papel de transmissão cabe ao discurso e não a linguagem. Benveniste exemplifica esse ponto trazendo à tona os meios não linguísticos de transmissão como gestos e mímicas que poderiam ser vistos como instrumentos. Entretanto, cabe notar que todos esses “processos de transmissão” existentes na sociedade humana são posteriores a linguagem. São processos que imitam o funcionamento da linguagem, porém a linguagem tem um funcionamento que é simbólico e sua natureza é imaterial, fatos esses que evidenciam a associação do homem à propriedade da linguagem.

A troca de informações é assegurada pelo discurso, pelo uso da palavra. “Para que a palavra assegure a “comunicação”, é preciso que esteja habilitada a isso pela língua, da qual é apenas a atualização. De fato, é na linguagem que devemos procurar a condição dessa aptidão.” (BENVENISTE, PLG I, p. 285).

A partir dessas colocações é possível pensar que a voz e a linguagem exemplificam as condições da natureza e da cultura, uma vez que a voz traz consigo algo da cultura que é muito forte. Nesse sentido, penso que a voz contém a língua e, por isso, a situa na linguagem – que é própria da natureza humana. O homem está na linguagem e nunca estará excluído dela de forma que é possível o homem não estar na língua, mas ele sempre estará na linguagem.

Nessa direção, no mesmo texto, Benveniste coloca a linguagem no homem, mas sempre na relação com o outro, como é possível perceber na seguinte passagem:

Não atingimos nunca o homem separado da linguagem, e não o vemos nunca inventando-a. Não atingimos jamais o homem reduzido a si mesmo e procurando

²³ Publicado no *Journal de psychologie* de julho-setembro de 1958.

conceber a existência do outro. É um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do homem (BENVENISTE, PLG I, p. 285).

Nesse trecho, percebe-se que “um homem falando com outro homem” se refere à instância do discurso, a uma troca de palavras que se atualiza a cada enunciação. Essa relação só é possível porque o homem está na linguagem, colocando a língua em funcionamento através de sua fala, que é dirigida ao outro.

Nesse percurso, observa-se a passagem da posição de locutor a sujeito. Essa condição do locutor se propor como sujeito instaura a subjetividade no campo linguístico. Essa reflexão se fundamenta na passagem “é na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito”. Sobre essa citação, Flores (2013) destaca que, quando Benveniste afirma o ser *na* linguagem e *pela* linguagem, ele estaria situando o vínculo existente entre homem e linguagem. A partir dessa vinculação, percebe-se que o homem se constitui *na* linguagem e *através* dela. Assim, não seria incorreto pensar que o segundo uso da expressão “linguagem” se refira à língua; portanto, “o homem se constitui sujeito na *linguagem* e pela *língua*” (FLORES, 2013, p. 98, grifos no original).

Ainda considerando a citação de Benveniste, é importante notar que há, conforme Flores (2013), um deslocamento do uso de um termo antropológico – homem – para o uso de uma noção linguística – sujeito. É nesse deslocamento que se coloca a noção de subjetividade para a Linguística. O *eu* da enunciação não é apenas um pronome, mas uma marca linguística: o sujeito não está presente somente no enunciado, mas sim na enunciação.

As reflexões entre eu-tu na clínica dos distúrbios de linguagem se darão com base nesse ponto de vista que coloca o *eu* como marca linguística do sujeito no discurso, marcado pela passagem do locutor a sujeito – a subjetividade.

A esse respeito, em “Estrutura das relações de pessoa no verbo” – texto dedicado a linguistas, publicado em 1946²⁴ –, Benveniste afirma que a categoria de pessoa está sempre, em todas as línguas, ligada ao verbo. Para ele, as três primeiras categorias se referem àquele que fala, àquele a quem se fala e, por fim, àquele de quem se fala:

Nas duas primeiras pessoas, há ao mesmo tempo uma pessoa implicada e um discurso sobre essa pessoa. *Eu* designa aquele que fala e implica ao mesmo tempo um enunciado sobre o “eu”: dizendo *eu*, não posso deixar de falar de mim. Na segunda pessoa, “tu” é necessariamente designado por *eu* e não pode ser pensado fora de uma situação proposta a partir do “eu”; e, ao mesmo tempo, *eu* enuncia algo como um predicado de “tu”. Da terceira pessoa, porém, um predicado é bem enunciado somente fora do “eu-tu”; essa forma é assim exceptuada da relação pela qual “eu” e “tu” se

²⁴ Texto publicado no fascículo 1 do nº 126 do *Bulletin de la Société de linguistique*.

especificam. Daí, ser questionável a legitimidade dessa forma como “pessoa” (BENVENISTE, PLG I, p. 250, grifos no original).

Ainda no mesmo trabalho, Benveniste (PLG I, p. 253) explicita que “‘eu’ e ‘tu’ são inversíveis: o que ‘eu’ define como ‘tu’ se pensa e pode inverter-se em ‘eu’, e ‘eu’ se torna um ‘tu’”. É o “eu” que instaura o “tu” a partir de sua transcendência e interioridade, ou seja, “poder-se-á, então, definir o *tu* como a pessoa não subjetiva, em face da pessoa subjetiva que *eu* representa; e essas duas “pessoas” se oporão juntas à forma de ‘não-pessoa’ (= ‘ele’)” (PLG I, p. 255, grifos no original).

Observa-se, portanto, que a categoria de pessoa se refere, unicamente, às duas primeiras pessoas – eu e tu, ou seja, o eu que fala ao tu –, enquanto que a terceira pessoa – ele – fica fora dessa relação. O “ele” pode sinalizar qualquer coisa ou qualquer um, mas “eu” e “tu” são sempre únicos. Baseado nisso, Benveniste descreve que há uma correlação de pessoalidade²⁵ entre as pessoas – eu-tu – e a não pessoa – ele. Eu e tu se referem à condição de pessoa, enquanto “ele” está referido à noção de não pessoa. Já em relação ao par eu-tu, há a chamada correlação de subjetividade: “eu” é a pessoa subjetivada, enquanto “tu” é a pessoa não subjetivada. Existe a possibilidade de inversão entre as marcas do “eu” e do “tu”, o que não existe em relação ao “ele”, pois a não pessoa não contém a marca de pessoa.

Sobre essas questões pronominais, em seu artigo denominado “A natureza dos pronomes”²⁶ – publicado em 1956 – Benveniste (PLG I, p. 277) afirma que os pronomes representam um problema de linguagem e de línguas, “[...] ou melhor, que só é um problema de línguas por ser, em primeiro lugar, um problema de linguagem”. Para ele, existem signos que se referem à sintaxe da língua, enquanto outros irão se referir às “‘instâncias do discurso’, isto é, os atos discretos e cada vez únicos pelos quais a língua é atualizada em palavra por um locutor” (BENVENISTE, PLG I, p. 277). A clínica dos distúrbios de linguagem se interessa justamente pelo uso dos pronomes na instância do discurso, ou seja, ao modo como o locutor se marca como sujeito em seu ato enunciativo, afirmando-se como “eu” e, por consequência, alocutando um “tu” em seu discurso.

Ainda segundo Benveniste (PLG I, p. 279), o “eu” só adquire valor quando contido na instância do discurso: “a forma *eu* só tem existência linguística no ato de palavras que a profere”. Já o valor e a existência do “tu” está diretamente relacionado ao “eu”, pois o “tu” “[...]”

²⁵ Flores (2013) indica que embora não esteja incorreta, a tradução de “*corrélacion de personnalité*” por “correlação de personalidade” na versão brasileira do PLG I, pode acarretar confusão com o conceito de personalidade oriundo da Psicologia. Por essa razão, Flores propõe o neologismo “pessoalidade”, termo esse que também utilizo neste trabalho.

²⁶ Extraído de *For Roman Jakobson*, publicado pela editora Mouton & Co., de Haia.

é indivíduo alocutado na presente instância de discurso contendo a instância linguística *tu*". O "tu", então, só estará presente através da enunciação do "eu". É esse jogo que possibilita a inversão do "tu" em "eu" quando situados na instância do discurso. Essas definições, portanto, colocam eu/tu como categorias de linguagem e dizem das suas posições na linguagem.

Essa relação de diálogo definida pelo uso dos pronomes "eu" e "tu" como categorias de linguagem é de grande valia para a clínica fonoaudiológica, pois, conforme Benveniste (PLG I, p. 87) em "Da subjetividade na linguagem", "a enunciação coloca "duas figuras" igualmente necessárias uma, origem, a outra, fim da enunciação. É a estrutura do *diálogo*. Duas figuras na posição de parceiros são alternativamente protagonistas da enunciação".

Ao falar, fala-se para alguém. Nessa perspectiva, concordo com Surreaux (2004, p. 83) quando a autora afirma que é preciso cuidado para não cair em uma noção taxativa do lugar do sujeito, pois "não se trata de atribuir um lugar a partir daquilo que o sujeito enuncia. Ao contrário, trata-se de escutar o efeito de linguagem produzido pelo fato do sujeito poder enunciar desde determinado lugar".

Assim, Benveniste faz contribuições valiosas ao âmbito clínico quando se trata de uma clínica de linguagem. A fonoaudiologia tende a pensar na correção de uma fala desviante, e, na maioria das vezes, o sintoma presente no enunciado não é considerado a partir da enunciação, muito menos visto como uma possibilidade do paciente *estar na linguagem*. Nesse sentido, Benveniste ensina que os indivíduos sempre estão na instância do diálogo, envolvendo o discurso; não é possível falar sozinho. Um paciente, então, também não fala sozinho. As significações possíveis do dizer estão sempre colocadas a partir do ato enunciativo e da escuta do outro. Logo, se o que encontramos é "um homem falando com outro homem" (BENVENISTE, PLG I, p. 285), como é possível ainda pensar a clínica dos distúrbios de linguagem como uma clínica que se ocupa exclusivamente do enunciado?

Benveniste mostra que o "eu" é marca linguística do sujeito e que o sujeito é um efeito de apropriação da língua. Portanto, o fonoaudiólogo deve ser capaz de sustentar essa passagem de locutor a sujeito de seu paciente. O que deveria interessar a clínica dos distúrbios de linguagem é justamente a possibilidade de o paciente enunciar algo a partir de si mesmo e não como mera repetição do outro. Nesse sentido, o fonoaudiólogo, ou, nas palavras de Surreaux (2005, p. 171),

o terapeuta de linguagem está como um mediador entre a instância da língua (o que é da ordem da cultura) e a possibilidade de fala (o que é da ordem do singular), ou seja, ele ao mesmo tempo é alguém instrumentalizado para realizar uma escuta de falas esquisitas, diferentes [...] e, por outro lado, ele é alguém preocupado com a circulação do dizer de seu paciente. De nada adianta que apenas eu, como terapeuta de

linguagem, possa entender aquilo que meu paciente quer dizer. O terapeuta está ali, então, com essa dupla função: por um lado, ser um interlocutor privilegiado, que tem uma escuta que faz brotar um dizer onde todos dizem que não fala ou fala muito mal; por outro lado, a de buscar fazer com que, cada vez mais, interlocutores possam ouvir um dizer nessa fala “torta”.

“Ouvir um dizer” pode ser entendido como escutar um sentido naquela fala desviante. A significação ocupa um lugar de destaque na obra de Benveniste e deveria ocupar esse mesmo lugar na cena clínica. Um paciente que se apresenta com uma fala desviante pode comprometer a significação, já que é necessário um outro que dê sentido ao seu dizer. Assim, mesmo é fundamental que o paciente seja escutado a partir dessa produção desviante, cabendo ao clínico refletir sobre esse sintoma desviante. É a partir desse entendimento que o desvio de fala pode ser trabalhado. De outro modo, a “correção” do desvio estará sempre calcada na fala do outro, na repetição, e não na enunciação.

Em resumo, as noções advindas do pensamento benvenistiano que subsidiam meu olhar sobre a linguagem são centradas na ideia de que a enunciação diz de um sujeito que a enuncia, não sendo possível, então, separar sujeito e enunciação. Além disso, também é muito importante a noção da linguagem manifestando-se na estrutura do diálogo, comportando sempre um sujeito que, na produção de seu ato enunciativo, se marca como um *homem na língua*, fazendo uso do pronome “eu” na instância do discurso, alocutando um ouvinte, um “tu”, que possa lhe dirigir uma outra enunciação em retorno. Assim, trata-se de uma noção de linguagem que compreenda a enunciação, o sujeito e o diálogo, para além do enunciado.

Tendo traçado essa interlocução entre algumas considerações advindas da Linguística de Benveniste acerca da linguagem no âmbito clínico, a sequência deste capítulo se propõe a tratar dos conceitos de enunciação e voz de forma mais clara e articulada.

2.2 VOZ E ENUNCIÇÃO A PARTIR DE BENVENISTE

Em primeiro lugar, é preciso retomar que Benveniste não se ocupou especificamente da voz em sua obra. Ressalto, também, novamente, que o autor nunca fez alguma afirmação da voz como um possível índice da presença do sujeito na linguagem, muito menos na clínica dos distúrbios de linguagem.

No entanto, como já mencionado anteriormente, em vários trabalhos, o autor faz uso de expressões que deixam indícios da presença da voz na enunciação, tais como: “ruidozinhos vocais” (BENVENISTE, PLG I, p. 30); “acentuação da relação discursiva” (BENVENISTE, PLG II, p. 87); “realização vocal da língua” (BENVENISTE, PLG II, p. 82); “enunciação

fônica” (BENVENISTE, PLG II, p. 82); “forma sonora que atinge o ouvinte” (BENVENISTE, PLG II, p. 84); e “sons emitidos e percebidos” (BENVENISTE, PLG II, p. 224). Esses são apenas alguns exemplos daquilo que tomarei como pistas da presença da voz na teoria da enunciação de Benveniste.

Existem, ainda, outras passagens que deixam rastros da presença da voz. É o que acontece em “Os níveis da análise linguística”²⁷ – conferência proferida em 1962 e publicada em 1964 –, em que Benveniste (PLG I, p. 139), ao analisar o nível da frase, coloca que “[...] a frase é a unidade do discurso”, acrescentando que ela possui três modalidades às quais é suscetível:

[...] reconhece-se em toda parte que há proposições assertivas, proposições interrogativas, proposições imperativas [...] essas três modalidades apenas refletem os três comportamentos fundamentais do homem falando e agindo pelo discurso sobre seu interlocutor: quer transmitir-lhe um elemento de conhecimento, ou obter dele uma informação, ou dar-lhe uma ordem. Essas são as três funções interumanas do discurso que se imprimem nas três modalidades da unidade da frase, correspondendo cada uma a uma atitude do locutor (BENVENISTE, PLG I, p. 139).

Com base nessa passagem, seria possível entender que só é possível compreender se uma enunciação é de ordem imperativa, assertiva ou interrogativa através da voz – mais precisamente, pela prosódia contida na voz. Destaco esse fato porque a voz carrega consigo o sentido do dizer, por meio da “atitude do locutor”. A passagem do locutor a sujeito no discurso só é percebida pela voz do mesmo e, se essa passagem é a própria definição da subjetividade, é possível refletir, também, sobre a voz marcar a subjetividade do sujeito em sua enunciação.

O pensamento exposto acima, então, evidencia os rastros existentes nos trabalhos de Benveniste que podem ser lidos como a presença da voz em sua obra, permitindo, portanto, tomar os trabalhos de Benveniste como ponto de partida para uma reflexão como a que este trabalho propõe.

Com uma atitude semelhante, a fonoaudióloga Eda Franco (2013), no segundo capítulo de sua tese²⁸ – *A voz na apresentação do telejornal: um estudo enunciativo do Jornal Nacional da Rede Globo* – também toma alguns trabalhos de Benveniste como ponto de partida. A autora aborda o conceito de prosódia contida na voz e reforça que, já em 1954, no trabalho denominado “Tendências recentes de linguística geral”, o linguista sírio-francês falava sobre o “estilo” do falante, que compreende componentes estéticos, psicológicos e linguísticos. Franco (2013, p.

²⁷ Texto publicado como parte das atas do 9º Congresso internacional de linguistas, realizado em Cambridge, Massachussets.

²⁸ Tese produzida sob orientação do Prof. Dr. Valdir do Nascimento Flores, defendida no Instituto de Letras da UFRGS em 2013.

61) também afirma que “[...] para analisarmos qualidade do som, ritmo e prosódia, só o fazemos por meio da voz”.

Nessa direção, a autora aponta que os indícios da presença da voz estão colocados no início das publicações de Benveniste. Franco (2013, p. 61) também ensina que

a relação entre os conteúdos afetivos, a qualidade do som/voz e os ritmos se mostra por meio da psicodinâmica vocal, que diz respeito a ajustes de diferentes mecanismos vocais que variam conforme o contexto do discurso, ambiente e emoção do falante no momento da emissão. Ou seja, diz respeito ao que consideramos ser da ordem do processo enunciativo.

O trabalho de Franco, portanto, fornece subsídios que fundamentam a interface existente entre voz e linguagem. Ora, considerar as condições nas quais se dá o ato enunciativo do sujeito falante e o modo como ele se coloca em sua enunciação através da voz – o que a autora chama de pertencer ao processo enunciativo – diz exatamente da intersecção que existe entre a voz e a linguagem.

Outro texto de Benveniste importante para pensar a voz na clínica é “O aparelho formal da enunciação”, publicado no número 17 da revista *Langages*, em março de 1970²⁹. Um dos últimos trabalhos do autor, esse é o texto em que ele utiliza mais vezes o termo *enunciação* – 69 vezes. É também nessa obra que Benveniste (PLG II, p. 82) traz uma definição de enunciação: “a enunciação é este colocar em funcionamento a língua por um ato individual de utilização”.

Em “Aparelho formal”, assim como em seus outros trabalhos, Benveniste não está preocupado com a voz. No entanto, nesse texto o autor utiliza expressões como “realização vocal” (BENVENISTE, PLG II, p. 82), “enunciação fônica” (BENVENISTE, PLG II, p. 82) e “forma sonora” (BENVENISTE, PLG II, p. 84), que deixam rastros importantíssimos da presença da voz em seu trabalho.

Nesse texto, Benveniste afirma que seu objeto de estudo é a enunciação, e não somente a sua manifestação. O específico, na enunciação, é o ato enunciativo, enquanto a fala e o discurso constituem produtos da enunciação, que é definido por Benveniste (PLG II, 2006, p. 82), da seguinte maneira: “o discurso, dir-se-á, que é produzido cada vez que se fala, esta manifestação da enunciação, [...]”.

Ainda em “Aparelho formal”, Benveniste (PLG II, p. 82) afirma que “a relação do locutor com a língua determina os caracteres linguísticos da enunciação [...]”. Essa afirmação

²⁹ Posteriormente publicado no PLG II. Esse texto será também citado nesta dissertação apenas como “Aparelho formal”.

suscita uma série de perguntas: os caracteres linguísticos não seriam rastros, marcas da enunciação? Se assim for, a voz não seria, então, uma marca da relação do locutor com a língua? Nesse sentido, a voz constituiria um dos aspectos da enunciação? A voz pode ser tomada como um aspecto da marca do ato individual da enunciação?

Os interrogantes levantados parecem pertinentes quando Benveniste, no mesmo trabalho, acena que a enunciação pode ser observada sob diversos aspectos. Ele apresenta os três principais: a *realização vocal da língua*, a conversão da língua em discurso (cujo ponto central é a semantização) e o quadro formal. Este último compõe-se do ato enunciativo, que precisa do locutor e alocutário; da situação, que diz respeito à referência e à coreferência no discurso; e dos instrumentos, sendo esses divididos em índices específicos, referentes à pessoa, tempo e espaço e em procedimentos acessórios, que consistem nos demais caracteres linguísticos.

O autor afirma que o mais diretamente perceptível desses três aspectos é a *realização vocal da língua*, colocando, portanto, a enunciação na voz. Voz, saliente-se, não é o fônico e não é o som. A voz, então, se coloca como um observatório da linguagem, assim, os aspectos fônicos – a realização vocal da língua – podem ser observados através da voz. A voz, desse modo, contém a língua e a situa na linguagem.

É também em “Aparelho formal” que Benveniste (PLG II, p. 82-83) diz que

para o mesmo sujeito, os mesmos sons não são jamais reproduzidos exatamente, e que a noção de identidade não é senão aproximativa mesmo quando a experiência é repetida em detalhe. Estas diferenças dizem respeito à diversidade das situações nas quais a enunciação é produzida.

A passagem acima também subsidia o pensamento em relação ao âmbito clínico, visto que um paciente nunca vai reproduzir sua expressão da mesma maneira, mesmo que seja um segundo depois. Conforme Surreaux (2004, p. 86),

se nem sobre os mesmos sons temos garantias de uma reprodução exata, tanto mais distante disso ficamos se pensarmos na forma com que cada sujeito apropria-se de forma ímpar da língua. As consequências dessa perspectiva da linguagem na clínica implicam necessariamente descartarmos uma pré-concepção da forma com que cada sujeito toma lugar na rede enunciativa.

A fim de pensar acerca da incidência da voz na clínica dos distúrbios de linguagem, penso ser importante destacar, ainda, outra passagem do “Aparelho formal”. Trata-se do trecho em que Benveniste (PLG II, p. 83, grifos meus) afirma que

o ato individual pelo qual se utiliza a língua introduz em primeiro lugar o locutor como parâmetro nas condições necessárias da enunciação. Antes da enunciação, a língua não é senão possibilidade da língua. Depois da enunciação, a língua é efetuada em uma instância do discurso, que emana de um locutor, **forma sonora que atinge um ouvinte** e que suscita uma outra enunciação de retorno.

Nessa passagem, Benveniste parece descrever uma tríade composta pelo ato, o sujeito e a enunciação. Há o ato enunciativo, que é proposto pelo locutor como um balizador da língua – onde se dá a passagem do locutor a sujeito –, que é colocada em movimento na enunciação; O produto disso, por sua vez, é o discurso.

Além disso, ao fazer uso da expressão “forma sonora que atinge o ouvinte”, o autor parece colocar a voz em cena. O ouvinte se vê atingido pela voz do sujeito falante, ou seja, a enunciação está na voz. Então, é pela voz que o aspecto fônico pode ser escutado. Ao mesmo tempo, a voz só pode ser escutada porque está na linguagem; e, se está na linguagem, é porque existe o “eu” na instância discursiva, o que, por sua vez, implica a existência um “tu” alocutado por esse “eu”.

No circuito proposto acima, o sentido também é dado por aquele que escuta o enunciado que resulta da enunciação do sujeito falante. É a voz que dá vida à linguagem e que significa o sujeito falante ao outro e que possibilita a entrada do sujeito falante na língua. Se a linguística da enunciação não está exatamente preocupada e ocupada com o sujeito falante, mas se ocupa, verdadeiramente, dos rastros desse na enunciação, não estaria, então, a voz, aqui, colocada como uma marca do sujeito falante na enunciação?

Em um trabalho dirigido a filósofos no ano de 1967, publicado no PLG II, denominado “A forma e o sentido na linguagem”³⁰, Benveniste (PLG II, p. 224), preocupado com a significação e em sua constituição a partir do uso das formas linguísticas, postula que a linguagem “[...] não releva do mundo físico; ela não é nem do contínuo, nem do idêntico, mas bem ao contrário, do descontínuo e do dissemelhante”. O autor parece nos mostrar que, ao tratar a linguagem como algo do descontínuo e do dissemelhante, ele estaria trazendo à tona essa ilusão de que o sujeito falante poderia falar a mesma coisa. Benveniste parece situar essa singularidade da expressão de uma enunciação: mesmo que as palavras possam ser as mesmas, a voz nunca será; o ato enunciativo, então, também nunca será o mesmo, uma vez que ele se dá pela voz.

É importante notar que também há muitos indícios da presença da voz em “Forma e sentido”. Em outra passagem, por exemplo, Benveniste (PLG II, p. 225, grifos meus) ensina

³⁰ Texto publicado em *Le Langage II*, como parte das atas do XIII Congresso da Sociedade de Filosofia da língua francesa. Esse trabalho também aparecerá citado, aqui, apenas como “Forma e sentido”.

que “o significante não é apenas uma sequência dada de sons que a natureza falada, **vocal**, da língua exigiria; ele é a **forma sonora que condiciona e determina o significado**, o aspecto formal da entidade chamada signo”. O autor, portanto, mais uma vez, menciona a voz, agora para falar do sentido.

Igualmente, mais adiante nesse mesmo texto, Benveniste (PLG II, p. 229, grifos meus) afirma que, quando se considera o discurso, não se trata exclusivamente do significado do signo, “mas do que se pode chamar o **intencionado**, do que o locutor quer dizer, da atualização linguística do seu pensamento”. É importante mencionar que, ao falar em intencionado, Benveniste não se refere àquilo que está no pensamento do locutor, mas do sentido resultante do que está no discurso, ou seja, do efeito que esse discurso produz. Se não se trata do pensamento, mas sim do efeito daquilo que está *intencionado* no discurso do sujeito falante, se poderia pensar, então, que o efeito daquilo que é *intencionado* só pode ser dado pela voz do sujeito falante.

Quando, na clínica dos distúrbios de linguagem, encontram-se pacientes que não conseguem – pela razão que for – articular sua fala em palavras, aquilo que encontramos não é justamente o *intencionado* de sua voz? Nesses casos, muito mais do que as palavras, o intencionado do discurso é dado pela voz do sujeito falante.

Nessa direção, Flores (2017) coloca que a exclusão da voz do desígnio da Linguística implica, também, a exclusão do falante. O autor ressalta que a voz possui tantas faces e possibilidades que não poderia ficar reduzida a um enquadramento na Linguística:

No entanto, não se pode ignorar que a voz, humana que é, não prescinde da linguagem. Sua existência, pode-se mesmo dizer, está atrelada à linguagem e, sendo a linguística uma autoridade em matéria de linguagem, não estaria justificada a exclusão da voz dos interesses da linguística (FLORES, 2017, p. 124).

Nesse sentido, o autor ainda afirma que, “quando se trata da voz, está-se frente ao *Homo loquens* – ao homem falando com outro homem” (FLORES, 2017, p. 124, grifos no original). Então, como é possível pensar a voz sem pensar na linguagem e vice-versa? Como abordar a clínica dos distúrbios de linguagem sem escutar a voz enunciada pelo paciente?

O sentido de uma enunciação só é conhecido *a posteriori*. Somente através da enunciação de retorno do outro (tu) poderia é possível pensar acerca do efeito produzido pela enunciação do sujeito falante (eu). Assim, se o que encontramos no mundo é “um homem falando com outro homem” (BENVENISTE, PLG I, p. 285), a ideia do sentido e do efeito

produzido a partir da escuta não pode ser posta de lado. Por isso, no próximo item, discuto uma possível relação entre a escuta e a voz a partir da enunciação.

2.3 VOZ E ESCUTA NA ENUNCIÇÃO

Benveniste deixa claro, em seus textos, que aquilo que encontramos no mundo é um sujeito falante que é dotado de linguagem (que está na sua natureza). Tomando esse ponto de vista como base, me permitirei ir além de Benveniste, a fim de refletir sobre a voz e a escuta na enunciação. Desse modo, penso que é o “homem falando com outro homem” (BENVENISTE, PLG I, p. 285) que é capaz de fazer uso da sua voz para dar certa “materialidade” à língua em seu ato enunciativo, para que o ouvinte possa sofrer os efeitos dessa enunciação, produzindo um sentido a ela e elaborando outra enunciação em retorno.

Ao mencionar “um homem falando com outro homem” (BENVENISTE, PLG I, p. 285), Benveniste parece descrever aquilo que é próprio da instância dialógica que envolve o eu/tu na enunciação. Aqui, é interessante notar que, na publicação do *Curso de Linguística Geral* (CLG), Saussure³¹ (1916/2012) já descrevia um circuito de fala semelhante. Saussure, entretanto, não estava preocupado com a enunciação, mas com aquilo que ele descreve ser o objeto da linguística: a língua. Contudo, ao descrever o circuito de fala, em uma seção denominada “Lugar da língua nos fatos da linguagem”, o mestre genebrino ilustra duas pessoas (A e B). Saussure descreve que o sujeito falante A se serve dos signos linguísticos – mais precisamente das imagens acústicas – e endereça, através da fala, sua mensagem ao outro. O sujeito B, por sua vez, escuta essa mensagem e forma a imagem acústica correspondente em seu cérebro. Ao responder para o sujeito A, todo o circuito descrito se formaria novamente a partir do sujeito B. Em ambos, estão envolvidos processos físicos, psíquicos e fisiológicos.

Nesse circuito, então, acredito que é possível observar justamente um *homem falando com outro homem* ou, ainda, uma *forma sonora que atinge um ouvinte e que suscita uma outra enunciação de retorno*. Ora, é sabido que Benveniste, muitas vezes, parte das elaborações saussurianas para produzir suas próprias reflexões; esse sistema de fala descrito pelo mestre genebrino, aparentemente, teve repercussões em diversos trabalhos do linguista sírio-francês.

³¹ Faço referência a Saussure, mas é sabido que o *Curso de Linguística Geral* (CLG) foi editado e publicado em 1916 por Charles Bally e Albert Sechehaye. No entanto, ambos lançaram essa publicação no nome do mestre genebrino; por isso, referenciarei esse trabalho sob o nome de Ferdinand de Saussure. Será utilizada, nesta dissertação, a 28ª edição brasileira, datada de 2012.

Com esse circuito, percebe-se que a escuta está colocada desde sempre na Linguística, mas muito mais como um processo puramente fisiológico do ouvir do que um processo de efeitos, como o escutar. Sobre a diferença entre esses termos, Barthes (1987, p. 137) afirma que ouvir é um fenômeno fisiológico e que “as condições físicas da audição podem descrever-se recorrendo à acústica e à fisiologia do ouvido”, enquanto escutar é um ato psicológico, que envolve um *querer ouvir*.

É através dessa condição de *querer ouvir* que é possível refletir sobre o sentido daquilo que foi enunciado. Flores (2017, p. 131) menciona que a voz produz “um conjunto de pistas de algo que não poucas vezes escapa ao dono da voz [...] e conhecê-las exige o ouvido, o outro”. O autor trabalha com a ideia de um *contorno de sentido*, em que o efeito produzido no ouvido pela voz implicaria um “[...] acabamento de sentido” que originaria o indício do *homem na língua*, uma possibilidade do falante dar um depoimento acerca do sentido, fazendo uso da própria língua. Nesse sentido, “a voz e a orelha são as duas faces de um mesmo fenômeno. Portanto, a voz somente tem existência para o outro, lugar do ouvido, tanto de quem fala como de quem escuta” (FLORES, 2017, p. 131).

A noção da voz dando esse contorno de sentido, aquilo que, na voz, convoca o outro à atribuição de sentido, é muito produtiva. Esse ponto me parece um ponto de partida para as intervenções na clínica dos distúrbios de linguagem. Quando a única coisa disponível é a pronúncia da voz de um paciente, é necessário se deixar afetar por essa voz, atribuindo sentido a ela. Assim, será possível lançar uma outra enunciação em retorno ao paciente, a fim de instaurá-lo como sujeito falante na instância do discurso. A fala nunca é proferida apenas para produzir sons, fala-se para haver escuta. De outro modo, a voz poderia acabar consistindo uma materialidade pura, sem efeitos. Assim, o interessante da instância do diálogo não é a fala em si, mas a ideia de sentido que o ouvinte produz.

O ouvinte só é capaz de se sentir afetado pelo sentido de uma enunciação a partir de sua escuta. A escuta, portanto, desempenha um papel fundamental. Um linguista que dá bastante destaque a essa noção é Jacques Coursil, especialmente em seu livro chamado *La fonction muette du langage*. Nessa obra, Coursil (2000) trabalha com a ideia da impossibilidade de haver uma premeditação da cadeia falada, ou seja, que, no diálogo, o falante não escolhe as suas palavras. Pode haver um ensaio acerca daquilo que se pretende dizer por parte do sujeito falante, mas, no momento do ato enunciativo, a cadeia nunca é premeditada. O autor cita, ainda, que a cadeia de fala de um falante se torna conhecida a ele mesmo somente após sua produção, portanto, o falante descobre sua cadeia falada ao mesmo tempo que os outros. Assim, para esse autor, importa menos aquilo que se pensava em falar e mais aquilo que efetivamente se escutou.

Embora essa não premeditação descrita pelo autor esteja colocada pela língua, acho que é uma característica que pode ser colocada pelo sujeito falante, pois, como o autor mesmo afirma, “o falante é fundamentalmente um ouvinte que fala”³² (COURSIL, 2000, p. 25).

Coursil (2000) ainda descreve que o sujeito falante não pode ser reduzido a um sistema previsível, determinístico e controlável e que a língua tampouco poderia ser reduzida a esses mesmos adjetivos. A língua é um sistema que nunca é apreensível, pois ela está na dependência de uma materialidade que a coloque aos olhos e aos ouvidos dos falantes. Se a voz pode ser uma materialidade da língua e ela está no sujeito falante que a profere, penso que a não premeditação não estará nunca somente na língua.

Existe, segundo Coursil (2000, p. 23), uma “tirania da língua, pois ela exige uma fala clara, ordenada e limitada no tempo”. Porém, se o sujeito falante fosse obediente a essa tirania, não haveria lapsos, equívocos, dúvidas sobre um enunciado na linguagem. Além disso, uma premeditação da cadeia falada seria possível. Portanto, a imprevisibilidade da fala só é da fala porque é própria do sujeito falante.

De certa maneira, Benveniste e Coursil trazem, à noção dialógica, as posições eu/tu. Como já visto, em Benveniste é o “eu” quem determina o “tu” a partir de sua enunciação. Coursil, no entanto, coloca que o lugar do eu somente poderia se firmar através da escuta (do tu). Para esse autor, a condição do “tu” não é de passividade; ao contrário, o “tu” é ativo porque é quem escuta. Em outras palavras, quem escuta seria também o “eu”; assim, o “eu” seria o falante B na representação saussuriana (e não mais o A). Portanto, o “tu” não seria uma pessoa, mas uma função – a função muda da linguagem. Enquanto Benveniste coloca a potencialidade no sujeito falante (ou na voz do sujeito falante, segundo esta dissertação), Coursil (2000, p. 69) coloca essa potencialidade na escuta e afirma: “ninguém pode escutar por mim e para mim”.

Devido ao escopo dos objetivos deste trabalho, não pretendo entrar a fundo nessa torção proposta por Coursil. No entanto, parece importante apresentar um linguista que abre tão amplamente o lugar da escuta. Vale mencionar que esse autor não discorda de Benveniste, mas propõe um ponto de vista diferente.

É importante lembrar que, como já bem falou o mestre genebrino, “bem longe de dizer que o objeto precede o ponto de vista, diríamos que é o ponto de vista que cria o objeto” (SAUSSURE, 2012, p. 39), ou, nas palavras de Flores (2008, p. 62), que “é verdade que a linguística deve ser interessar pela linguagem em todas as suas manifestações, não é menos verdade que abordar cada uma depende do ponto de vista, isto é, do recorte”.

³² As citações desse livro são de tradução livre da própria autora desta dissertação.

Trazer essa noção de escuta e de como poderíamos considerá-la e encontrá-la na Linguística e na Fonoaudiologia talvez seja provocar um outro ponto de vista, que ampara teoricamente a clínica dos distúrbios de linguagem. Como afirma Andrade (2001, p. 265), “o dado clínico é aquele que ficou na escuta”. Só é possível escutar a voz, já que, da língua e da linguagem, só teremos indícios, através da enunciação tornada audível pela voz ou pelo silêncio que ela própria produz.

2.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

A obra de Benveniste dialoga com diferentes áreas e parece dialogar também com a instância clínica, especialmente com a clínica dos distúrbios de linguagem. Essa afirmação é corroborada por Flores e Surreaux, citados neste capítulo. Para que esse diálogo exista, no entanto, é imprescindível que a Linguística se veja afetada pelo que “foge à regra”, ou seja, pelas falas desviantes, tomando o funcionamento da linguagem como um interrogante. Esse interrogante, é importante notar, também acena para o sujeito da enunciação. Portanto, a concepção de linguagem que interessa a este trabalho é a que comporta a enunciação, que comporta o diálogo que delinea as inversões entre os pronomes que marcam as categorias de pessoa na instância do discurso. É a partir dessa noção de linguagem que se baseiam as reflexões que envolvem as intervenções clínicas no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem.

Benveniste trabalha com a noção de que a enunciação comporta a linguagem e não apenas a língua, logo com uma concepção de linguagem que envolve sempre o sujeito e o seu interlocutor. O autor afirma que é na linguagem e fazendo uso da linguagem, através da fala, que se torna possível ao homem se marcar na língua; portanto, o ato enunciativo e a enunciação do sujeito são mais relevantes do que apenas o enunciado. Com isso, o linguista expõe as posições e importantes inversões que se tramam entre os pronomes eu-tu na instância do diálogo – possibilidade instalada pela relação de subjetividade. O eu – aquele que enuncia – remete sempre sua enunciação ao tu; ou seja, é a partir do ato enunciativo que se dá a passagem do locutor a sujeito, promovendo uma apropriação do eu não apenas como um pronome, mas como uma marca do sujeito na instância do discurso.

É importante ressaltar que essas inversões pronominais referentes à categoria de pessoa parecem marcar que o dizer circula entre as posições enunciativas – eu-tu. Essa circulação, note-se, também se vê envolvida na instância clínica no ambiente da clínica dos distúrbios de linguagem, pois, como bem referiu Surreaux, é importante que o fonoaudiólogo faça com que

o dizer de seu paciente circule para além do terapeuta e paciente, a fim de que a significação daquele dizer possa ser exposta ao(s) outro(s).

Portanto, na concepção de clínica dos distúrbios de linguagem que vem sendo desenvolvida nesta dissertação, o “erro” – o aspecto “patológico” da fala do paciente – não pode ser aquilo que mais chama a atenção do fonoaudiólogo. Pelo contrário, é fundamental escutar uma fala desviante e refletir sobre o fato de que esses sintomas se manifestam na linguagem, levantando, então, interrogantes acerca desse funcionamento.

As noções da obra de Benveniste que se estendem ao âmbito clínico possibilitam uma busca por uma aproximação mais satisfatória e necessária entre voz e linguagem. Esse autor, como já foi mencionado, nunca se ocupou diretamente de estudos referentes à clínica ou à voz. Contudo, observou-se que é possível encontrar indícios da voz em alguns de seus artigos, marcando a presença do sujeito na linguagem. Somente no texto “Aparelho formal”, por exemplo, Benveniste utiliza diversas expressões que parecem fazer referência à voz. Além disso, é nessa obra que o autor defende que a realização vocal da língua é a forma mais perceptível da enunciação. Ora, em minha leitura, o que Benveniste afirma, com isso, é que a forma mais perceptível da enunciação é a voz.

Assim, é possível observar que, em diferentes momentos e em diferentes trabalhos, Benveniste traz a voz à tona. Quando o autor se utiliza de termos como “atitude do locutor” na abordagem das relações inter-humanas, ao falar sobre o intencionado do discurso, ao afirmar que, no processo de diálogo há uma forma sonora que atinge o ouvinte, se percebe a presença da voz. Ouso dizer que, quando Benveniste coloca o homem sempre na relação com o outro, ele o faz através da voz. Portanto, a voz marca a relação do locutor com a língua, colocando-se como uma marca do ato enunciativo.

Se a voz se configura também como uma marca singular do ato enunciativo, é possível pensar na irrepetibilidade desse ato para além do tempo e do espaço e das palavras do locutor. A voz jamais se repetirá; ela desvanece após ser enunciada, restando apenas o efeito causado pela escuta do outro. Se a presença do homem no mundo se dá sempre em relação com o outro, isso fica enfatizada, também, a existência de um ouvinte, a existência daquele que sofre os efeitos do dizer do sujeito.

Ao mesmo tempo, se a voz indica o sentido da enunciação é porque há um ouvinte que se deixa atingir por esse fenômeno, ou, nas palavras de Benveniste (PLG II, p. 84), há uma “forma sonora que atinge o ouvinte”. Desse modo, refletir sobre essa escuta e sobre o modo como ela está constantemente em funcionamento na instância do diálogo é importante, o que justifica a apresentação da noção de escuta proposta por Jacques Coursil (2000), que defende a

ideia de uma torção entre as posições eu-tu na instância de diálogo. Para Coursil, o sentido é sempre dado pelo ouvinte, que, por esse motivo, também merece ter seu lugar destacado na instância do diálogo. Ora, o indivíduo não fala sozinho, sempre se dirige a alguém, a um alguém que escuta uma enunciação e pode inverter sua posição de ouvinte para sujeito ao propor sua enunciação de retorno.

Então, com a exposição proposta neste capítulo, é possível perceber que há um distanciamento entre a concepção de linguagem e voz para a Fonoaudiologia e aquilo que proponho articular nesta dissertação. A concepção de linguagem que foi desenvolvida aqui – e que me acompanha no próximo capítulo – se afasta da ideia da fala como linguagem e da voz observada sob suas características anatomofuncionais. O entendimento dessa linguagem que comporta sujeito, que comporta enunciação, ato enunciativo e escuta parece fundamental na proposta de tecer as devidas articulações dessas noções com a clínica dos distúrbios de linguagem.

CAPÍTULO 3

VOZ E LINGUAGEM NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM

“Não há nenhuma voz humana no mundo que não seja objeto de desejo – ou de repulsa: não há voz neutra e se por vezes esse neutro, esse branco da voz acontece, é para nós um grande terror, como se descobríssemos com horror um mundo petrificado, onde o desejo estaria morto.”

(Roland Barthes)

Os capítulos anteriores expuseram a forma como a voz e a linguagem são, costumeiramente, tomadas em uma abordagem clínica da fonoaudiologia e alguns conceitos oriundos da obra de Émile Benveniste que contribuem enormemente para as reflexões clínicas na clínica dos distúrbios de linguagem, buscando, também, indícios da presença da voz na Linguística da enunciação bem como a exposição da função da escuta, tanto a fim de aproximar voz e linguagem como de considerar os efeitos das incidências desses rastros em um cenário clínico.

Se Benveniste é o ponto de partida neste trabalho, neste terceiro capítulo, que tentará mostrar a incidência da voz na linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem, aparecem citações de autores advindos de outras áreas do conhecimento: filologia, psicanálise e fonoaudiologia.

As articulações entre voz, linguagem, sujeito, enunciação e clínica serão propostas em uma leitura teórico-clínica. Ou seja, a partir da exposição de breves narrativas de recortes de casos clínicos, serão tecidas possíveis costuras entre esses conceitos, na tentativa de cumprir o objetivo deste trabalho, que consiste em definir se a voz pode ser tomada como um índice da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem.

É importante notar que, embora os “dados” das narrativas clínicas utilizadas nesta dissertação advenham de uma clínica da infância, a forma como os mesmos serão tratados não se circunscrevem à infância em si, mas sim dizem respeito ao conjunto da clínica e, mais especificamente, da clínica dos distúrbios de linguagem. Assim, a noção de clínica considerada aqui é aquela que escuta o sintoma como uma possibilidade de dizer, ou seja, uma forma do paciente *estar na linguagem*. Ao entender a clínica dos distúrbios de linguagem por esse viés,

é possível propor uma aproximação entre voz e linguagem e perceber que essa interlocução é de grande contribuição para as intervenções clínicas na clínica dos distúrbios de linguagem.

Os casos clínicos se apresentam como breves narrativas de algumas informações, falas e acontecimentos que julgo pertinentes a este objetivo.

Entendo, portanto, que os recortes clínicos serão usados para instigar as reflexões aqui propostas, embora não reflitam completamente fidedignamente o acontecido. Explico-me: diz o dito popular que “quem conta um conto aumenta um ponto”; logo, as narrativas apresentadas aqui carregam consigo algo de ficcional. Naturalmente, tentei retratar as situações exatamente como me recordava ou tomando como base meus registros pessoais. No entanto, é importante lembrar que Benveniste ensina que cada ato enunciativo é único e irrepetível e que cada enunciação se situa no aqui e no agora do dizer do sujeito falante; portanto, não poderia ser diferente com as narrativas clínicas aqui propostas.

Além disso, vale notar que, como se tratam de breves vinhetas clínicas, não me ocupei com uma transcrição formal, pois as informações referentes às cenas clínicas não constituem dados linguísticos, mas episódios clínicos vivenciados que tiveram efeitos no tratamento proposto.

O capítulo se organiza em duas partes. A seção inicial exemplifica a abordagem fonoaudiológica na clínica dos distúrbios de linguagem que vem sendo defendida até o momento, ou seja, uma intervenção clínica que pensa, concomitantemente, o sujeito na linguagem, a linguagem incidindo sobre a voz e a voz incidindo na linguagem através do ato enunciativo do paciente. A seção seguinte, por sua vez, abordará, a partir da noção de clínica e de intervenção fonoaudiológica proposta anteriormente (cf. 3.1), a voz como índice da presença do sujeito na linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem.

3.1 UMA *PRÁXIS* FONOAUDIOLÓGICA: O SUJEITO FALANTE NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM

Esta seção propõe uma explicitação de uma *práxis* clínica que venho abordando aqui, apresentando duas narrativas clínicas que ilustram essa abordagem com o sujeito na clínica dos distúrbios de linguagem, além de um recorte de caso. A intenção é mostrar como a voz incide na linguagem e a linguagem na voz no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem.

É importante notar, inicialmente, que a linguagem, assim como a voz, é uma área de entrecruzamento de saberes. São, portanto, especificidades passíveis de variadas interpretações.

No entanto, é justamente nesse entrecruzamento que proponho a articulação entre a voz e a linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem.

Nesse tocante, a fonoaudióloga Marlene Danesi (2008) descreve um caso em que a paciente a procurou com algumas queixas vocais, como repetidos episódios de rouquidão que evoluíam, muitas vezes, a uma afonia. A fonoaudióloga descreve que

durante todo o processo terapêutico, procurei escutar a dupla mensagem; é claro, atenta em ouvir o timbre, a ressonância, a fluência e a articulação alterada, mas, também, com atenção para perceber o significado dessas alterações. Busquei o tempo todo encontrar respostas das razões do sintoma ter aparecido na voz, e não em outro lugar (DANESI, 2008, p. 200).

Esse recorte ilustra bem a relação entre a voz e a linguagem na clínica dos distúrbios vocais, pois origem da disfonia da paciente é psicogênica, sem envolvimento de nenhum componente anatomofisiológico. Por isso, suas queixas dizem do seu lugar como sujeito falante e não da qualidade vocal em si, indicando que a maneira como o sujeito se coloca na linguagem pode evidenciar sintomas que se manifestam de variadas formas, inclusive na voz.

Além disso, a autora afirma que os sintomas dessa paciente eram manifestações da ordem da linguagem, mas se presentificaram na sua voz. Portanto, esse caso parece deixar evidente a relação entre voz e linguagem na clínica e demonstrar quanto uma influencia a outra. Os sintomas refletidos na voz poderiam ter se manifestado de inúmeras outras formas. No entanto, aquilo que a paciente não podia exteriorizar, tudo aquilo que ela colocou como impossibilidades de suas enunciações na relação com o outro, a faziam calar, a faziam perder a voz; assim, ela se via impossibilitada de se relacionar.

O caso relatado por Danesi é um ótimo exemplo da linguagem sendo tomada na clínica dos distúrbios vocais, Mas, mais que isso, constitui um recorte que ilustra perfeitamente a torção aqui proposta, de pensar a incidência da voz na linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem.

Ao abordar a clínica dos distúrbios de linguagem, é preciso descartar a noção de erro, de patológico, pois se entende o sintoma produzido na linguagem como uma forma do sujeito *estar na linguagem*. Como afirma Surreaux (2008, p. 23),

nesse contexto – onde o que está em jogo é o sujeito que tem um sofrimento no âmbito da linguagem – é necessário realizar um deslocamento para além da abordagem signica (médica) do sintoma, para que possa haver uma escuta do sujeito que anuncia o sofrimento em sua forma peculiar de falar.

Portanto, aquilo que o paciente produz em sua fala na clínica não pode ser tomada como algo a ser consertado. Não se trata, entretanto, de não auxiliar na produção de determinado fonema ou determinada forma verbal, mas é fundamental escutar esse sintoma como algo que constitui o sujeito falante, para, junto do paciente, tentar encontrar formas favoráveis de lidar com esse sofrimento expresso em sua fala. Nas palavras de Surreaux (2008, p. 30) “não se trata de mudar o que se olha, mas a forma como isso é feito. O que muda é o jeito de se olhar para o sintoma”.

Surreaux (2008, p. 35) também ensina que a função do terapeuta na clínica dos distúrbios de linguagem é se colocar em uma posição de suporte ao sujeito falante:

Por um lado, o terapeuta sustenta aquela fala subversiva para reconhecer em seu paciente um falante, ou seja, imaginar um lugar de falante para aquele que vem sendo considerado não-falante (ou mal-falante), criando um contexto em que se considera o paciente como um par em posição de enunciação; e, ao mesmo tempo ele suporta, às vezes por muito tempo, a repetição de uma fala sintomática até o momento em que o sujeito dela conseguir se apropriar e produzir deslocamentos, fazendo uso criativo de seu sintoma, ou seja, se permitir falar desde outra posição enunciativa.

É importante, ainda, ressaltar que a linguagem, como já visto, não pode ser percebida apenas como um instrumento da comunicação. A fala, no entanto, pode ser tomada como um instrumento, como um meio que um sujeito falante utiliza ao endereçar uma mensagem ao outro. É necessário considerar que a fala engloba um ato individual que depende de aspectos anatômicos e fisiológicos para garantir uma adequada articulação. Contudo, Mancopes (2008, p. 221) afirma que, se o falante não for considerado em sua fala quando da intervenção clínica, “o que se verá repetir é o exercício articulatório, prático, da repetição de palavras e não a efetividade de um discurso próprio pleno de sentidos”. Portanto, tem-se aí mais uma justificativa pelo qual não se pode pensar na linguagem como fala.

A intervenção com a fala segue uma regularidade, uma padronização na produção dos fonemas de maneira adequada. No entanto, ao intervir com a linguagem, a Fonoaudiologia está diante de tudo aquilo que “foge à regra”. Segundo as palavras de Andrade (2001, p. 263), “o que concerne à Fonoaudiologia é exatamente o que não é assimilável a categorias, o que rompe a unidade, enfim, o que aponta para o imprevisível, para o não universal (e sim para o singular)”.

A fim de exemplificar algumas das ideias que venho levantando até este momento, farei referência a pequenas narrativas de situações clínicas. A primeira delas é apresentada no Quadro 1, abaixo.

Quadro 1 - Narrativa clínica 1: Zé

Paciente	Zé ³³ , 6 anos, diagnóstico de Síndrome de Down
Descrição do caso	A criança estava em atendimento fonoaudiológico desde os 2 anos de idade, por apresentar hipotonia dos órgãos fonoarticulatórios (OFAs) e por não falar. Recebi essa criança já com 4 anos e 6 meses e ainda com certa hipotonia facial e sem falar. Pais declaram não saber como se desenrolava a sessão, pois não podiam entrar, mas sempre recebiam orientações de exercícios a serem feitos em casa com o filho. Todavia, afirmam que o mesmo se recusava a fazê-los. Ao conhecer esse menino, observo que se trata de uma criança muito tímida, chegando a demonstrar inibição no encontro com os outros. O menino é absolutamente silencioso, sem nenhuma vocalização. Esse fato angustia os pais e faz com que falem sem parar pelo menino. No decorrer dos atendimentos, observei que Zé começou a produzir movimentos de lábios e língua, como se estivesse falando, porém ainda sem voz. Anunciei a ele que percebo isso e disse que ali é um espaço de brincar com as palavras e com a voz. Mais sessões se seguiram, até que, um dia, brincando com animais de plástico, vi sua boca movendo e digo: “Esse cavalo tá falando muito baixinho! Não tô te escutando, cavalinho!”, ao que Zé respondeu: “Pocó, pocó”. Me delicieei com essa produção e disse: “Que voz linda tem esse cavalinho!”. Zé, parecendo orgulhoso, sorriu e seguiu movendo o cavalo e dizendo “pocó, pocó, pocó...”.

Fonte: Elaborado pela autora

No caso apresentado no Quadro 1, desde os dois anos do paciente, foram trabalhados os aspectos anatômicos e fisiológicos para a produção de uma fala adequada. Contudo, aquilo que poderia ser do interesse dele, ou seja, aquilo que ele poderia desejar falar, nunca foi considerado. Essa intervenção produziu um efeito de iatrogenia para esse menino, pois, ao invés de fazer falar, fez calar.

Nesse caso, então, objetivo do trabalho anterior se centrava na articulação da fala. Todavia, Benveniste, em “Da subjetividade na linguagem” (PLG I), entende que a subjetividade se deve ao deslocamento da posição de locutor à condição de sujeito. Esse deslocamento se dá porque o homem está na linguagem. A fala atualiza essa passagem, em que há uma apropriação de um pronome pessoal que se refere à instância do discurso e que é, cada vez, único em sua produção. Logo, a fala pode ser um instrumento que expõe a linguagem do sujeito falante.

Pensando ainda sobre esse debate que envolve linguagem e fala, Barthes (2009, p. 269) estabelece uma diferença interessante entre a articulação e a pronúncia que parece pertinente

³³ Todos os nomes dos pacientes nas narrativas clínicas são fictícios, a fim de preservar a sua identidade.

ao âmbito clínico. A articulação, segundo esse autor, refere-se ao fisiológico, sendo “[...] o simulacro e o inimigo da pronúncia; é preciso *pronunciar*, de modo nenhum *articular*”. Parece, então, que Barthes coloca a articulação na fala e atrela a pronúncia à linguagem, o que implica que a articulação comporta a forma e que pode estar abrigada na pronúncia, mas que aquilo que tem sentido, que remete um efeito de sentido ao ouvinte, é da ordem da pronúncia.

Essa citação de Barthes parece uma maneira interessante de refletir sobre a diferença entre fala e linguagem e a forma de abordagem de cada uma na clínica dos distúrbios de linguagem. A linguagem não exclui a fala; ela pode, inclusive, se valer dela para se exteriorizar. Retomando ao caso apresentado no Quadro 1, quando Zé pronuncia “pocó”, ele o faz com muito domínio do fonema bilabial /p/ e do velar /k/. É importante considerar, aqui, que ele pronuncia seu ato enunciativo e não apenas articula uma fala no vazio: Sua enunciação está endereçada ao outro, pois ela surge em resposta a uma enunciação anteriormente dirigida a ele. Além disso, é fundamental notar que é uma enunciação vocal: sua voz está colocada naquele “pocó”. Assim, o sujeito falante se marcou em seu ato enunciativo através da voz.

A intervenção fonoaudiológica com Zé tinha o propósito de possibilitar que a articulação de sua fala pudesse advir da linguagem, ou seja, que a fala pudesse ser um instrumento para o menino se posicionar na linguagem como sujeito falante, marcando-se como um *homem na língua*. Sua voz surge a partir dos interrogantes acerca da linguagem e da escuta daquilo que o menino dizia – na realidade, da escuta daquilo que ele não se encontrava autorizado em dizer –, corporificando, então, em seu dizer – através da fala – a língua.

A definição de enunciação que Benveniste apresenta em “Aparelho formal” também merece destaque no contexto da narrativa clínica do Quadro 1. O autor descreve que “a enunciação é colocar em funcionamento a língua por um ato individual de utilização” (BENVENISTE, PLG II, p. 82). Nesse mesmo trabalho, Benveniste também afirma que o discurso nada mais é do que uma manifestação da enunciação, ou seja, que o ato enunciativo – e não somente o dito – constitui o seu objeto. Seguindo por esse caminho, me parece justo pensar que é justamente esse processo o que se observa quando Zé diz “pocó”: observa-se, aí, um menino que, na produção de seu ato enunciativo, se marcou em seu discurso, colocando a língua em funcionamento.

O objetivo do trabalho fonoaudiológico com o menino engloba um fazer clínico que reflita sobre os interrogantes da linguagem e se ocupe disso, não apenas com a fala, mas também com a linguagem. Em outras palavras, é necessária uma prática que considere que a articulação da fala do paciente possa ser pronunciada na sua enunciação. Caso contrário, há o risco de cair na armadilha dos exercícios e movimentos articulatórios de repetição da fala do outro e da não

construção de um lugar discursivo em que o dizer tenha sentido, conforme Mancopes (2008). O dizer do menino foi exatamente o que inaugurou um lugar discursivo, pois Zé começou a se colocar como sujeito em sua enunciação, com a sua voz, a partir do “pocó” cheio de sentido, no contexto da brincadeira e endereçado ao outro. Fazendo um paralelo com o pensamento benvenistiano, é possível entender que foi na pronúncia desse “pocó” que se deu a passagem do locutor a sujeito, pois Zé conseguiu enunciar desde seu lugar, constituindo-se como “eu” em seu discurso, alocutando o outro, o “tu”.

O que, então, mudou com essa abordagem clínica? Foi, como bem disse Surreaux (2008), a forma de olhar o sintoma e tomar a interrogação sobre o lugar discursivo que o menino vinha ocupando (ou não ocupando) e sobre os motivos que levavam Zé a uma escolha por não falar como ponto de partida. Parte-se, portanto, sempre daquilo que o paciente mostra e não somente daquilo que os protocolos dizem, pois assim a criança pode se colocar em uma outra posição enunciativa. Essa, note-se, é uma intervenção possível com a linguagem na clínica dos distúrbios de linguagem.

No caso de Zé, havia, ainda, um outro fator importante: o quanto o seu silêncio angustiava os pais, fazendo com que eles falassem o tempo todo. Ora, a fala surge justamente na falta; logo, é importante que se abra um tempo de silêncio, de falta, para que o paciente possa se ver convocado a responder, pois, conforme Vivès (2012), há um silêncio que convoca o sujeito. Para ele, o silêncio “trata-se de um lugar que acolhe a fala, de um silêncio que permite ao ponto surdo ressoar para que o sujeito, mais além dos sintomas, inibições e angústias, encontre a própria voz e se inscreva no concerto das vozes do mundo” (VIVÈS, 2012, p. 23)³⁴.

A colocação de Vivès torna possível pensar que os pais de Zé, ao falarem o tempo todo pelo filho, não abriam esse espaço em que o silêncio pudesse convocar a fala do menino, permitindo que ele se inscrevesse como sujeito falante. Esse tópico foi trabalhado incansavelmente com os pais, tanto na cena clínica junto ao filho como em conversas apenas com os pais. Dessa forma, como foi dito anteriormente, fica evidente a importância da presença dos pais na cena clínica (ao menos em alguns momentos), pois eles precisam saber do que se trata e entender a intervenção fonoaudiológica do filho.

Outra narrativa clínica que pode ser relacionada a conceitos teóricos é apresentada no Quadro 2:

³⁴ A noção de silêncio será mais bem abordada e discutida na próxima sessão (cf. 3.2.2)

Quadro 2 - Narrativa clínica 2: Laura

Paciente	Laura, 4 anos, diagnóstico de autismo
Descrição do caso	Laura iniciou o atendimento fonoaudiológico aos 2 anos e 10 meses, com a queixa dos pais de não falar. Logo aos primeiros atendimentos, percebi que Laura gosta muito de música. Comecei a cantar durante as sessões, e a menina demonstrou prazer, sorrindo e balançando o corpo como em uma dança. Passei, então, a selecionar músicas que pudessem dizer do nosso contexto, por exemplo: ao brincarmos de comidinhas, trazia a música da borboletinha na cozinha ou da hora do lanchinho etc. A partir disso, Laura começou a cantar também. Cantava com ritmo e articulações fonológicas adequadas, inclusive com produção de encontros consonantais ³⁵ . Escutava suas canções como um dizer possível à menina naquele momento e ofereci atividades e brinquedos condizentes com o contexto da música. Se cantava a música “era uma casa muito engraçada ...”, perguntava a ela: “Ah, tu quer brincar de casinha?”. Assim ocorreu durante algumas sessões. Ao perceber que, cada vez mais, a menina fazia uso das canções como suas palavras, fui lhe dizendo que entendia o que ela estava falando, mas que precisávamos também de outras palavras. Ao escutar o que eu lhe dizia, Laura começou a cantar a música dos patinhos. Eu disse: “Pois é, mas só com a música dos patinhos eu não sei se tu quer o pato de borracha, o jogo de quebra cabeça do pato, se tu tá me contando que foi no parque e deu comida pro pato. E aí? Como a gente resolve isso?” Laura recomeçou a cantar e eu insisti, afirmando não entender o que ela estava falando. Então, a menina levantou e disse: “xôgo”, ao que eu retornei a ela: “Ah, tu quer pegar o jogo do pato? Ah tá, agora eu entendi”. Laura sorriu e disse, novamente, “xôgo”.

Fonte: Elaborado pela autora.

Essa narrativa parece corroborar a possibilidade de tomar o paciente alguém que tem algo a dizer e de escutar as produções que lhe são possíveis a cada momento.

Além disso, o recorte do Quadro 2 também parece exemplificar a afirmação de Mancopes (2008) de que é preciso escutar o que a criança produz na terapia, já que somente ela poderá apontar por onde o terapeuta poderá entrar. Nesse sentido, ao sorrir e dançar, foi Laura que apontou as músicas como um possível caminho de trabalho. Retornando ao caso de Zé, percebe-se que ele indicou as brincadeiras com os animais e as onomatopeias como possíveis vias de entrada.

³⁵ A fonoaudiologia considera que a redução de encontros consonantais faz parte da aquisição e do desenvolvimento do inventário fonético pela criança. Essa redução somente é considerada um desvio fonológico após os 4 anos de idade.

A Fonoaudiologia, de forma geral, utiliza protocolos estabelecidos para a avaliação e terapia de linguagem. No entanto, esses breves relatos desafiam os protocolos que, em geral, não consideram a singularidade, os interesses, os desejos e as possibilidades do dizer de cada um. Ocupam-se do dito, mas não do dizer. Surge, então, a diferença quando se propõe um trabalho que considere a clínica dos distúrbios de linguagem. Além do mais, torna-se evidente, novamente, a confusão que existe entre os conceitos de fala e linguagem na Fonoaudiologia.

Voltando ao caso da Laura, exposto no Quadro 2, é necessário explicar que, em um momento inicial, ela somente escutava as músicas que eu propunha, até chegar ao momento de repetição das músicas, como um pedido dela endereçado a mim, ou seja, de uma enunciação dirigida ao outro, como proposto por Benveniste. Nesse momento, então, a menina já se mostrava como um sujeito falante, já se marcava em uma posição discursiva.

Também é importante considerar que, embora eu entendesse Laura, uma intervenção fonoaudiológica que só considera o dito poderia escutar essa repetição como uma ecolalia, ou seja, como mera repetição, como uma fala vazia de sentidos, não entendendo a valiosa “dica” que a menina estava lançando ao outro como possibilidade de intervenção. Ora, Benveniste afirmou que o ato enunciativo envolve sempre um locutor. Portanto, como não escutar as canções ecolálicas de Laura como sua enunciação? Parece-me, nesse caso, que, mais uma vez, aquilo a que a clínica dos distúrbios de linguagem se propõe deu certo. Laura, ao sair do canto da música e dizer “xôgo”, demonstra, em meu entendimento clínico, uma clara evidência dos efeitos de apropriação da língua, fazendo sua passagem de locutora a sujeito. Ao dizer “xôgo”, ela marca sua posição de sujeito falante em seu discurso, pois faz uso da palavra plena de sentido, *intencionada* ao interlocutor.

Ainda há outros dois pontos muito interessantes no caso de Laura: a voz entoada e a troca fonológica que a menina produz. Em relação à primeira, ao sair da música e dizer “xôgo”, Laura entoa uma voz bastante diferente da usada nas canções. Trata-se de uma voz mais harmônica e menos aguda do que aquela utilizada pela menina no cantar, de uma voz que se modifica no momento em que Laura assume seu desejo e o expressa através de seu ato enunciativo. Logo, é uma voz que marca, de fato, seu lugar como sujeito na enunciação.

No que diz respeito à troca fonológica, é importante lembrar que anunciei que, no cantar, a articulação de Laura era plena, sem trocas, omissões ou distorções fonemáticas. Contudo, ao pronunciar um ato enunciativo por si própria, aparece uma dessonorização da fricativa /j/ por /x/. Nesse sentido, retomo a diferenciação entre articulação e pronúncia proposta de Barthes (2009). Considerar essa alteração da articulação do fonema /j/ possivelmente colocaria a articulação exatamente como “[...] o simulacro e inimigo da pronúncia” (BARTHES, 2009, p.

269). Considerando que Laura estava colocando a língua em funcionamento a partir de seu ato enunciativo, o que menos importava, naquele instante da intervenção, era a simulação de uma fala correta e sem desvios. A troca fonológica, portanto, parece marcar um deslocamento de seu sintoma de linguagem mostrando uma forma da menina *estar na linguagem*.

Os dois casos acima foram apresentados a fim de promover uma ligação entre o teórico e o clínico, a fim de evidenciar como pode se dar um “saber-fazer-com-a-linguagem” no âmbito clínico, ou seja, mostrar o que significa uma *práxis* fonoaudiológica que considera o sujeito falante na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem. São duas situações clínicas nas quais foi possível notar o modelo de abordagem clínica que vem sendo desenvolvido neste trabalho, além de demonstrar, nos dois casos, que a fala se presentificou pela voz.

Na seção seguinte, a relação entre o teórico e o clínico continua a ser traçada, considerando, mais especificadamente, o objetivo deste trabalho: pensar a voz como um índice da presença do sujeito na linguagem.

3.2 A VOZ COMO ÍNDICE DA PRESENÇA DO SUJEITO NA LINGUAGEM NO CONTEXTO DA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM

Nos dois casos clínicos analisados na seção precedente, foi possível observar alguns aspectos envolvidos no fazer clínico da Fonoaudiologia com a linguagem e notar que a voz se presentificou na fala. Mas, e se o paciente pode falar de si somente através de sua voz, sem articulação de palavras? Como escutar, interpretar e interrogar um paciente quando falta a articulação da fala? Esse é um dos pontos que se pretende abordar nessa seção, a fim de verificar se e como a voz pode ser tomada como um índice da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem.

Essa seção é apresentada em duas subdivisões, exclusivamente para fins didáticos. A primeira abordará a voz em toda sua potência, tanto de rechaço como de convocação à instância do diálogo. A segunda, por sua vez, tratará do silêncio da voz, que se estabelece como fundador e convocador ao aparecimento da voz nas relações interpessoais.

3.2.1 A potência da voz no ato enunciativo

Entendo que a voz pode assumir um lugar de potência na enunciação do sujeito, uma potência que pode convocar o outro na instância dialógica ou uma potência de sentidos quando

a voz indica mais o sentido do dito do que as palavras proferidas. Contudo, a voz pode, também, se apresentar como um fator de exclusão do sujeito falante, quando a voz entoada não encontra no outro um interlocutor. A breve narrativa clínica apresentada no Quadro 3 explicita melhor esse posicionamento.

Quadro 3 - Narrativa clínica 3: Carol

Paciente	Carol, 7 anos, diagnóstico de paralisia cerebral
Descrição do caso	Carol chegou para atendimento devido à queixa da mãe por ela não falar: “Ela só grita, em qualquer lugar e com todo mundo. Já tentamos 4 escolas e nunca ficaram com ela por causa dos gritos”. Essa queixa se estendia a todo e qualquer convívio social, pois, segundo a mãe, Carol gritava no shopping, no parque, em qualquer lugar, menos dentro de casa, onde moravam somente mãe e filha. Esse levou a mãe a perder o convívio com muitos familiares e amigos, já que “os gritos incomodam demais, ninguém aguenta”. Enquanto a mãe me contava isso, era possível escutar os gritos da menina na sala de espera, onde aguardava com a avó. Ao ser interrogada acerca de possíveis sentidos nesses gritos, a mãe afirma: “Não, é sempre igual. Ó [faz um gesto com a mão, direcionado a porta], tá ouvindo? É sempre assim”. De fato, os gritos de Carol eram sempre gritos agudos, e a duração de sua emissão era sempre a mesma. No entanto, ainda nas primeiras sessões, durante uma atividade com uma bola, escutei um grito um pouco mais longo, com aumento de duração, ainda mais alto e agudo. Isso me fez apostar que havia algo sendo dito por alguém naqueles gritos. Assim, perguntei à Carol: “Esse teu grito foi diferente. Tu tá me dizendo que gostou dessa brincadeira com a bola?”. Carol, então, repetiu esse mesmo grito, sorrindo, como em afirmação a minha pergunta. Portanto, tratei de escutar seus gritos, tentando amarrá-los, junto à Carol, em sentidos possíveis. Os gritos foram tendo variações de duração e intensidade, que mostravam as condições para Carol se apresentar como sujeito falante.

Fonte: Elaborado pela autora.

Como já explicitado acima, na clínica dos distúrbios de linguagem, o sentido constituído pela voz a partir do ato enunciativo é aquilo que, muitas vezes, construirá o cenário clínico para o fonoaudiólogo. O dito será considerado; no entanto, para além do enunciado, é importante levar em conta e escutar como a voz do paciente se presentificará, ou não, em sua enunciação. No caso de Carol, seus gritos, em minha interpretação, eram uma convocação ao outro, um apelo no sentido de encontrar no outro um parceiro para sua vocalização. A dificuldade que ela mostrava em “dosar” suas expressões dizia exatamente da falta da escuta do outro, da falta de sentidos do outro. Carol gritava na tentativa de ser escutada. Conseqüentemente, na medida em

que foi possível dar sentido às suas vocalizações, as mesmas foram se modulando cada vez mais. Em outras palavras, na medida em que sua voz, através dos seus gritos, foi tomada como uma instância discursiva, ela se vocalizava com sentidos endereçados aos outros. Como, então, não tomar essa voz como a possibilidade de Carol se marcar como sujeito de sua enunciação? Como não perceber toda a potência convocatória expressa na voz de Carol?

Em um trabalho que expõe o lugar da voz no processo de aquisição da linguagem pela criança, Silva e Milano (2013, p. 7, grifos meus) afirmam que “[...] é experimentando a constituição de um lugar enunciativo inaugurado pela voz, que a criança vai um dia ascender à condição de falante, daquele que põe contorno articulatório na voz, através de produções fonêmicas cada vez mais complexas”.

Isso posto, é interessante notar que Carol possuía muitos os défices motores e neurológicos, que impediram, durante os 3 anos em que esteve em acompanhamento, a articulação de qualquer outra vogal que não o /a/ (sempre presente em sua voz), muito menos de consoantes. Portanto, nesse caso, esse *contorno articulatório* nunca pôde acontecer. Todavia, um contorno de sentidos estava ali colocado por sua voz, a partir da escuta do outro. Foi na potência de sua voz, endereçada ao outro, que foi possível perceber que seu grito não era sem sentido. No momento em que sua voz foi escutada, assumiu um “contorno de sentidos” que fez com que o seu grito produzisse uma fala.

Em “Forma e sentido”, Benveniste trabalha com a noção de signo linguístico tal como proposta por Saussure. No entanto, sua análise sobre o significante vai além do proposto pelo mestre genebrino. Benveniste (PLG II, p. 225, grifos meus) afirma que “o significante não é apenas uma sequência dada de sons que a natureza falada, vocal, da língua exigiria; ele é a **forma sonora que condiciona e determina o significado**, o aspecto formal da entidade chamada signo”.

Tal passagem, ao descrever o significante como uma “forma sonora que condiciona e determina o significado”, parece falar da voz. Trata-se de uma forma sonora que diz do semântico, de um contorno vocal que recobre a voz de sentidos. O significante pode se dar pela voz. Isso posto, seria possível dizer que os gritos de Carol não seriam signos? O autor ainda considera que “o signo não se decompõe imediatamente em fonemas e que uma sequência de fonemas não compõe imediatamente um signo” (BENVENISTE, PLG II, p. 225). Dessa forma, a significação está presente no ato enunciativo, uma vez que é através do ato que se molda a enunciação, que é sempre dirigida a alguém, na função de comunicar. Seria, então, possível dizer que a vogal /a/ sustentada em grito dirigido ao outro pela paciente não formaria uma enunciação?

É importante considerar, também, que o sentido resulta do que está no discurso. É um efeito do discurso e não exatamente aquilo que está no pensamento do locutor. Usando os termos de Benveniste (PLG II, p. 229, grifo meu), “não se trata mais, desta vez, do significado do signo, mas do que se pode chamar o **intencionado**, do que o locutor quer dizer, da atualização linguística do seu pensamento”.

Nesse sentido, pode-se pensar que a voz de Carol se manifestava como o *intencionado*, pois se tratava exatamente daquilo que ela gostaria de poder dizer. No caso de Carol, embora a atualização linguística de seu pensamento através da língua atualizada em um discurso que fizesse uso e respeitasse as regras gramaticais impostas pelo sistema linguístico não tenha sido possível, ela conseguiu estabelecer uma relação de diálogo com o outro através do *intencionado* da sua voz. Seus gritos eram direcionados ao outro como uma potência que “intencionava” o seu dizer.

Outra questão importante a considerar no caso de Carol é riqueza do uso da prosódia, que se presentificou em sua voz. Nesse sentido, Bologna (1987, p. 58), logo ao início do verbete “Voz” na Enciclopédia Einaudi, descreve a voz como uma “[...] potencialidade de significação”. O autor trabalha com a ideia de existir uma voz sonora e uma voz vazia. Essa “potencialidade de significação” se relaciona à voz sonora, que é a voz do ser humano. Já a voz vazia corresponde à dos animais, pois, por não estar articulada com a linguagem, ela só pode ser vazia de significações. Portanto, fora da linguagem, a voz não é nada. Para se constituir como uma “potencialidade de significação”, a voz precisa estar na linguagem.

O autor ainda coloca que “a voz é uma pulsão que tende a articular-se, mas que nessa mesma articulação se anula enquanto ‘pura potencialidade’, gerando a palavra diferenciada e significante” (BOLOGNA, 1987, p. 58). Parece-me, então, que esse autor coloca a presença da voz mesmo antes da linguagem e que só existe linguagem porque existe a voz. Não entrarei em uma discussão cronológica desses fenômenos, mas pensar que a voz “se anula enquanto ‘pura potencialidade’, gerando a palavra” parece afirmar a *desvocalização do logos*³⁶. É quase como se o sentido estivesse dado pelas palavras em si e não pelas palavras produzidas através de uma forma sonora de pura potencialidade que atinge o ouvinte. É importante lembrar que, pelo contrário, é a voz que dá vida à língua; portanto, a voz já está colocada para o sujeito falante antes do *logos*. Logo, a língua – que é social – é compartilhada com o outro através da voz, que é uma marca absoluta da singularidade de cada um.

³⁶ Expressão de Adriana Cavarero (2011).

É interessante, também, ainda ao pensar acerca das afirmações de Bologna em relação ao caso de Carol, considerar que o autor sugere que a voz humana não pode ser vazia, já que está na linguagem. Carol, ao encontrar um interlocutor, uma referência ao seu ato enunciativo, parece ter modulado o grito à prosódia ou, referenciando Bologna, parece ter passado do grito a uma “potência de significações”. Uma vez instaurada nessa potência, suas vocalizações de perguntas, de surpresas, de afirmações eram inconfundíveis.

Ainda em relação a isso, Silva e Milano (2013, p. 4) afirmam que

[...] os sons emitidos pelo homem através da voz são eventos dinâmicos e efêmeros. Eis o lugar onde a voz encontra abrigo: na escuta do outro. É pelo ouvido que reconhecemos a unicidade da voz de alguém. É pelo efeito de escuta que recortamos uma impressão fônica como familiar.

Foi precisamente a partir da escuta de uma breve oscilação no grito de Carol que uma aposta lhe foi lançada. Conforme Flores (2006, p. 113), “é de suma importância poder ‘ouvir’ a enunciação do locutor na língua e como, por esse ato, ele se propõe como sujeito”. Os gritos de Carol eram um apelo ao outro, ou seja, um meio com que o outro pudesse lhe escutar de sua posição de locutora, fazendo-se, então, um “eu” em sua enunciação. Como também coloca Flores (2004, p. 221), “o sujeito é linguagem, e a intersubjetividade é a sua condição”. Esse axioma me parece se aplicar muito bem ao caso de Carol.

Além disso, é importante ressaltar que, se a condição da linguagem é a intersubjetividade, a condição do sujeito está posta na instância de diálogo, pois o que encontramos no mundo, segundo Benveniste (PLG I, p. 285) “[...] é um homem falando com outro homem [...]”. É possível perceber que Carol estava na linguagem, mas não conseguia se valer dela para viver; seus gritos não encontravam um espaço dialógico entre o “eu” e o “tu”. O “tu” não lhe devolvia uma enunciação, deixando-a aprisionada em sua enunciação, que não *atingia o ouvinte*, como propunha Benveniste (PLG II, p. 84). Desse modo, a falta de diálogo impedia que Carol se colocasse como sujeito, já que, nas palavras de Flores (2004, p. 221), “é o movimento do discurso, para não dizer a *enunciação*, que recria indefinidamente o sujeito”.

O movimento do discurso, portanto, diz de um *vaivém* dialógico. Assim, como é possível não considerar a voz posta no grito de Carol como uma enunciação? Se, no manhês, se supõe o grito, os grunhidos e o choro do bebê como atos enunciativos, com base na leitura e na escuta do outro, por que não considerar os gritos de Carol da mesma forma?

Obviamente, Carol não era um bebê, já tinha 7 anos ao chegar para o atendimento fonoaudiológico. Não estou sugerindo, portanto, que fosse tratada como se fosse. Porém,

entendo ser importante expor que a proposta desse “jogo” precoce que enlaça as vozes da mãe e do bebê pode ser reconfigurado em uma cena clínica com crianças, já que, muitas vezes, falamos com e pelo paciente. A voz de Carol era causa de rechaço do outro “porque seus gritos incomodavam”, como disse sua mãe, mas, na medida em que a menina encontra um destinatário que a escuta e a contorna de sentidos para lhe lançar outra enunciação em retorno, seu grito se modula em fala rapidamente. Carol se insere no movimento discursivo que, inicialmente, foi sustentado pelo outro, do mesmo modo que uma mãe sustenta um futuro lugar discursivo ao seu bebê através da potência contida em sua voz, uma “potência de significações”.

No caso de Carol, era impossível não ouvir a sua voz. Sua voz era alta e clara e invadia o outro. Mas, o que ocorre quando a voz se coloca de outra forma, quando ela se apresenta como um murmúrio, um grunhido? Nem sempre encontramos vocalizações tão perceptíveis como as de Carol. A breve narrativa apresentada no Quadro 4 exemplifica esse fato.

Quadro 4 - Narrativa clínica 4: Chico

Paciente	Chico, 3 anos, quadro neurológico decorrente de nascimento em situação de prematuridade extrema – 27 semanas
Descrição do caso	Chico iniciou atendimento fonoaudiológico com 1 ano. O menino fez uso de traqueostomia ³⁷ até os 2 anos e 6 meses e, devido aos episódios de intubação por que passou antes da traqueostomia, teve paralisia bilateral ³⁸ de pregas vocais. O uso da traqueostomia impossibilitava sua expressão vocal, assim como, posteriormente, a paralisia de pregas vocais. O atendimento fonoaudiológico se centrava nos aspectos de deglutição e linguagem. No entanto, considerando a linguagem e a fala, as condições vocais não estavam sendo trabalhadas, já que o menino não podia ter voz devido ao seu quadro orgânico. As condições expressivas de Chico eram abordadas a partir de seu olhar, expressões faciais e gestos. Porém, elas não pareciam fazer muito sentido ao menino, que raramente se expressava com algum sorriso ou choro (sem voz, devido ao quadro orgânico descrito). Parecia uma criança apática. Conversando com os pais, eles notavam que observavam que Chico parecia querer falar, pois “ele faz uma força, parece que é para falar”. Tomada por outras vias possíveis de intervenção e cegada pelo orgânico, não conseguia escutar os leves grunhidos que Chico estava conseguindo produzir e, somente após a intervenção com essa “voz” apontada inicialmente pelos pais, que outras formas de expressão começaram a ser utilizadas pela criança.

Fonte: Elaborado pela autora.

No caso de Chico, os grunhidos produzidos pelo menino acenaram aos pais toda a potência contida em sua voz. A “surdez” da terapeuta produzia um efeito iatrogênico ao atendimento. Presa por todos os défices implicados no caso de Chico, as produções vocais do menino não estavam encontrando, na fonoaudióloga, uma interlocutora que pudesse atribuir um contorno de sentidos possíveis à sua voz. Recordo perfeitamente do sorriso e do brilho no olhar do menino quando escutei seu grunhido e perguntei se ele estava querendo falar com a voz. A satisfação de Chico ao ter encontrado um parceiro no discurso, de ter podido fazer com que o

³⁷ Técnica cirúrgica que consiste em uma abertura na traqueia para introdução de uma cânula entre o terceiro e quarto anéis traqueais. Esse procedimento é indicado quando há obstrução das vias aéreas ou necessidade de ventilação mecânica por tempo prolongado (que foi o caso de Chico) ou para evitar sequelas de intubação prolongada, entre outros (VIDIGAL; GONÇALVES, 2001). É importante notar que a traqueostomia é colocada abaixo do nível das pregas vocais, deixando o paciente impossibilitado de produção vocal.

³⁸ Condição na qual as pregas vocais não conseguem fazer o movimento de adução, permanecendo em abdução. Com isso, o ar que passa pelas pregas vocais não encontra os movimentos vibratórios destas, deixando a pessoa impossibilitada ou com extremas dificuldades de produção da voz (mais detalhes sobre o processo de produção vocal são fornecidos no Capítulo 1).

ouvinte sofresse os efeitos de sua enunciação e lhe articulasse outra em retorno, era evidenciada por aumentos significativos na produção de sua voz (na forma de grunhidos e ruídos).

A apatia do menino refletia o quanto a sua voz não era escutada pelo outro. Ao não ser tomada como enunciação, sua voz não conseguia se alçar como uma “potência de significações” e, conseqüentemente, Chico não encontrava outra forma de se colocar na posição de sujeito. Os grunhidos sutis e quase inaudíveis foram se intensificando cada vez mais, se tornando cada vez mais potentes apesar de toda a contradição física e neurológica de seu corpo.

A fala do menino só se tornou possível por meio de sua voz, que, embora nunca tenha podido se articular em uma palavra, nunca tenha sido mais do que um ruído, se presentificava a cada gesto, mímica facial e outras expressões possíveis para Chico. Portanto, foi através da voz que o menino se marcou como sujeito em sua enunciação.

Parece evidente que, ainda em relação ao caso de Chico, toda a intervenção fonoaudiológica que vinha sendo proposta anteriormente não demonstrava os efeitos esperados. A fonoaudióloga parecia se mostrar “surda” à intenção comunicativa por parte do menino. No entanto, na verdade, apenas se fazia necessário escutar aquilo que fazia sentido para a criança. No caso de Chico, o que lhe fazia sentido era a voz do outro. Logo, para que ele pudesse se alçar à posição de sujeito, era preciso que o outro escutasse sua voz no invólucro de um grunhido.

A voz era o que produzia sentidos para Chico. A singularidade do ato enunciativo se dava através da sua voz. É importante notar que essa voz, segundo a clínica dos distúrbios vocais, seria uma emissão sonora sopro, quase inaudível, talvez nem sendo tomada como voz pela Fonoaudiologia. Entretanto, é necessário questionar como é possível desconsiderá-la, na medida em que foi justamente essa “não voz” que acenou para a potência vocal na instância enunciativa? Como dizer que não houve incidência da voz na linguagem de Chico?

É importante, também, considerar que a voz do outro era, para Chico, um fenômeno cheio de vida e carregado de intenções, emoções e desejos. Havia a impressão de que Chico desejava presentificar seus desejos em sua voz. Esse foi o caminho possível de uma intervenção clínica com a linguagem, apontada pelo próprio menino e tão delicadamente lida e percebida por seus pais.

Os questionamentos acerca da clínica vocal tal como a Fonoaudiologia a descreve (cf. capítulo 1) se apresentam justamente pela minha vivência, no cotidiano clínico na clínica dos distúrbios de linguagem, de casos como o de Chico. Seria possível prescrever exercícios de mobilidade de pregas vocais para o menino, ou se tratava, primeiramente, de escutar o modo

como sua voz se colocava na linguagem e o quanto sua linguagem se encontrava permeada por sua voz?

Nesse sentido, também é preciso refletir sobre a voz como marca de identidade de cada um, como uma marca possível do sujeito no discurso. A explicitação da emissão sonora a partir de suas características anatomofuncionais só levaria a voz à categorização proposta pela literatura fonoaudiológica, sem considerar os aspectos particulares de cada sujeito falante.

Tanto no caso de Chico (Quadro 4) como no de Carol (Quadro 3), a voz das duas crianças se mostrava exatamente como aquilo que lhes era único, singular e possível quando da relação com o outro. Geralmente, entre os falantes, pensa-se que o destino da voz é a palavra, o dito, aquilo que pode ser repetível; a voz e o ato enunciativo, no entanto, nunca poderão se repetir. Benveniste (PLG I, p. 277) já refletia sobre isso em seu artigo “A natureza dos pronomes”, mencionando “os atos discretos e cada vez únicos pelos quais a língua é atualizada em palavra por um locutor”. Retomo que, para esse autor, a enunciação é constituída pelos atos enunciativos de cada sujeito, através dos quais a língua se coloca em funcionamento. Portanto, a mesma voz ou o mesmo ato enunciativo nunca se repetirão.

Do mesmo modo, em “A linguagem e a experiência humana”³⁹ - originalmente publicado em 1965 – Benveniste (PLG II, p. 68, grifos no original) reflete sobre a unicidade do dizer do sujeito falante, dizendo que

todo homem se coloca em sua individualidade enquanto *eu* por oposição a *tu* e *ele*. [...] Ora, este ato de discurso que enuncia *eu* aparecerá, cada vez que ele é reproduzido, como o mesmo ato para aquele que o entende, mas para aquele que o enuncia, é cada vez um ato novo, ainda que repetido mil vezes, porque ele realiza a cada vez a inserção do locutor num momento novo do tempo e numa textura diferente de circunstâncias e de discursos. Assim, em toda língua e a todo momento, aquele que fala se apropria desse *eu*, este *eu* que, no inventário das formas da língua, não é senão um dado lexical semelhante a qualquer outro, mas que, posto em ação no discurso, aí introduz a presença da pessoa sem a qual nenhuma linguagem é possível.

A observação sobre a *individualidade* do homem e a unicidade da sua enunciação é bastante produtiva para pensar sobre as narrativas clínicas 3 e 4. Ao apresentarem formas muito singulares de se enunciarem como sujeitos, Carol e Chico – embora não consigam dizer *eu* – se colocam na linguagem ou, nas palavras de Benveniste (PLG II, p. 68), colocam em ação o seu discurso, introduzindo, através das suas vozes, “[...] a presença da pessoa sem a qual nenhuma linguagem é possível”.

³⁹ Publicado no número 51 da revista *Diogenes*, de Paris (julho-setembro de 1965).

Considerar a singularidade do sujeito falante implica olhar, também, para a singularidade da voz, acenando, então, àquilo que é inapreensível e irrepitível. Aqui, é possível evocar outra passagem de Benveniste (PLG II, p. 239) em “Forma e sentido”, em que o autor trabalha com a ideia de referência e situação na frase. O linguista diz:

Se o “sentido” da frase é a ideia que ela exprime, a “referência” da frase é o estado de coisas que a provoca, a situação de discurso ou de fato a que ela se reporta e que nós não podemos jamais prever ou adivinhar. Na maior parte dos casos, a situação é condição única, cujo conhecimento nada pode suprir. A frase é então cada vez um acontecimento diferente; ela não existe senão no instante em que é proferida e se apaga neste instante; é um acontecimento que desaparece.

Penso que a noção de frase trabalhada por Benveniste na passagem acima, subversivamente, pode, também, ser extensiva à voz. Assim como a enunciação, a voz é irrepitível. É ela quem aponta à significação ao ouvinte. Se a frase se apaga, a voz, imagino, é, sobretudo, inapreensível; nada a captura. Mesmo a reprodução da voz através de uma gravação já não acena mais à situação e à referência primeira. Nesse caso, o aqui e o agora do dizer não são mais os mesmos (nem na escrita eles se reproduzem).

Além disso, qual não é a estranheza de escutar a própria voz? Os pensamentos que frequentemente surgem nesses casos, como “será que eu falo assim mesmo?” ou “minha voz é assim?”, não reportam ao dito, ao enunciado, mas, sim, à enunciação. A voz, portanto, também “é um acontecimento que desaparece” (BENVENISTE, PLG II, p. 239). Porém, o efeito que ela produz no outro é de permanência. A voz se desvanece, tratando-se, portanto, do irrepitível e inapreensível, que produz efeitos de sentidos.

Quando Benveniste afirma, na citação de “Forma e sentido” acima, que não podemos jamais prever a situação do discurso ou ao que a frase se reporta, é possível pensar sobre as afirmações de Coursil (2000) acerca da função muda da linguagem – a função da escuta. Esse autor coloca que o discurso se torna conhecido, ao mesmo tempo, para o falante e para o ouvinte, pois é impossível prever as palavras que serão usadas quando do ato enunciativo. O fato de a frase ser, a cada vez, um acontecimento diferente (mesmo que se trate de uma repetição do enunciado) talvez reflita o momento do ato enuncia Não ouvimos nunca a mesma coisa.

Nesse sentido, é fundamental considerar que, mesmo que as palavras sejam as mesmas (em uma repetição), a voz e o ato da enunciação nunca são iguais. Em uma repetição, o *aqui* e o *agora* do dizer são outros, e o mesmo acontece com a voz. Segundo Coursil (2000) a não premeditação da cadeia falada se refere ao imprevisível e ao irrepitível. A cada enunciação, o sujeito se coloca de forma diferente. O mesmo se dá com o ouvinte. A garantia do sentido

enunciado se dará somente *a posteriori*, inclusive nas intervenções fonoaudiológicas na clínica dos distúrbios de linguagem.

A narrativa do Quadro 5, abaixo, também ilustra o caractere inapreensível da voz.

Quadro 5 - Narrativa clínica 5: Maria

Paciente	Maria, 18 anos, sem diagnóstico neurológico, mas em um quadro de psicose
Descrição do caso	A paciente realizava atendimento clínico com uma terapeuta ocupacional. A adolescente se expressava muito bem; no entanto, sua voz era anasalada e aguda. Parecia uma voz caricata, saída de um desenho infantil. Quando as encontro, Maria e sua terapeuta estão pegando um café. Elas contam que estão se servindo de café para acompanhar as pipocas que tinham feito. Nesse momento, pergunto para Maria: “Hmmm, o cheirinho tá ótimo! Tu gosta de pipoca, Maria?” A adolescente escuta a pergunta e responde: “Arrã, eu gosto”. Nessa enunciação, sua voz era grave, com entonação adequada, sem a representação quase teatral dos desenhos e nada anasalada.

Fonte: Elaborado pela autora.

Esse é um relato muito interessante e curioso, devido à forma com que a adolescente usou a voz para se marcar no discurso. Maria dá corpo à fala, materializando a sua enunciação com uma voz absolutamente diferente daquela que todos estavam acostumados a ouvir⁴⁰. A resposta da adolescente, com essa voz que parecia ser, de fato, sua voz – sem as entonações exacerbadas, a nasalidade e tons agudos excessivos – surpreendeu àqueles que a escutaram. A reação dos envolvidos foi como se estivessem escutando a voz de Maria pela primeira vez.

Maria, conforme explicitado na vinheta acima, se expressava muito bem por meio da fala oral, porém sempre de uma forma caricata. Todos a compreendiam, sua enunciação atingia o outro, que se via afetado pelo sentido expresso pelas palavras, mas era evidente, a todos os seus interlocutores, o quanto a adolescente forçava uma voz que não era a sua de fato. Lembro que, em muitos encontros com Maria e em interconsultas com a terapeuta responsável pelo caso, sempre me perguntava sobre como seria a “verdadeira” voz da menina.

A forma peculiar da fala de Maria refletia a sua dificuldade em assumir seu lugar no discurso. Embora seja admissível dizer que havia um sujeito em suas enunciações, de certa forma, elas quase soavam como se não fossem suas. Aqui, é possível retomar as propostas, citadas no primeiro capítulo, de Steuer (2005, p. 239): o uso da voz está relacionado com a

⁴⁰ O diagnóstico da paciente e suas possíveis incidências no seu discurso não entrarão em discussão neste trabalho. Embora seja uma questão interessante, caberia a outras reflexões que não as propostas para o objetivo dessa dissertação

maneira de ser e de se relacionar com o mundo, sendo que “cada pessoa pode ser reconhecida por sua voz”. Ora, no caso de Maria, ninguém a reconhecia naquela voz caricata, daí a surpresa causada quando ela respondeu “Arrã, eu gosto”, fazendo uso de uma voz própria e com uma entonação muito diferente, por estar colocada de forma adequada, não forçada, ou seja, pronunciada desde seu lugar como sujeito na linguagem.

Há ainda outro ponto que merece ser apresentado sobre esse recorte: a voz da Maria poderia ser escutada, segundo a descrição da Fonoaudiologia, como uma voz infantilizada (como descrito em 1.4), o que de fato era. No entanto, essa voz infantilizada se apresenta como um sintoma que diz respeito mais à clínica dos distúrbios de linguagem do que à clínica dos distúrbios vocais. Maria demonstrou ter condições de se expressar com “outra” voz. Logo, se o profissional escutar somente a voz infantilizada e não refletir sobre a produção dessa voz quando na linguagem e na instância do discurso, pode facilmente cair no engano de prescrever exercícios e técnicas como manipulação digital da laringe e deslocamento lingual, entre tantas outras, a fim de tratar essa paciente como uma paciente com uma disfonia psicogênica. Embora tais terapias vocais sejam relevantes e necessárias em alguns casos clínicos, é importante entender que o caso de Maria não é um caso de distúrbio vocal. A sua voz infantilizada precisa ser entendida como um sintoma, que diz de seu lugar como sujeito falante e, portanto, também da clínica dos distúrbios de linguagem.

Outro caso semelhante ao de Maria é apresentado no Quadro 6:

Quadro 6 - Narrativa clínica 6: Pedro

Paciente	Pedro, 6 anos, sem diagnóstico orgânico, mas em um quadro de psicose não decidida da infância (conforme a psicanalista que o atendia)
Descrição do caso	Pedro passou por uma intervenção na fala aos 2 anos e 6 meses, chegando para o atendimento comigo aos 4 anos. Em sua fala, eram percebidas omissões e trocas fonológicas, mas com boa inteligibilidade. O que mais chamava atenção era a voz do menino e a forma como a mesma aparecia em sua fala. Era uma voz infantilizada, em uma fala que parecia ser de uma criança de, no máximo, 3 anos. Em seu discurso, referia a si mesmo como Pedro, sem uso do pronome “eu”. Em uma sessão, o menino me perguntou: “Você sabia que eu sou o Pedro?”, ao que respondi: “Sim, eu sei que tu é o Pedro. E tu?”. Com essa pergunta, meu objetivo era saber se ele sabia quem eu era. Pedro afirmou: “Agora eu também sei”, com uma voz própria e não mais aquela forçada em uma condição de infantilização.

Fonte: Elaborado pela autora.

No recorte clínico do Quadro 6, a voz do menino era muito diferente da voz habitualmente usada pela criança, tal como no caso de Maria⁴¹. No caso de Pedro, a voz soou à minha escuta como se ele estivesse podendo falar de si mesmo pela primeira vez, sem se preocupar em se mostrar ao outro como uma criança menor do que era.

Ao trabalhar com a função muda da linguagem, Coursil (2000) expõe que o “tu” é uma posição que pode se mostrar dilatada. Em outros termos, a forma como eu o indivíduo se coloca em sua fala reverbera naquele que a escuta. Nesse sentido, os sintomas que aparecem na fala, muitas vezes, se presentificam por essa via, devido ao efeito que a fala desviante produz no outro. Em relação a Pedro, é interessante notar que, além da fala desviante, parecia haver uma voz “desviante”. O menino – assim como Maria – se colocou em sua enunciação com uma voz bastante diferenciada, apontando ao interlocutor uma outra forma de estar na linguagem.

Outra questão interessante no caso de Pedro foi a inauguração do uso do pronome pessoal “eu”. O menino se referia a si mesmo sempre na terceira pessoa, ou seja, sempre se enunciava desde o lugar de não pessoa. Embora seja evidente que Benveniste, ao trabalhar com os pronomes que se referem à categoria de pessoa e não pessoa, não pensou sobre o uso dos mesmos relacionados à condição psíquica dos falantes, pode ser interessante traçar essa relação nesse caso. No artigo “Estrutura das relações de pessoa no verbo”, Benveniste (PLG I, p. 250) afirma que “a forma dita de terceira pessoa comporta realmente uma indicação de enunciado sobre alguém ou alguma coisa, mas não referida a uma ‘pessoa’ específica. O elemento variável e propriamente ‘pessoal’ dessas denominações falta aqui”. O fato de Pedro se referir a si mesmo fazendo uso de um pronome que pode indicar qualquer coisa – ou qualquer um – parece produzir efeitos em sua fala e em sua voz em um cenário clínico. Escuto suas produções vocais (assim como as de Maria) como se pudessem advir de uma voz qualquer, de qualquer outro que não sua, quase como um impeditivo da singularidade que a voz de cada sujeito indica.

O pronome “ele”, conforme afirma Benveniste (PLG I, p. 250), no mesmo texto, “pelo fato de não implicar nenhuma pessoa, pode tomar qualquer sujeito ou não comportar nenhum, e esse sujeito, expresso ou não, nunca é proposto como ‘pessoa’”. Nessa perspectiva, penso que é possível considerar que não é insignificante o fato de que tanto Pedro como Maria, ao produzirem suas enunciações sem as vozes caricatas, fizeram uso do pronome “eu”. Em ambos os recortes, o uso da forma pronominal “eu” e a mudança da voz parecem indicar uma apropriação da condição de sujeito da enunciação.

⁴¹ Nessas duas narrativas, infelizmente, não existem palavras para refletir o efeito de escuta das modificações vocais expostas pelos pacientes. No entanto, resalto que foram vozes muito diferentes.

A narrativa clínica apresentada no Quadro 7, abaixo, permite continuar a refletir sobre as citações já expostas neste trabalho.

Quadro 7 - Narrativa clínica 7: João

Paciente	João, 5 anos, sem diagnóstico orgânico, com atraso de linguagem
Descrição do caso	O paciente iniciou o atendimento fonoaudiológico aos 3 anos. Ao chegar para o atendimento, o menino não articulava nenhuma palavra ou sílaba. Expressava-se por gestos e expressões faciais. Quando irritado, gritava bastante. Seu pai dizia que ele próprio demorara a falar e não via nenhum problema na ausência de fala oral do filho; sua mãe também não se incomodava com esse fato. A busca pelo atendimento havia sido indicação da escola e resultava, também, do desconforto com os gritos do filho, descritos como “crises de berros”. Houve progresso muito rápido do menino no atendimento, surpreendendo a todos os envolvidos, inclusive à própria fonoaudióloga. Os gritos já haviam desaparecido, e sua fala, embora ainda apresentasse algumas trocas e omissões, era perfeitamente inteligível aos outros. Contudo, ao vivenciar um episódio que mexia bastante com sua dinâmica familiar, João chegou ao atendimento em uma de suas “crises de berros”. Foram três sessões de gritos, muitos gritos. O menino parecia não escutar ninguém e gritava muito, chegando a se engasgar diversas vezes. Parava de gritar apenas por exaustão, quando adormecia profundamente. Na terceira dessas sessões, durante um dos episódios de engasgos ocasionados por seus gritos, consegui dizer a João que eu estava escutando toda a angústia que sua voz estava mostrando. A partir dessa pontuação, o menino conseguiu alternar seus gritos com minhas enunciações até parar de gritar e voltar a se enunciar através de sua voz articulada em palavras.

Fonte: Elaborado pela autora.

O caso de João, exposto no Quadro 7, parece bastante interessante ao pensar no sentido constituído pela voz na enunciação e sobre o quanto, às vezes, as palavras não dão o contorno de sentido possível e merecido. João era um menino que já fazia uso das palavras, mostrando domínio da vocalização das mesmas. Apesar do atraso em que chegou ao atendimento, estava evoluindo muito bem no processo de aquisição de linguagem.

A exposição da narrativa clínica sobre João remete a outra passagem do linguista sírio-francês. Em “Vista d’olhos sobre o desenvolvimento da linguística”⁴² – publicado em 1963 –, Benveniste (PLG I, p. 26), ao analisar a função da linguagem, defende que o exercício da linguagem “é da troca e do diálogo, confere ao ato de discurso dupla função: para o locutor,

⁴² Será citado, neste trabalho, como “Vista d’olhos”.

representa a realidade; para o ouvinte, recria a realidade. Isso faz da linguagem o próprio instrumento da comunicação intersubjetiva”. Em seguida, afirma:

Assim é a linguagem, uma entidade de dupla face. É por isso que o símbolo linguístico é *mediatizante*. Organiza o pensamento e realiza-se numa forma específica, torna a experiência interior de um sujeito acessível a outro numa expressão articulada e representativa, e não por meio de um sinal como um grito modulado; realiza-se numa determinada língua, própria de uma sociedade particular, não numa emissão vocal comum à espécie inteira.

João demonstrava estar vivenciando muito bem suas experiências no desenvolvimento de sua fala, entendendo a língua como uma mediadora das suas relações com o outro e com o mundo, se apropriando plenamente de seu lugar como sujeito de sua enunciação. No entanto, ao se deparar com uma situação que lhe despertou uma angústia muito grande, as palavras não lhe serviam mais. Sua dor, sua ansiedade e sua angústia não cabiam no invólucro das palavras. Somente pela sua voz, pronunciada em gritos, conseguiu mostrar o que estava vivenciando. Nesse momento, seu dizer significava muito mais do que o dito. Ora, João estava em pleno processo de consolidação como sujeito falante e entendia as trocas discursivas com o outro, mas, naquele instante, não conseguiu pronunciar suas palavras “numa determinada língua”. João, então, parece ter sentido necessidade de se expressar por meio de um sinal como um grito modulado, em uma emissão vocal comum à espécie inteira.

A pronúncia da voz em gritos parecia ser o que indicava ao menino a condição de convocar o outro a escutá-lo. No entanto, a potência convocatória de sua voz não parecia estar diretamente ligada à intensidade de sua expressão, mas sim ao fato de esse ter sido seu primeiro recurso para *estar na linguagem*. O uso das palavras para se relacionar com os outros e com o mundo vinha sendo experimentado há pouco tempo; talvez essa tenha sido a razão para João recorrer ao grito, por ainda não saber como viabilizar a potencialidade de sua voz na relação com o outro em um momento de sofrimento intenso.

O menino não conseguiu organizar seu pensamento e tornar sua experiência interior acessível ao outro. Faltavam-lhe palavras, restando-lhe apenas o grito. Evidentemente, uma fragilidade psíquica importante alterava o desenvolvimento de João. Contudo, o retorno às “crises de berros” chamou muita atenção. O menino não conseguia se valer da língua nem para falar de seu sofrimento, tampouco para se fazer escutar naquilo que lhe despertava aflição. Segundo Zumthor (2005, p. 63) “a língua é mediatizada, levada pela voz. Mas a voz ultrapassa a língua; é mais ampla do que ela, mais rica”. No caso de João, as palavras não pareciam ser

suficientes; ele precisou dar um outro contorno na potência de sua voz expressa em seus gritos no momento de sofrimento.

Nesse sentido, vale lembrar que, ao chegar para o atendimento, João, já com 3 anos de idade, não dizia nenhuma palavra, evidenciando um atraso significativo, que seus pais não registravam. Junto à psicanalista de referência do caso, surgiam perguntas sobre a necessidade que o menino tinha em desencadear suas “crises de berros”, que, talvez, pudessem ser respondidas pelo fato de que elas eram a única forma com que João conseguia convocar o olhar do outro para si. A partir do momento em que ele percebeu que a fonoaudióloga escuta o que ele diz, João passou a responder as interrogações da terapeuta com gritos, até conseguir voltar a usar as palavras.

Portanto, a ausência das palavras do menino ao iniciar o tratamento fonoaudiológico se dava por ele não encontrar no outro uma voz que o convocasse. Em outras palavras, a voz como uma pulsão convocatória não parecia ter se inscrito em seu desenvolvimento. Em um círculo vicioso de ausência de fala, ele não falava e seus pais também não falavam com ele. Não é fortuita a rápida evolução de João assim que ele encontrou uma voz que o convocasse e um interlocutor disposto a escutá-lo: ele pôde começar a se colocar na instância de diálogo através de suas próprias palavras, pronunciadas em seu ato enunciativo.

Diferentemente do caso de Carol (Quadro 3), em que os gritos, frequentemente, constituíam um apelo a ser escutada pelo outro, João entrou em silêncio, quase como se recusando a falar, uma vez que não encontrava um interlocutor a sua enunciação. No entanto, seus gritos também apareciam como um apelo ao outro e, assim como Carol, também não eram escutados pelo outro como possibilidades de um dizer.

A esse respeito, é interessante notar que Zumthor (2005, p. 65) afirma que existem duas presenças nas palavras: “existe aquele que fala em uma determinada língua conhecida que, em outros termos, dá a voz, mas ao mesmo tempo ele fala a alguém que escuta, que estende as escutas de seu desejo, que se deixa captar pela voz do outro do qual se torna cativo”. Aqui, novamente, é possível observar um eco de Benveniste (PLG I, p. 285), quando diz que o que encontramos no mundo é “[...] um homem falando com outro homem [...]”. A narrativa clínica apresentada no Quadro 8 contribui para essa reflexão.

Quadro 8 - Narrativa clínica 8: Cora

Paciente	Cora, 6 anos, possui síndrome neurológica e importante disartria ⁴³
Descrição do caso	Os pais buscaram atendimento fonoaudiológico pelas dificuldades de fala em razão da disartria, dizendo que a comunicação de Cora com as pessoas era difícil. Contudo, o que mais desperta atenção, ao conhecer a menina, é que ela se expressava em um discurso solto, sem conexões entre os fatos. Não havia minimamente uma ideia de início, meio e fim. Cora começava a falar e só parava ao ser interrompida. Era quase um jorro de palavras, sem variação da voz, que não produzia um sentido àqueles que a escutavam. Os pais sempre participavam do atendimento, a convite de Cora, pois eles eram os intérpretes da filha. Nas palavras da mãe, “ela fala e eu traduzo”. Em uma sessão, quando a mãe interrompeu o discurso de Cora para “traduzi-lo”, Cora disse: “Deixa eu falar!”, mostrando, pela primeira vez, uma voz diferenciada da monotonia de suas expressões.

Fonte: Elaborado pela autora.

A dificuldade de entonação da voz pode ser um sintoma dos quadros de disartria devido às dificuldades motoras envolvidas na articulação da fala. No entanto, no caso de Cora, apresentado no Quadro 8, a sua voz – uma voz desprovida de toda sua potencialidade – parecia estar relacionada a um discurso sem sentido, como se sua enunciação não estivesse na instância do diálogo. Assim, o objetivo principal da intervenção fonoaudiológica estabelecida para Cora era a manifestação vocal e a organização do discurso e não somente os exercícios orofaciais para uma melhor condição de articulação. Além disso, é importante ressaltar que, junto à organização do discurso, sua mãe foi sendo convidada a não mais “traduzir” as falas da filha. O enunciado “Deixa eu falar!” inaugurou, para Cora, o lugar de sujeito falante em uma enunciação própria. No contexto dessa fala, a tradução da mãe estava incorreta, pois não refletia aquilo que a menina estava dizendo; Cora, então, a interrompe com uma fala articulada e com uma entonação adequada. Pergunto-me quantas outras vezes as traduções dos pais não condiziam com o que Cora tentava dizer. É importante considerar que, não raras vezes na clínica dos distúrbios de linguagem, o terapeuta serve de intérprete às expressões do paciente. Contudo, é fundamental que essa interpretação sempre retorne à criança, pois a confirmação do sentido caberá somente a ela. No ímpeto das traduções dos pais de Cora, eles não retomavam o sentido com a filha.

⁴³ Disartria é uma desordem neurológica que dificulta a articulação das palavras na fala. Essa dificuldade se dá devido aos défices dos aspectos motores ligados às musculaturas dos órgãos fonoarticulatórios.

Outros aspectos importantes a considerar no caso de Cora são as falas em enunciações desconexas e a falta de potência da voz nas enunciações. A expressão da voz de Cora era quase vazia, no sentido de não buscar o outro como um interlocutor, vazia de relação, de prosódia. Parecia que Cora falava sem se importar com o sentido de seu dizer, já que o mesmo seria sempre determinado pelo outro. Embora o sentido seja sempre dado pelo outro, há, também, uma intenção do sujeito falante. No dizer de Cora, entretanto, faltava o *intencionado* do discurso. O pedido para a mãe deixá-la falar foi a primeira enunciação potente da menina, não em termos da intensidade, do volume da voz usada, mas sim em relação à potência de significação que sua voz assumiu em seu ato enunciativo, intencionando-se, então, ao outro.

Ainda no que diz respeito ao caso de Cora, na medida em que as intervenções em seu discurso foram sendo propostas, seus atos enunciativos foram se modificando, passando a se produzir sem a monotonia vocal antes observada, já sendo perceptível o *intencionado* de seu discurso. Foi necessária a voz colocada na enunciação – “deixa eu falar” – para que Cora passasse a ser escutada pelos pais, dispensando-os, então, do papel de tradutores.

Nesse sentido, remeto-me, novamente, a Benveniste, devido à grande preocupação desse linguista com a significação. Para Cora, a significação de seu discurso era sempre dada pelos pais. No entanto, ao perceber que nem sempre a significação dada condizia com a significação que pretendia expor ao outro, a menina passou a se sentir incomodada. A inquietação dos pais de Cora se relacionava ao dito, mas a intervenção fonoaudiológica na clínica dos distúrbios de linguagem acenou para o dizer, que possibilitou que Cora usasse sua voz para evidenciar a si mesma como sujeito na linguagem.

É importante notar que a presença dos pais de Cora foi importantíssima para as evoluções do atendimento clínico, já que o tratamento não concernia apenas à fala da menina, mas também esse lugar (não) assumido pela paciente em sua enunciação, refletido pela tradução dos pais⁴⁴. Muitas vezes, como no caso de Cora, a presença dos pais nas cenas clínicas visa colocá-los como coterapeutas⁴⁵, não no sentido da realização de exercícios e técnicas em casa, mas sim na condição de interlocutores do dizer possível dos filhos.

A relevância da presença dos pais pode ser observada em outra narrativa clínica, apresentada no Quadro 9:

⁴⁴ É fundamental ressaltar que a exposição dos papéis parentais diz respeito, exclusivamente, à reflexão acerca da relação entre o sujeito falante e o ouvinte. Os pais não são, de forma alguma, culpabilizados ou responsabilizados em relação aos sintomas e às dificuldades dos filhos.

⁴⁵ Expressão usada por Marie-Christine Laznik no seminário intitulado “Inquietações contemporâneas: autismo, psicose na infância e sexualidade feminina”, proferido em Porto Alegre, nos dias 11 e 12 de agosto do ano de 2017.

Quadro 9 - Narrativa clínica 9: Lica

Paciente	Lica, 6 anos, diagnóstico de microcefalia e transtorno do espectro autista
Descrição do caso	A menina é levada ao atendimento de Fonoaudiologia com 4 anos e 6 meses por não falar e, especialmente, por questões alimentares, já que fazia uso de gastrostomia ⁴⁶ . O objetivo principal, portanto, era uma intervenção em relação ao processo alimentar, e não somente as questões de linguagem. A mãe de Lica era uma mulher muito simples e envergonhada, que não fazia muitas questões à terapeuta. Além disso, ao falar com a filha, usava uma voz muito baixinha. Contudo, Lica, que apresentava várias estereotipias motoras, sempre parava para ouvir a voz da mãe. A paciente começou a produzir muitas vocalizações da vogal /a/, tanto no atendimento quanto em casa. Perguntei para a mãe sobre o que ela acha que a menina tentava dizer, e ela respondeu que “os médicos disseram que ela não vai falar e que isso é uma estereotipia verbal”. Perguntei pra mãe o que ela achava dessa fala dos médicos e, enquanto ela parecia pensar para responder, Lica disse /rã/, como se estivesse brava. Indico essa brabeza para Lica, perguntando se ela tinha ficado incomodada com a fala dos médicos, e ela respondeu /arrã/.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em minha leitura, as vocalizações de Lica, escutadas pela equipe médica como estereotipias verbais, eram tentativas de se colocar como sujeito em sua enunciação. A evolução expressiva de Lica indicava que a voz baixa da mãe, talvez, convocasse a menina, o que se confirmou com o passar do tempo, pois, atualmente, a mãe tem podido falar mais alto e até brincar com a filha. Lica, por sua vez, consegue usar sua voz para se marcar como sujeito na linguagem. Pronuncia /ã?/ quando não entende a pergunta que lhe é feita, diz /arrã/ para sim e /ã ã/ para não, além de cantar “parabéns a você” melodiando a vogal /a/ no ritmo da música.

Esse cenário permite retomar uma passagem de “Os níveis da análise linguística” (PLG I) em que Benveniste indica que existem três comportamentos fundamentais que refletem a fala do homem, que age sobre o interlocutor através do discurso: as proposições assertivas, imperativas e interrogativas. O autor entende que essas três funções correspondem à atitude do locutor no discurso. Ora, o que Lica faz é exatamente o descrito pelo linguista: por meio da sua voz, colocada na pronúncia da vogal /a/, ela consegue enviar ao ouvinte o *intencionado* do seu discurso.

⁴⁶ Procedimento cirúrgico de abertura no estômago para a parede do abdome, a fim de fixar uma sonda alimentar. Esse procedimento é realizado quando há impossibilidade de ingestão de alimentos por via oral.

Conseguir cantar “parabéns a você” apenas falando a vogal /a/ e, especialmente, fazer com que o ouvinte perceba o sentido expresso nesse ato enunciativo é extremamente difícil. Foi, portanto, a voz de Lica, pronunciada na melodia da música e na prosódia da fala, que a marcou como sujeito falante. É importante ressaltar que a música “parabéns a você” não apareceu ao acaso: era época de seu aniversário de 6 anos, e a mãe vinha falando sobre a festa, que teria o tema de uma personagem de desenho. Lica ria bastante quando a mãe falava da festa, demonstrando entender a conversa, até que, ao perguntar se ela estava ansiosa pela sua festa, a menina canta a música em resposta à pergunta que havia lançado a ela.

Esse recorte clínico do caso de Lica acena explicitamente para a voz como índice da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem na infância. As três funções inter-humanas, tal como expostas por Benveniste (assertiva, interrogativa e imperativa), estão presentes nas enunciações da menina, apesar da ausência da articulação da fala em palavras. Seria possível dizer, como fez a equipe médica, que suas vocalizações eram apenas estereotípias verbais? Não foi justamente a escuta dessas estereotípias, tomadas como possibilidades de um dizer, que produziram deslocamentos nas posições discursivas de Lica? Gosto de pensar que sim.

3.2.2 *O silêncio da voz*

Olhar para a potência da voz no ato enunciativo do sujeito falante, como foi feito na seção anterior, é de extrema importância. Contudo, em muitas situações, a clínica dos distúrbios de linguagem é marcada pelo silêncio.

É importante notar que se trata, entretanto, de um silêncio fundador, de convocação. Nas cenas clínicas, frequentemente encontramos crianças que, por não encontrarem no outro um interlocutor às suas produções possíveis, emudecem. Portanto, cabe, ao fonoaudiólogo, a tarefa de ajudar o paciente a encontrar formas para o seu dizer e mostrar que há um ouvinte interessado no que ele tem a dizer. Em relação a isso, cito Surreaux (2001, p. 599, grifos no original), que diz que

trata-se, em primeiro lugar, de reconhecer a instância do silêncio como constitutiva da linguagem. Trata-se também de poder interpretar *aquele* silêncio, *daquele* paciente, *naquele* momento. Poder *escutar* as possibilidades de significação do silêncio.

Ainda a respeito desse silêncio, Surreaux (2001, p. 594) afirma que ele é um “[...] elemento constitutivo da linguagem, não só em seu caráter fundante, como também em seu aspecto enunciativo [...]” e discorre sobre a sua influência na área da Fonoaudiologia:

Na nossa perspectiva de fonoaudiologia, propomos pensar o silêncio em sua função estruturante do dizer, em suas possibilidades discursivas e enquanto sintoma de um quadro de alteração de linguagem. Na prática terapêutica, não se trata de silenciar ao invés de preencher todos os espaços com fala (como costuma ser a tendência na fonoaudiologia tradicional). Trata-se de poder construir junto com o paciente uma possibilidade de dizer, tomando o silêncio como elemento constitutivo da linguagem (SURREAUX, 2001, p. 596).

A noção do silêncio como fundante, ou seja, um silêncio que provoca e convoca o outro, parece trazer à tona, novamente, a função muda da linguagem, tão bem trabalhada por Coursil. A escuta daquilo que é ou não é dito só é possível quando se considera o paciente como alguém que sempre tem algo a dizer. É somente através da escuta que tanto terapeuta como paciente podem se ver afetados pelo sentido do dizer um do outro, tornando-se interlocutores do dizer um do outro. Nesse sentido, Mancopes (2008, p. 219) defende a ideia de que uma intervenção fonoaudiológica na clínica de linguagem não deve tomar o paciente como um “[...] vir-a-ser, mas justamente o contrário, um ser desde sempre lá, assujeitado e constituído pela linguagem em seu funcionamento”. A afirmação dessa autora complementa a noção da escuta do silêncio proposta por Surreaux, uma vez que o que parece estar sendo proposto é a condição do fonoaudiólogo sempre supor que haja um sujeito que deseja falar (seja da forma que for). Supõe-se que um paciente possa falar, pois “com a criança é necessário trabalhar a partir do que ela mesma traz para a terapia, já que somente ela poderá apontar o lugar pelo qual o terapeuta poderá entrar em sua história” (MANCOPES, 2008, p. 227).

A narrativa clínica do Quadro 10 colabora para a reflexão sobre os silêncios envolvidos na clínica dos distúrbios de linguagem.

Quadro 10 - Narrativa clínica 10: Ariel

Paciente	Ariel, 5 anos, quadro de mutismo.
Descrição do caso	A menina recebia atendimento psicológico e fonoaudiológico em sua cidade de origem, mas era acompanhada mensalmente em Porto Alegre. Ariel vivenciou uma situação traumática aos 3 anos de idade e, a partir de então, nunca mais havia feito uso da voz para se comunicar. Falava por gestos, mímicas e expressões faciais. Em uma das sessões de acompanhamento, eu estava falando da sua roupa e perguntei: “Quem será que te deu?”. Ariel respondeu com a voz: “vó”. A vocalização dessa palavra causou espanto a nós duas, especialmente para a menina que, sorrindo, seguiu vocalizando “vó”, divertindo-se com sua voz nessa palavra.

Fonte: Elaborado pela autora.

No caso de Ariel, exposto no Quadro 10, foi exatamente a produção da própria voz na palavra em resposta ao outro que lhe causou espanto. Haviam se passado dois anos desde que ela mesma tinha escutado a sua voz. Ao pronunciar “vó”, espantada, ela olhou para a terapeuta, como se quisesse se certificar de que a voz entoada era de fato sua. Durante a sessão, seguiram-se brincadeiras de falar essa palavra muitas vezes e de diferentes maneiras, com diferentes entonações. Não me atrevi, nesse primeiro momento, a convidá-la a dizer outra coisa, pois pensei que era importante que Ariel voltasse a se familiarizar com sua voz. Ora, a menina havia perdido aquilo que marcava sua singularidade, logo, parecia justo que ela pudesse ter um tempo de experimentar e se apropriar, novamente, da sua voz.

As sessões (com a fonoaudióloga de referência) que se seguiram a essa consistiram de brincadeiras vocais, nas quais Ariel experimentou prazerosamente modulações de sua voz através de gritos, sussurros e onomatopeias em tons graves e agudos, entre outros. A articulação das palavras não foi exigida de imediato no atendimento fonoaudiológico, uma vez que era necessário deixar a menina confortável em seu dizer para, somente depois, confrontar-se com os ditos.

Esse brincar com a voz, tal como proposto a Ariel, pode se reportar ao tempo em que o bebê brinca com sua voz para encontrar a voz do outro. Assim como explicitado anteriormente no caso de Carol (Quadro 3), isso não implica fazer uso do manhês para conversar com a criança, mas deixá-la (re)experimentar suas possibilidades vocais e o modo de endereçar sua voz ao outro. Para Ariel, falar se referia à ordem do proibitivo e se tornou algo tão assustador que a fez calar. Portanto, a articulação de sua fala endereçada ao outro precisou ser tecida de forma muito leve e prazerosa. Parecia importante que Ariel pudesse vivenciar, novamente, um

jogo pulsional, uma vez que sua voz – seu objeto perdido – foi realmente apagada. A ausência de fala da menina apontava exatamente para o silêncio que se deveria escutar. Para retomar as palavras de Surreaux (2001), se tratava de escutar *aquela* silêncio *daquela* Ariel *naquela* momento de sua história.

Ainda considerando o caso de Ariel, é importante notar que, de certa forma, o jogo proposto entre as vozes da terapeuta e da menina parece se assemelhar àquilo que encontramos no manhês, que é um processo próprio do desenvolvimento infantil, em que o jogo entre as vozes do bebê e do adulto se tramam na cena dialógica. O recorte clínico do Quadro 11 ilustra melhor esse fenômeno:

Quadro 11 - Narrativa clínica 11: Leo

Paciente	Leo, 2 anos
Descrição do caso	Os pais de Leo buscaram atendimento fonoaudiológico pela ausência de fala do menino e por a mãe suspeitar que ele possa ter um transtorno do espectro autista. O que mais chamou atenção nesse caso, além do silêncio da criança, foi a voz da mãe. Uma voz baixa, sem nenhuma entonação, ao ponto de ser difícil entender, muitas vezes, se ela estava fazendo uma pergunta para a terapeuta ou afirmando um fato. Essa voz monótona também era endereçada ao menino. O enunciado materno era floreado de palavras ditas ao filho, que, no entanto, eram proferidas em uma voz “sem vida”. Desde nosso primeiro encontro, a questão da voz ficou evidente tanto para os pais quanto para os terapeutas, pois Leo, ao escutar uma voz com uma melodia e palavras simples dirigidas a ele, correu para o lado dos terapeutas (na cena, estavam presentes a fonoaudióloga e uma psicanalista). Um dos momentos mais marcantes ocorreu quando o menino pegou um rolo, o que me levou a perguntar: “Vamos girar o rolo? Quer? Quer girar?”. Leo me entregou o rolo. Então, girei-o no chão, na direção do menino, cantando: “Gira, gira, gira. Gira, gira, gira. Girou!”. Leo engatou nessa brincadeira e, nos momentos de hesitação da fala da terapeuta, ele produziu algumas vocalizações. Nesse momento, a mãe disse: “Eu não brinco assim com ele, eu falo mais baixo”.

Fonte: Elaborado pela autora.

A vinheta do Quadro 11 parece muito adequada para falar da voz que faz um convite à interação com o outro, da voz como “potência de significações”, porque está em relação. Não se trata de falar mais alto ou mais baixo, mas da percepção de que a voz monocórdica da mãe não produzia um efeito de convocação para seu filho. No momento em que ele encontra alguém que lhe dirige – mais do que palavras – a voz como um meio de convidar à interação, Leo

responde rapidamente, brincando e produzindo vocalizações, como em resposta à fonoaudióloga.

A fala da mãe, dirigida a Leo, consistia de enunciados que não buscavam o encontro com o menino, não suscitavam uma outra enunciação em retorno. Logo, as possibilidades de trocas com o mundo e com o outro não pareciam se inscrever ao menino. Em “Vista d’olhos”, Benveniste (PLG I, p. 31, grifos meus) afirma que

a criança nasce e desenvolve-se na sociedade dos homens. São homens adultos, **seus pais, que lhe inculcam o uso da palavra**. A aquisição da língua é uma experiência que vai a par, na criança, com a formação do símbolo e a construção do objeto. Ela aprende as coisas pelo seu nome; descobre que tudo tem um nome e que aprender os nomes lhe dá a disposição das coisas. Mas **descobre também que ela mesma tem um nome e que por meio dele se comunica com os que a cercam**. Assim desperta nela a consciência do meio social onde está mergulhada e que moldará pouco a pouco seu espírito por intermédio da linguagem.

Nessa passagem, é possível observar que Benveniste atribui aos pais a tarefa de demonstrar aos filhos a apresentação e o uso das palavras. Parece apontar, também, que, através da apresentação das palavras às crianças, os pais a inserem na sociedade e que, a partir da nomeação das coisas, a criança percebe o seu próprio nome e com isso estabelece a relação com ou outros. Na minha leitura dessa passagem, entendo que o linguista aponta para a necessidade da conversação existente entre pais e filhos e para a inserção da criança no mundo social, desde sempre ocupando um lugar único frente aos demais.

No caso de Leo, não se observa o jogo das vozes entre mãe e filho. A mãe fala para o menino, mas não se nota uma intenção de apresentar as palavras ao filho. Sua voz não convoca o outro, não captura Leo em seu dizer e não o eleva à condição de locutor. Fazendo uso das palavras de Benveniste, isso mostra que, para essa criança, a aquisição da língua – assim como a formação do símbolo e a construção do objeto – é uma experiência pobre, e que a inscrição desse menino no social também é frágil, o que implica que sua consciência acerca do mundo intermediada pela sua linguagem também é deficitária.

Abordei, anteriormente, a necessidade da falta, da pausa, para que a fala apareça. Na narrativa clínica do caso de Leo, aquilo que nomeio “hesitação da fala da terapeuta” diz justamente dessa pausa, que consiste em um silêncio necessário para que a voz do outro possa aparecer em resposta. Quase como se fossem as pausas que as mães fazem no uso do manhês. Nesse relato, então, trata-se do silêncio como fundador, um silêncio que possibilita o aparecimento da voz e da fala. Baralo (1995) aborda esse assunto, comentando que o silêncio introduzido pela mãe é muito rico, pois é nesse silêncio, na vez de o bebê “falar”, que a mãe

produz as significações, produz sentidos ao bebê. Isso, segundo o autor, enlaça o bebê nas suas possibilidades expressivas. No caso de Leo, observa-se que é exatamente nesses momentos de hesitações que ele consegue produzir algumas vocalizações.

É importante notar que, atualmente, no entanto, o silêncio não é facilmente suportado. Busca-se, constantemente, uma supressão do silêncio, com aplicativos sonoros e manuais sobre como as mães devem “estimular” a fala dos filhos, conversando com eles, entre outros. Existem, inclusive, manuais disponíveis que afirmam que os pais não devem falar em manhês com os filhos, que devem usar o mesmo modo de conversação que entre adultos. A justificativa desses “estudos” é que o manhês infantilizaria o desenvolvimento e ocasionaria défices quando da construção do inventário fonético pela criança. Toda essa infinidade de informações e técnicas, entretanto, parece anular o saber dos pais e retirar da cena toda a potência que a voz tem no desenvolvimento da linguagem.

No caso de Leo, o silêncio como processo estruturante no desenvolvimento da linguagem não existia, nem mesmo quando ele dormia, já que seus pais leram na internet que as crianças dormiam melhor quando expostas ao ruído branco⁴⁷, o que os levou a comprar um aplicativo com esse ruído e o expor ao filho durante o sono. Portanto, não havia, realmente, espaço para que a voz de Leo aparecesse. A preocupação dos pais com seu não falar parecia estar mais centrada na ideia do filho “com atraso” frente aos outros do que com a ausência do dizer do menino.

Abaixo, no Quadro 12, apresento uma narrativa semelhante à exposição do caso de Leo.

⁴⁷ Ruído branco é um sinal sonoro que engloba diferentes frequências, mas mantém sempre a mesma intensidade. Pode ser um barulho de rádio ou televisão fora de sintonia ou ruído do ar condicionado, entre outros. O ruído branco manteria as células ciliadas, responsáveis pela recepção dos sons, em funcionamento, fazendo com que estímulos sonoros mais intensos não fossem percebidos, evitando, assim a ativação do córtex cerebral durante o sono.

Quadro 12 - Narrativa clínica 12: Clara

Paciente	Clara, 2 anos e 4 meses, sem diagnóstico orgânico
Descrição do caso	A busca atendimento fonoaudiológico ocorreu porque Clara não fala e mostra dificuldade em brincar com outras crianças. Sua mãe disse que entende tudo que a menina quer, mas que “na escola, isso tá virando um problema” e que a filha “parece não gostar de outras crianças, só brinca com os adultos ou crianças bem mais velhas que ela”. A mãe também afirmou que a filha gosta de músicas, mas somente em inglês. Observo que a voz da mãe tinha uma entonação interessante, mas que não convocava Clara. Além do mais, nos enunciados dirigidos à filha, não havia tempo de resposta. Na ausência de sua fala, a mãe oferecia o <i>tablet</i> à filha para que assistisse desenhos e vídeos de músicas em inglês.

Fonte: Elaborado pela autora.

O caso de Clara é interessante para pensar que, embora a voz de sua mãe não fosse monocórdica como a voz da mãe de Leo (Quadro 11), ela não conseguia convocar a filha para entrar em relação. Esse caso parece expor, de forma muito clara, a articulação que existe entre voz e linguagem. A voz dessa mãe não parecia se endereçar à filha na instância discursiva, como se fosse uma voz proferida ao nada, a ninguém, exatamente da mesma maneira que as vozes dos programas infantis, que são moduladas, apresentam picos prosódicos e variação de frequência e intensidade, mas não estão dirigidas a nenhum sujeito específico, não convocam a criança a assumir uma posição discursiva, apenas as aprisionam frente a uma tela (de TV, celular ou *tablet*).

A alta incidência do uso de dispositivos eletrônicos produz efeitos nas relações sociais, inclusive nas relações com crianças. A psicanalista Julieta Jerusalinsky (2017, p. 41) tem trabalhado com a noção de intoxicações eletrônicas na infância e afirma que o problema é que os aparelhos eletrônicos “[...] emitem sequências sonoras, mas não conversam, não produzem uma matriz dialógica em que os lugares sejam subjetivados, eles oferecem fragmentariamente uma linguagem, mas não sustentam sua função”. O estudo da autora aborda a preocupação em relação aos efeitos do uso dos eletrônicos na constituição psíquica da criança.

Todavia, é essencial observar que o uso desses dispositivos também produz seus efeitos na linguagem e na fala das crianças. A minha experiência clínica tem mostrado que cada vez mais crianças que se ligam aos celulares e *tablets* mostram algum tipo de atraso ou falas desviantes, tal como o caso de Clara. A menina não falava com o outro, nem mesmo vocalizava as músicas que tanto gostava, apenas repetia algumas palavras em inglês. Assim como Leo (Quadro 11), o não falar de Clara, ou seja, o silêncio estava ligado ao fato de não ter com quem

falar. Ora, falar é falar com o outro, é endereçar a voz a alguém que a escute. Nem Clara nem Leo encontravam um ouvinte das suas vozes.

Acredito ser possível articular a colocação de Jerusalinsky acerca da matriz dialógica e das posições subjetivadas que ficam à deriva quando do uso de dispositivos eletrônicos com as ideias de Benveniste em relação aos pronomes e à instância do diálogo. Como já mencionado anteriormente, em “Estrutura das relações de pessoa no verbo”, Benveniste (PLG I) trabalha com a noção dos pronomes referentes às categorias de pessoa e de não pessoa (cf. item 2.2). O autor estabelece uma correlação de subjetividade entre os pronomes “eu” e “tu” que pode ser associada à ideia das posições subjetivadas proposta por Jerusalinsky. É importante notar que essa autora se refere a uma subjetivação psíquica, proposta muito diferente de Benveniste. No entanto, o linguista afirma que o “eu” é sempre subjetivado, uma vez que é ele quem produz a enunciação. Logo, há um eu subjetivado na instância dialógica. Ademais, em “A natureza dos pronomes”, Benveniste (PLG I, p. 280) afirma que

[...] é ao mesmo tempo original e fundamental o fato de que essas formas “pronominais” não remetam à “realidade” nem a posições “objetivas” no espaço ou no tempo, mas à enunciação, cada vez única, que as contém, e reflitam assim o seu próprio emprego. A importância da sua função se comparará à natureza do problema que servem para resolver, e que não é senão o da comunicação intersubjetiva. A linguagem resolveu esse problema criando um conjunto de signos “vazios”, não referenciais com relação à “realidade”, sempre disponíveis, e que se tornam “plenos” assim que um locutor os assume em cada instância do seu discurso. [...] O seu papel consiste em fornecer o instrumento de uma conversão, a que se pode chamar a conversão da língua em discurso.

Portanto, tanto o linguista como a psicanalista parecem preocupados em fundamentar a importância do outro e das inversões possíveis entre eu-tu quando na instância discursiva. A “realidade” da qual Benveniste fala diz justamente da realidade do ato enunciativo no discurso. Assim, mais do que a subjetividade, o que se expõe como absolutamente importante no discurso é a intersubjetividade, ou seja, que o “eu” e o “tu” atualizem as suas realidades discursivas quando em relação um com o outro. Percebe-se, tanto no caso de Leo como no de Clara, que não havia um ouvinte que recriasse a “realidade” discursiva; o ouvinte era sempre um outro que não se via afetado pelos efeitos que o ato enunciativo poderia provocar. Leo dispunha de uma mãe incapaz de ler e refletir sobre sua condição expressiva e Clara encontrava-se em condição ainda pior, pois somente uma tela de imagens não significantes a esperava.

Ainda em relação ao caso de Clara, é importante considerar, também, o relato de que sua mãe compreendia tudo aquilo que a menina queria e que a falta de compreensão estava se tornando um problema na escola. Ora, o “problema” aparecia no social, no momento em que a

criança poderia compartilhar de um sistema linguístico em comum para vivenciar suas experiências no mundo. Retorno, aqui, à citação de Benveniste (PLG I, p. 31) em “Vista d’olhos” quando o linguista afirma que, a partir das inculcações das palavras pelos pais, a criança vai percebendo que tudo tem um nome, incluindo ela própria, e que isso permite a ela tecer suas relações com os outros, pois “[...] assim desperta nela a consciência do meio social onde está mergulhada e que se moldará pouco a pouco seu espírito por intermédio da linguagem”. Portanto, em nada interessa que uma pequena criança possa ser compreendida apenas por sua mãe. Somos todos homens no mundo, logo, precisamos ser capazes de nos relacionar entre os homens e com o mundo.

Não há muito que dizer sobre o desenvolvimento de Clara, pois seus pais não se sentiram confortáveis com a minha proposta de trabalho e buscaram uma “fonoaudióloga que não brinque tanto, sabe? Mais tradicional”. Recentemente, porém, tive notícias de Clara que, segundo as informações, está falando muito bem quando imita os desenhos, embora não faça uso da fala para se comunicar. A intervenção mais “tradicional” escolhida pelos pais, então, a fez falar; no entanto, trata-se de um falar apenas em repetição. Assim, Clara ainda não entendeu para que servem as palavras.

Surreaux (2001, p. 296) aborda o tratamento fonoaudiológico da seguinte maneira:

Nossa preocupação é que uma perspectiva fonoaudiológica que aborde o paciente como alguém a ser bombardeado, não reserve espaço algum para aquele que não admita se submeter ao bombardeio (um *bunker*?). Talvez um dos efeitos iatrogênicos de um trabalho terapêutico com esse enfoque seja o silenciamento secundário do sujeito. Ou seja, o paciente, submetendo-se ao tratamento “tipo bombardeio”, estabelece o padrão correto de fala (aquele “esperado” por seu terapeuta), mas acaba por desenvolver uma espécie de silenciamento o qual propusemos chamar de *silêncio de resistência* (aquele silêncio que aparece como resposta à interlocução com vozes que “exijam” que o sujeito fale).

A citação acima evidencia o que penso ter acontecido com Clara. A intervenção à que ela foi submetida se ocupou de fazer a criança falar, mas não se preocupou com estabelecer a fala desde a relação com o outro⁴⁸. A função maior na clínica dos distúrbios de linguagem não é fazer falar a qualquer custo, mas entender por onde circula esse sintoma de não falar ou de falas desviantes e tomar isso como ponto de partida para a intervenção, visando à ampliação dos círculos comunicacionais da criança.

Um caso semelhante ao de Leo e ao de Clara é apresentado no Quadro 13, abaixo.

⁴⁸ Algo semelhante, note-se, ocorreu no caso do menino Zé, citado no item precedente desse trabalho (Quadro 1).

Quadro 13 - Narrativa clínica 13: Tito

Paciente	Tito, 2 anos, queixas de não falar
Descrição do caso	O menino é muito desenvolvido em suas aquisições motoras; no entanto, demonstra uma significativa flacidez dos órgãos fonoarticulatórios. Sobre as condições expressivas do menino, a mãe disse que “ele chora”. Devido as suas habilidades motoras, era um menino bastante independente, não pedia ajuda ao outro. Por exemplo, para alcançar o pacote de biscoitos, puxava um banco para poder subir na mesa e pegá-los. A mãe se mostrava muito ansiosa frente à ausência de fala do filho. Isso fazia com que ela falasse o tempo todo, sem parar. Tito gostava muito de histórias, então tinha muitos livros, que sua mãe lia, descrevendo as ilustrações. Em uma sessão, ele escolheu um livro de animais em que havia uma ilustração de um cachorro tomando sorvete em um parque. Eu perguntei: “Será que tem um cachorro, um auau aí?”, e a mãe respondeu: “Tem né filho, conta pra ela que tem.”, mas Tito nada disse. Eu perguntei: “Ah, é, Tito? Tem um auau aí? Cadê ele?” e, novamente, a mãe respondeu prontamente: “Tá aqui né filho” ao mesmo tempo em que pegou a mão do menino para apontar o cachorro. Não desisti e perguntei: “O que esse auau tá fazendo, Tito?”. Essa pergunta foi imediatamente respondida pela mãe. Nesse momento, me dirigi à mãe e disse: “Para que o Tito possa falar é preciso um espaço. É preciso suportar um tempo de silêncio para que ele mesmo arme sua resposta”.

Fonte: Elaborado pela autora.

O caso de Tito não diz respeito à voz da mãe não convocando o menino, como no caso de Leo (Quadro 11), ou à mãe lhe bombardeando de informações com dispositivos eletrônicos, como no caso de Clara (Quadro 12). O que acontecia era que a mãe não suportava o silêncio do filho. Ela mesma respondia imediatamente às perguntas que lançava ao menino, sem conseguir aguardar o tempo do filho. Tito, portanto, não se via convocado a falar, já que existia um outro que falava incessantemente para e por ele.

Muitas intervenções foram necessárias com a mãe para que ela pudesse abrir um espaço em sua fala a fim de permitir a inserção do filho no diálogo. O menino, que chorava quando algo lhe incomodava, passou a chorar também nesses espaços da fala da mãe. Esse foi, em minha leitura clínica, um momento de avanço; porém, na leitura da mãe, tratava-se de um momento de sofrimento muito grande, pois ela supunha que Tito chorava porque estava padecendo com os atendimentos e não que seu choro pudesse ser a forma que ele havia encontrado para responder. Meus pedidos, naturalmente, eram incômodos, já que o convidavam a assumir seu lugar enunciativo, e mudanças de posições não são fáceis. No entanto, a interpretação do choro não como puro sofrimento, mas como possibilidade de um dizer foi

válida, pois, em pouco tempo, esse choro passou a ser uma vocalização em imitação de choro, sem lágrimas.

A forma do choro era a única expressão que a mãe de Tito conseguia ouvir. Não é fortuito que, ao se deparar com uma abertura e um convite a alçar-se como locutor, o menino o fez pela via do choro. Essa era, possivelmente, a única forma expressiva que ele sabia existir. Somente pelo choro sua mãe escutava que ele tinha algo a dizer. Quando o menino começa a fazer uso do choro sem lágrimas, ou seja, um choro de voz, percebi que havia, ali, um sujeito falando. Foi nesse movimento da sua voz que Tito encontrou a possibilidade de mostrar ao outro sua condição de ascender como sujeito da enunciação. A partir daí, a passagem da voz no choro para a voz na fala foi rápida⁴⁹.

A mãe de Tito, que antes não conseguia escutar nenhuma possibilidade de expressão do filho, passou a se deliciar com as vocalizações do menino. Foi a presença da voz que produziu o engate na relação com o outro. O jogo das vozes na instância do diálogo só se tornou possível nesse caso, pois a mãe, escutando a voz do filho como um dizer, passou a lhe endereçar convites à interação, parando de responder pelo menino. Hoje, mãe e filho conversam entre si. Ninguém mais fala por ninguém.

3.3 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

No cenário terapêutico das intervenções na clínica dos distúrbios de linguagem, percebe-se o quanto a voz é colocada em cena, tanto a voz da criança que pode se apresentar ao fonoaudiólogo e aos seus pais quanto a voz dos pais e mesmo do terapeuta, que se apresentam ao paciente, convocando-o. É nesse jogo de *vaivém* – já que uma enunciação suscita outra em retorno – que se pode auxiliar a estabelecer um lugar discursivo para o paciente. No centro desse jogo, está a voz.

Benveniste define que é somente falando com o outro que se verão as condições para o locutor se assumir como sujeito em sua enunciação. Dessa forma, ele poderá convocar uma enunciação de retorno de seu interlocutor. Penso existir, aqui, um ponto importante: essa relação entre as categorias de pessoa na instância do discurso não necessariamente irá se referir à presença física de duas pessoas. Muitas vezes, o indivíduo fala sozinho, ou seja, o ouvinte (“tu”)

⁴⁹ É preciso anunciar que a rapidez das evoluções, nesse caso, só foram possíveis devido às mudanças da mãe também. A eficácia da intervenção terapêutica nunca está garantida, mas, sem a adesão dos pais e/ou cuidadores, o fracasso é praticamente certo.

do “eu” é o próprio sujeito falante. Essa parece ser uma ilustração importante, pois, não poucas vezes, observa-se, na clínica dos distúrbios de linguagem, a surpresa da criança ao escutar a sua própria produção, como no caso de Ariel (Quadro 10), que se surpreende ao escutar sua voz após dois anos. O que produziu esse efeito não foi a palavra, mas a sua própria voz.

No modelo clínico que esta dissertação propõe, o viés pelo qual a linguagem é abordada é aquele que comporta a enunciação e que comporta o diálogo. Retomo as palavras de Benveniste (PLG II, p. 222, grifo no original) em “A forma e o sentido da linguagem”: “bem antes de servir para comunicar, a linguagem serve para *viver*”, pois me parece ser essa a proposta central ao trabalharmos na clínica, intervindo na linguagem de um paciente: que ele possa se valer da linguagem para a vida.

Nessa perspectiva, a voz entra em cena na clínica dos distúrbios de linguagem porque, além de colocar certa materialidade nos aspectos fonéticos e fonológicos, é ela quem aponta o sentido do enunciado. Dentro dessa especificidade clínica, é muito comum a intervenção com pacientes que não falam. Se não se ouvem palavras articuladas por uma criança, ela não é um sujeito falante? Existem inúmeras patologias orgânicas que impossibilitam a exteriorização da fala tal como se costuma pensar. No entanto, através das vocalizações pronunciadas pelo paciente, ou seja, pela sua voz, o terapeuta encontra indícios da presença do sujeito na linguagem, vide os casos de Carol (Quadro 3), Chico (Quadro 4) e Lica (Quadro 9).

A voz também se presentifica na clínica dos distúrbios de linguagem com sua potência convocatória ao outro e não somente com sua “potência de significações”. Tanto a voz do adulto, que pode convocar uma criança à instância dialógica, tal como se percebe no manhês, quanto a expressão vocal de uma criança podem fazer esse chamamento do outro. Em algumas das narrativas expostas, como nos casos de Leo (Quadro 11), Clara (Quadro 12) e Tito (Quadro 13), parece ter ficado evidente que não se trata apenas de vocalizar: é preciso que a voz seja pronunciada na linguagem. Se a voz de uma criança pode marcá-la como sujeito na linguagem, é preciso que a voz do adulto também esteja nessa condição. A voz da criança se apresenta como um índice da presença do sujeito na linguagem por encontrar um ouvinte, um interlocutor que se veja afetado pelo efeito da voz na enunciação. Da mesma forma, o adulto precisa convocar a criança nessa instância porque, para que uma criança possa se tornar parceira no diálogo, ela também precisa se ver afetada e convocada pela voz explicitada na enunciação do adulto. Portanto, o silêncio que se abre como convite ao dizer do outro também é bem-vindo, caso seja um silêncio que auxilia a armar um espaço discursivo ao paciente e não apenas o silêncio vazio de sentidos.

Como já referenciado nesta dissertação, o que parece produzir marcas do sujeito na linguagem é o dizer – mais do que o dito –, e a voz se apresenta no dizer mais do que no dito. E o dizer e a voz devem ser ouvidos. As colocações acerca das possíveis intervenções de um fonoaudiólogo no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem, embasada a partir da noção de linguagem exposta por Benveniste, por sua vez, permitem notar a importância da escuta da expressão do paciente. Será a partir dessa escuta que o profissional vai delimitar os caminhos a serem desbravados junto ao paciente na lida com o sintoma, fazendo com que o mesmo consiga assumir seu lugar de sujeito falante desde outra posição. Portanto, a clínica dos distúrbios de linguagem não pode se esvaziar de seus sentidos, onde se dá a relação com o outro, e abordar apenas os aspectos fonoarticulatórios. O sentido, eu infiro, só está na pronúncia porque essa é dada pela voz. É somente através da pronúncia contida na voz que o ouvinte se vê afetado pelo efeito de sentidos no *vaivém* da enunciação. E, assim, a voz pode se marcar como um índice da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Dê a todos seus ouvidos, mas a poucos a sua voz.”

(William Shakespeare)

Esta dissertação constituiu em um grande desafio e se baseia em uma inquietação que me acompanhava desde os tempos de minha graduação em Fonoaudiologia, em um desconforto que pulsava a cada reflexão produzida sobre a clínica dos distúrbios vocais e sobre a clínica dos distúrbios de linguagem, especialmente em relação àqueles que não falam. Na elaboração deste trabalho, foi possível assentar algumas de minhas inquietações, mas também se criou espaço para tantas outras.

Uma questão importante nessa área é a incidência do certo *versus* errado, do normal *versus* patológico, que levam à insistência em uma “cura” do problema apresentado. No entanto, como é possível pensar em “cura” quando os males apresentados dizem de um sujeito que deles compadece? Um dos meus pontos de tensão com minha profissão se situa exatamente nesse interrogante.

Também cumpre notar que, possivelmente, muitos dos meus incômodos concernentes ao papel desempenhado pela Fonoaudiologia tanto na voz como na linguagem sejam resultantes de uma “fragmentação” da profissão. Visto que, como já mencionado, a Fonoaudiologia surgiu em uma zona fronteira com a Medicina e com a Pedagogia e também que ampliou suas fronteiras para áreas como a Odontologia e a Psicologia, entres outros, ela parece ter ficado recortada, se dividindo entre suas fronteiras e não estabelecendo o seu próprio território.

A Fonoaudiologia, portanto, é ampla, englobando muitas facetas. Dessa maneira, é comum encontrar profissionais dedicados a atender apenas uma determinada área. Meu desconforto, no entanto, diz respeito à forma como a fonoaudiologia olha para a clínica dos distúrbios da voz e da linguagem, O entendimento do sintoma como algo a ser consertado transparece a forma como se propõem as intervenções clínicas nessas áreas. Se há algo que precisa ficar claro é que é necessário olhar e escutar o sujeito falante em toda e qualquer possibilidade de seu dizer

É assim que me vejo tocada a intervir com meus pacientes na clínica dos distúrbios de linguagem. O trabalho com a linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem expõe, diariamente, os interrogantes que versam sobre a linguagem e a fala daqueles que não falam. Após uma certa “decepção” na faculdade referente às abordagens da voz pela

Fonoaudiologia e a partir da minha experiência clínica com bebês, a voz voltou a ser um tema central em minhas elucubrações clínicas. Para conseguir lidar com esse tema, porém sem ter muita clareza do caminho a seguir e até mesmo da questão específica a ser formulada, escolhi adentrar no campo da Linguística, mais especificamente na Linguística da enunciação proposta por Émile Benveniste, a fim de buscar mais interrogantes e, talvez, algumas respostas.

Por conseguinte, o tema central desse trabalho foi definido com base nas muitas reflexões acerca de minha prática clínica como fonoaudióloga, atuando com crianças, muitas das quais não falam, na clínica dos distúrbios de linguagem. Em meio a muitas ponderações, a única certeza era em relação à potência da obra de Benveniste, que dialogou com diversas áreas sem nunca perder de vista a especificidade de seu trabalho – a linguagem –, mantendo o sujeito falante no cerne de sua reflexão. Com isso em mente, foi possível formular o objetivo central desta dissertação: pensar sobre a voz como um índice da presença do sujeito na linguagem no ambiente da clínica dos distúrbios de linguagem.

Isso posto, a pesquisa iniciou com uma revisão do modo como a Fonoaudiologia aborda a voz e a clínica dos distúrbios vocais. Percebeu-se, com isso, que as literaturas fonoaudiológicas tendem a apresentar a voz – um som moldado em palavras capaz de expressar as mais variadas emoções – como algo único e singular do ser humano. Contudo, nota-se, igualmente, que, ao descreverem os aspectos envolvidos no processo de fonação, esta é entendida como uma função secundária da laringe, cuja principal atividade seria a respiração e a proteção das vias aéreas. Embora, obviamente, a respiração seja essencial para a manutenção da vida do ser humano, colocar a fonação como algo secundário desse órgão é algo que soa estranho a minha escuta.

Ainda nesse contexto, viu-se, também, que a Fonoaudiologia se ocupa basicamente dos distúrbios vocais, classificando as disfonias em três grupos: funcionais, orgânicas e organofuncionais. Em qualquer uma dessas classificações, ficam evidenciadas as preocupações com a detecção das condições modificadas de fonação, além de uma dificuldade de classificação de uma voz normal e da facilidade do enquadramento de uma voz alterada.

Ocupando-se da dificuldade de classificação da voz normal, Colton, Casper e Leonard (2010, p. 283) afirmam que “a falta de definição de uma voz normal cria problemas no estabelecimento de objetivos terapêuticos e na descrição de anormalidade e seu grau de severidade”. Ao refletir sobre essa frase, me interrogo se a afirmação não deveria ser inversa: o excesso de definições acerca das alterações da voz não dificultaria o estabelecimento de um padrão de voz normal? Além disso, o que é uma voz “normal”? O processo de fonação pode

ser o mesmo para todos os sujeitos falantes, mas haveria um padrão de “normalidade” para todos?

É justamente considerando essa dificuldade de classificação de uma dita “voz normal” que defendo o fato da voz ser uma característica única, singular de cada sujeito falante. Deveriam existir tantas vozes “normais” quanto sujeitos falantes no mundo. Ao mesmo tempo, porém, é alarmante a facilidade da Fonoaudiologia para classificar uma voz como soprosa, rouca, áspera ou infantilizada, entre outras possibilidades. Tal facilidade, note-se, não se refere à escuta e à avaliação da voz de um paciente – tarefas nada fáceis –, mas sim à existência de tantas classificações possíveis e disponíveis que parece que sempre haverá uma possibilidade de categorização da voz.

Foi possível perceber, ao longo do trabalho, que o profissional que deseja se dedicar às intervenções na clínica dos distúrbios vocais deve sempre considerar os aspectos emocionais, as condições psicológicas envolvidas no ato de fonação do paciente. Resta, porém, ainda, o questionamento: o que são esses aspectos, essas condições? Ao que, exatamente, se referem? Esses são interrogantes que permanecem sem respostas, ao menos nesta dissertação. A Fonoaudiologia parece indicar a existência do sujeito falante ao demandar tais condições ao tratamento, porém acaba sempre por se ocupar basicamente das patologias e das técnicas indicadas para cada distúrbio, tornando, assim, explícita a falta de articulação entre voz e linguagem no contexto da clínica dos distúrbios vocais.

Este trabalho, por sua vez, tenta promover uma aproximação entre essas duas instâncias justamente por meio da reflexão acerca das concepções de voz e linguagem para a Fonoaudiologia. Tal tentativa suscitou vários interrogantes norteadores.

O primeiro envolve a possibilidade de uma abordagem clínica da voz que considere a linguagem. No intuito de tentar responder a essa primeira questão, é necessário considerar a confusão, por parte de alguns autores, de colocar a voz como a fala, que é manifesta por afirmações de que a função da fonação é inata ao ser humano, mas que a voz seria adquirida (BEHLAU; AZEVEDO; MADAZIO, 2001) e que “a voz faz parte de uma habilidade exclusivamente humana conhecida como fala” (COLTON; CASPER; LEONARD, 2010, p. 02). Nessas citações, vê-se claramente a noção da voz ancorada na fala e não na linguagem.

A leitura dessas afirmações poderia conduzir a uma resposta negativa para o primeiro interrogante. Todavia, é importante levar em conta que também há, na bibliografia fonoaudiológica, uma insistência em relação à consideração das condições emocionais do sujeito falante. Em minha leitura, interpreto isso como uma tentativa de considerar a linguagem no contexto da clínica dos distúrbios vocais, o que não significa, no entanto, que a linguagem

seja uma condição emocional, mas sim que talvez essa pode ser a via que os autores encontraram de “pensar” a linguagem na clínica da voz. Essas chamadas condições emocionais – também nomeadas como aspectos psicológicos, entre outros termos – se referem à forma como o paciente faz uso da sua voz, ao modo como ele emite sua voz na sua fala. Por essa razão, me vejo inclinada a responder esse primeiro interrogante afirmativamente.

É importante ressaltar que, apesar da distância que a maioria das literaturas revisadas coloca entre a voz e a linguagem, há autores empenhados em promover uma aproximação entre esses dois fenômenos. Esses autores consideram o lugar do sujeito falante – e não somente as características anatomofisiológicas envolvidas no processo de fonação – quando da produção da voz. Um exemplo é o trabalho de Steuer e Ferreira (2008), em que as autoras afirmam que existem muitas variações na emissão da voz, que se relacionam ao interlocutor, ao conteúdo do dito e ao contexto, o que aponta para uma defesa do processo enunciativo pelas autoras. Portanto, seria insuficiente a prescrição de um tratamento vocal orientado apenas pelas características anatomofuncionais, pois elas não consideram o sujeito, não compreendem a “[...] estrutura da expressão vocal singular” (STEUER; FERREIRA, 2008, p. 308). Portanto, observa-se, neste artigo, uma proposta aproximativa entre voz e linguagem, uma vez que as autoras entendem haver uma estrutura singular da fonação, marcando aquilo que há de único na voz do sujeito falante.

Já na pesquisa de Leite et al. (2008), percebeu-se que a maioria dos fonoaudiólogos que trabalham na clínica dos distúrbios vocais se centra em uma noção cartesiana do sintoma, ocupando-se basicamente da estrutura orgânica da produção vocal, assim como da quantificação e da mensuração da voz. Essa noção, note-se, é justamente aquela que encontramos nas descrições dos processos da voz e nos tipos de vozes mais comumente descritas na clínica (cf. capítulo 1). Entretanto, as autoras propõem que o ponto de ancoragem da clínica se baseie no sujeito falante. Assim, se escutaria “[...] a voz no contexto do acontecimento de linguagem” (LEITE et al., 2008, p. 131), levando em conta aspectos sociais e intersubjetivos.

Também o trabalho de Steuer (2005) defende a importância das terapias vocais se concentrarem no sujeito falante. Essa autora defende a avaliação dos parâmetros vocais como frequência, *pitch*, coordenação pneumofônica, ressonância e qualidade vocal, entre outras. No entanto, é necessário enfatizar que tal defesa reside no fato de que olhar apenas para esses parâmetros é insuficiente, uma vez que se prescreveriam técnicas que visassem mudanças nos parâmetros vocais, sem considerar “[...] os ajustes singulares [...]” (STEUER, 2005, p. 236) que cada falante produz ao enunciar sua voz.

Um recorte de caso baseado em uma intervenção da fonoaudióloga Marlene Danesi (2008) ilustra perfeitamente essa questão. A profissional descreve uma paciente que a procurou por apresentar um distúrbio vocal, possivelmente de ordem funcional, com queixas de rouquidão e afonia. Segundo Danesi, os sintomas da paciente eram da ordem da clínica dos distúrbios vocais, embora fossem sintomas vocais que se produziam a partir do lugar da paciente como sujeito falante em sua enunciação. Portanto, foi preciso escutar a voz no dizer da paciente, considerando o conteúdo, o contexto e os seus “ajustes singulares”, ou seja, a intervenção proposta por essa fonoaudióloga na clínica dos distúrbios vocais consistiu em escutar a produção vocal da paciente em seus processos enunciativos. Em outras palavras, foi necessário escutar a voz na linguagem.

Retomo esses trabalhos justamente porque eles acenam a uma clínica da voz que também reflete sobre a linguagem. Por conseguinte, novamente me vejo inclinada a responder ao primeiro interrogante – que diz respeito à possibilidade de uma abordagem clínica da linguagem que considere a linguagem – afirmativamente. No entanto, cumpre notar que são poucos os trabalhos que abordam esse tema. Porém, apesar dessa escassez, no meu entendimento, a publicação desses estudos traz alento aos profissionais que se angustiam com o apagamento do sujeito falante. Há uma abordagem da voz que considera a linguagem, e isso não quer dizer que as características anatomofuncionais e que os parâmetros vocais sejam deixados de lado; pelo contrário, eles manterão seu lugar de importância quando da avaliação clínica da voz, embora devam ser avaliados levando em conta que pertencem a um sujeito falante que tem linguagem e se vale dela para viver.

É no inverso desse primeiro interrogante que a segunda questão norteadora dessa dissertação – Uma abordagem clínica da linguagem que considere a voz é possível? – se coloca. Ao buscar responder essa pergunta, fica evidente que a clínica dos distúrbios da linguagem, tal como descrita pela fonoaudiologia, não se preocupa com a voz. Percebe-se que, na área da linguagem, a Fonoaudiologia se ocupa basicamente da fala. Logo, não seria errôneo pensar que a clínica dos distúrbios de linguagem seja equivalente a uma clínica dos distúrbios da fala.

Um dos conselhos regionais de fonoaudiologia afirma que o fonoaudiólogo, na área da linguagem, poderia intervir com pacientes que “[...] adquiriram a linguagem, mas a perderam [...]” (CREFONO 7, 2017). Benveniste (, PLG I, p. 285) afirma que a “[...] linguagem está na natureza do homem, que não a fabricou” Assim, o homem poderia, então, “perder” a linguagem? Tomando como exemplo os pacientes afásicos, não seria possível pensar que aquilo que pode ser perdido é a condição de se firmar como sujeito da enunciação no discurso? Não

se perderia, portanto, a condição de estar na instância do discurso? Nesse sentido, talvez se deva pensar que o que o paciente perde é o discurso, e não a linguagem.

Embora o escopo desta dissertação não compreenda uma reflexão sobre os interrogantes acima, eles são importantes para indicar que a concepção de linguagem com a qual a Fonoaudiologia trabalha diz, na realidade, da fala e da comunicação. Ora, Benveniste (PLG II, p. 222, grifo no original) afirmou que a linguagem não pode ser tomada como um instrumento da comunicação, já que, “[...] antes de servir para comunicar, a linguagem serve para *viver*”. Exponho isso na tentativa de deixar mais claro o distanciamento que proponho dessa noção fonoaudiológica para me aproximar de uma concepção de linguagem que considere a enunciação, o sujeito, o que foi desenvolvido no segundo capítulo deste trabalho.

Ao realizar esse afastamento da noção de linguagem tal como a Fonoaudiologia propõe, foi preciso ir em busca de conceitos que ancorassem minhas atividades clínicas. Encontro, em Benveniste subsídios teóricos que sustentam tanto minhas atividades clínicas quanto minhas reflexões nesta dissertação, então, para sustentar teoricamente meu trabalho como fonoaudióloga, me aproximo da noção de linguagem desenvolvida por Benveniste, uma linguagem que comporta a enunciação e o diálogo entre o sujeito e seu interlocutor. Trata-se, portanto, de uma concepção de linguagem que considera o dito a partir daquele que o proferiu em um determinado tempo e em um determinado espaço.

No entanto, vale reforçar que Benveniste nunca se ocupou diretamente dos estudos da voz em sua obra. Entretanto, somente no texto “Aparelho formal da enunciação”, observam-se expressões como “realização vocal da língua” (BENVENISTE, PLG II, p. 82), “forma sonora que atinge o ouvinte” (BENVENISTE, PLG II, p. 84) e “enunciação fônica” (BENVENISTE, PLG II, p. 82), que denotam a presença da voz em seu trabalho.

Além disso, a partir da leitura de algumas obras de Benveniste, é possível notar que a voz dá materialidade à língua e expõe a linguagem, tornando-a “visível” ao outro. Assim, pensando sobre os índices da voz nos trabalhos de Benveniste, sobre a subjetividade e intersubjetividade (que também envolvem questões pronominais referentes às categorias de pessoa (eu-tu) e não pessoa (ele)), sobre o fato de a linguagem estar na natureza do homem e de que o que encontramos no mundo é um homem falando com outro homem, entre tantos outros conceitos expostos pelo linguista, penso que há, sim, uma abordagem clínica da linguagem que considera a voz, respondendo, então, ao segundo interrogante norteador deste trabalho.

Esse posicionamento é reforçado por evidências clínicas, como as explicitadas no terceiro capítulo. No entanto, é importante reforçar que só é possível chegar a essa perspectiva

ao me afastar da concepção de linguagem tal como tradicionalmente abordada pela Fonoaudiologia, o que também permite uma aproximação da Linguística, como ocorre neste trabalho.

As evidências da incidência da voz na linguagem e da linguagem na voz permitem que eu me reporte à terceira questão norteadora desta dissertação, que inquirir sobre o lugar da voz na clínica dos distúrbios de linguagem. Há, como já mencionado, uma alta incidência de crianças com diagnósticos orgânicos e atrasos de linguagem em meu cotidiano clínico. Em alguns casos, o orgânico e o neurológico são tão proeminentes que acabam representando algumas impossibilidades à criança. Uma delas pode ser percebida na fala, ou melhor, na ausência da articulação da fala em palavras tal como estamos habituados.

Na clínica dos distúrbios de linguagem, é especificamente importante que o terapeuta escute aquilo que o paciente pode apresentar como uma possibilidade de se enunciar. A fala não precisa ser expressa somente pela articulação de palavras: ela pode se apresentar através de um gesto, de expressões faciais e corporais e de imagens, entre outros. Todavia, o que vem se apresentando como uma clara evidência clínica da presença do sujeito na linguagem é a voz. É com a voz que muitos pacientes conseguem se expressar, é entoando a voz que conseguem atingir o ouvinte no *intencionado* de seus discursos. Usando os termos de Benveniste, é por meio da voz que as proposições assertivas, imperativas e interrogativas se colocam ao interlocutor, ou seja, essas três funções básicas das relações inter-humanas são percebidas pela voz do sujeito falante.

Algumas das breves narrativas clínicas apresentadas no terceiro capítulo desta dissertação, como nos casos de Carol (Quadro 3), Lica (Quadro 9) e Chico (Quadro 4), constituem ótimos exemplos das relações inter-humanas por meio do uso de suas vozes. Carol e Lica não usam (devido a impossibilidades impostas pelo orgânico) a articulação de palavras em suas falas, enquanto a única condição vocal de Chico é um grunhido. No entanto, todos pronunciam suas vozes de maneira a estabelecer um diálogo com o outro. Suas vozes são verdadeiras “potências de significações”, como bem explicitou Bologna (1987). Nesses casos, então, é possível perceber a voz marcando o sujeito na linguagem na ausência de palavras. É a partir dessas enunciações vocais que há um “eu” alocutando o “tu”, havendo, portanto, um dizer *intencionado* que marca o *homem na língua*.

Porém, há, ainda, casos como o de Maria (Quadro 5) e o de Pedro (Quadro 6), cujas falas são expressas em palavras, em enunciados que se dirigem aos outros, convocando-os à instância do diálogo, porém com vozes caricatas, infantilizadas, quase fanhas, que se

modificaram intensamente quando se viram convocados a assumir, de fato, seus processos enunciativos.

Ainda considerando as narrativas clínicas apresentadas no capítulo 3, é interessante notar que elas podem refletir a utilização do pronome “eu”, mostrando que “é o movimento do discurso, para não dizer a *enunciação*, que recria indefinidamente o sujeito”, conforme já anunciado por Flores (2004, p. 221). Isso é perceptível quando se observam crianças pequenas como Leo (Quadro 11), Tito (Quadro 13) e Clara (Quadro 12), cujas vozes não eram expressas por não encontrarem no outro um interlocutor. Esses são casos em que a voz como uma potência de convocação ao outro não parecia se instalar na instância do diálogo. Assim, as vocalizações produzidas por esses pacientes não eram tomadas pelo outro como atos enunciativos, deixando-os excluídos do jogo de *vaivém* do diálogo, e, portanto, do discurso.

Também é importante mencionar João (Quadro 7), um menino que começou a falar com a voz após os três anos de idade, mas que, quando confrontado com uma situação de angústia, se desfez das palavras e se armou de gritos, por não conseguir encontrar palavras que expressassem seu sofrimento. Nesse sentido, retomo a afirmação de Zumthor (2005, p. 65) em que o autor esclarece que “a língua é mediatizada, levada pela voz. Mas a voz ultrapassa a língua; é mais ampla do que ela, mais rica”.

Com base na reflexão sobre esses e tantos outros casos que pude vivenciar em minha trajetória clínica, me sinto amparada para afirmar que, na clínica dos distúrbios de linguagem, a voz é linguagem. É na e pela voz que se pode perceber a presença do sujeito na linguagem.

Sendo assim, o quarto e último interrogante norteador deste trabalho se refere à relação entre o sujeito falante e o ouvinte na clínica dos distúrbios de linguagem.

Para responder a esse interrogante, é importante considerar a complementaridade de todos os questionamentos postos neste trabalho, já que só se pode pensar a relação entre o sujeito falante e o ouvinte a partir da voz, tendo estabelecido que o lugar da voz na clínica dos distúrbios de linguagem evidencia a presença do sujeito falante, que, por sua vez, aponta para o ouvinte. No falar, se pressupõe o outro, que se encontra imerso no mesmo sistema linguístico: a língua.

Benveniste (PLG I, p. 285), em toda a sua obra, deixa claro que o que encontramos no mundo é “[...] um homem falando com outro homem”. Assim, ele deixa explícita a unidade de relação que existe entre o locutor e o interlocutor. O linguista também descreve que a forma mais perceptível da enunciação é a “[...] realização vocal da língua” (BENVENISTE, PLG II, p. 82), ou seja, a voz.

Além disso, Benveniste afirma que a transmissão de informação implicada pela linguagem sempre envolve um locutor e um interlocutor, ou seja, que o ato enunciativo se encontra na total dependência do sujeito falante (“eu”) e do alocutário (“tu”). A cada enunciação, o sujeito atualiza seu dizer no tempo (agora) e no espaço (aqui). Essa “[...] forma sonora atinge o ouvinte” (BENVENISTE, PLG II, p. 83), que, por sua vez, recria a “realidade” do discurso, emanando uma enunciação de retorno, promovendo a reversibilidade entre os índices de pessoa na instância do discurso.

Tomando essas colocações do linguista, vê-se que a forma mais perceptível de uma enunciação é dada pela voz. Portanto, a enunciação está na voz. Logo, a voz contém a língua e a situa na linguagem. Contudo, é importante notar que a voz, por si só, não forma um sistema, embora seja ela que aponta o sentido do enunciado. O *intencionado* do discurso só é percebido pela voz. Assim, mais do que o dito, é preciso escutar o dizer.

O ouvinte se situa nesse “espaço” entre o dizer e o dito. É através da escuta do ouvinte que é possível ter indícios do sentido enunciado pelo sujeito falante. Dessa forma, a noção de escuta se põe em jogo quase como uma outra face da voz. Há voz porque há escuta, e há escuta porque há voz.

As narrativas clínicas expostas no terceiro capítulo permitiram ver a voz como índice da presença do sujeito na linguagem. É na e pela voz que o sujeito falante se mostra e convoca o ouvinte à instância do diálogo. Há uma potência na voz que convoca o ouvinte a entrar na relação discursiva, atribuindo sentido àquilo que ele escutou. Quando tudo de que o clínico dispõe na clínica dos distúrbios de linguagem é da voz do paciente, o terapeuta precisa se deixar afetar pelo efeito dessa voz, atribuindo-lhe um sentido para endereçar-lhe uma enunciação de retorno. É somente pela instância de diálogo que tanto o sujeito quanto o ouvinte assumem suas posições e condições discursivas. Não entoamos nossa voz ao acaso, ao vazio, a direcionamos, sempre, à escuta de nosso interlocutor.

A voz demonstra uma potência em sua entoação, que convoca o outro a entrar em relação, assim como uma “potência de significações”. No entanto, para se alçar a essa posição, a voz depende da escuta, que deve se permitir ser invadida pela voz para sofrer seus efeitos na atribuição de sentidos. Dessa maneira, conforme já mencionado por Flores (2017), a voz e a escuta são as faces de um mesmo fenômeno, que marca a relação entre o sujeito falante e o ouvinte.

Um dos resultados desta dissertação é a percepção da existência de diferentes possibilidades quando da intervenção fonoaudiológica na clínica dos distúrbios vocais, assim como na clínica dos distúrbios de linguagem. Trata-se de valorizar os ensinamentos e as

técnicas dessa profissão, colocando o sujeito falante como protagonista da intervenção ao invés de seus sintomas e das técnicas de trabalho. Trata-se de escutar o sujeito em toda e qualquer forma de seu dizer, e somente a partir disso tentar traçar, junto ao paciente, seu planejamento terapêutico, que não deve ser estanque, mas estar sempre atento à mobilidade do sujeito falante na instância de diálogo.

Ao pensar o sujeito falante como ator principal da prática fonoaudiológica, voz e linguagem precisam ser pensadas simultaneamente. Este trabalho, espero, demonstrou que a voz incide na linguagem, do mesmo modo que a linguagem incide na voz. Assim, na instância clínica com o sujeito falante, a voz é linguagem. E, na clínica dos distúrbios de linguagem, é pela voz que o paciente enuncia, se alçando à condição de sujeito na linguagem e convocando o outro à relação discursiva. Na incidência mútua entre voz e linguagem é possível assegurar que a voz é um índice da presença do sujeito na linguagem no contexto da clínica dos distúrbios de linguagem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Carlos Drummond de. *Obra completa*. 2. ed. Rio de Janeiro: José Aguilar, 1967.

ANDRADE, Lourdes. Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica. *Letras de hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 261-265, set. 2001.

ANDRADE, Luciana Mara e Oliveira. *Determinação dos limiares de normalidade dos parâmetros acústicos da voz*. 2003. Dissertação (Mestrado em Bioengenharia) - Programa de Pós-graduação em Interunidades em Bioengenharia, Universidade de São Paulo. São Carlos, 2003.

BARALO, Fernando R. Algunos silêncios. In: _____. *Escritos de la infância*, nº 5. Buenos Aires: Ediciones FEPI, 1995. p. 39-44.

BARTHES, Roland. Escuta. In: *Enciclopédia Einaudi* - Vol. 11 – Oral-Escrito; Argumentação. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1987. p. 137-145.

_____. O grão da voz. In: _____. *O óbvio e o obtuso*. Lisboa: Edições 70, 2009. p. 255-271.

BEHLAU, Mara; PONTES, Paulo. *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo: Lovise, 1995.

BEHLAU, MARA; AZEVEDO, Renata; MADAZIO, Glaucya. Anatomia da laringe e fisiologia da produção vocal. In: BEHLAU, Mara (Org.). *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. Vol. 1. p. 01-52.

BEHLAU, Mara; AZEVEDO, Renata; PONTES, Paulo. O conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: BEHLAU, Mara (Org.). *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. Vol. 1. p. 53-84.

BEHLAU, Mara et al. Avaliação de voz. In: BEHLAU, Mara (Org.). *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. v. 1. p. 85-243.

BEHLAU, Mara et al. Voz profissional: aspectos gerais e atuação fonoaudiológica. In: BEHLAU, Mara (Org.). *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. Vol. 2. p. 287-409.

BENVENISTE, Émile. *Problemas de Linguística Geral I*. 5. ed. São Paulo: Pontes, 2005.

_____. *Problemas de Linguística Geral II*. 2. ed. São Paulo: Pontes, 2006.

BOLOGNA, Corrado. Voz. In: *Enciclopédia Einaudi*. - Vol. 11 – Oral-Escrito; Argumentação. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1987. p. 58-117.

CARDOSO, Jefferson Lopes. *Princípios da análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem*. 2010. Tese (Doutorado em Teorias do texto e do discurso) – Instituto de Letras. Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

CAVARERO, Adriana. *Vozes plurais: filosofia da expressão vocal*. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

COLTON, Raymond H.; CASPER, Janina K.; LEONARD, Rebecca. *Compreendendo os problemas da voz: Uma perspectiva fisiológica no diagnóstico e tratamento das disfonias*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *História da Fonoaudiologia*. Brasília, 2013/2014. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/historia-da-fonoaudiologia/>>. Acesso em: 29 out. 2017

COURSIL, Jacques. *La fonction muette du langage: essai de linguistique general contemporaine*. Guadeloupe: Ibis Rouge Editions, 2000.

COUTO, Mia. *O último voo do flamingo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

CREFONO 7 - Conselho Regional de Fonoaudiologia 7ª Região. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://www.crefono7.org.br/>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

DANESI, Marlene Canarim. Estudo de material clínico fonoaudiológico considerando a noção psicanalítica do sintoma. In: GRAÑA, Carla Guterres (org.). *Quando a fala falta: fonoaudiologia, linguística e psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 197-216.

FAWCUS, Margaret. A fisiologia da fonação. In: FREEMAN, Margaret; FAWCUS, Margaret. (Orgs.). *Distúrbios da voz e seu tratamento*. São Paulo: Santos, 2004. p. 01-17.

FELIPPE, Ana Clara; GRILLO, Maria Helena Marotti Martelleti; GRECHI, Thaís Helena. Normatização de medidas acústicas para vozes normais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 72, n. 5, p. 659-664, 2006.

FLORES, Valdir do Nascimento. Por que gosto de Benveniste? Um ensaio sobre a singularidade do homem na língua. *Letras de hoje*. Porto Alegre, v. 39, n. 138, p. 217-230, dez. 2004.

_____. Linguística e o sintoma da/na fala na aquisição desviante da linguagem. *Cadernos de pesquisas em linguística*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 161-165, 2005.

_____. Benveniste e o sintoma de linguagem: a enunciação do homem na língua. *Letras - Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da UFSM*, Santa Maria, n. 33, p. 99-118, 2006.

_____. Das relações entre a linguística da enunciação e o estudo da fala sintomática. In: GRAÑA, Carla Guterres (Org.). *Quando a fala falta: fonoaudiologia, linguística e psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 61-78.

_____. *Introdução à teoria enunciativa de Benveniste*. São Paulo: Parábola, 2013.

_____. A voz, essa “cabeça de Medusa”. In: MALISKA, Mauricio Eugênio; SOUZA, Pedro de (Orgs.). *Abordagens da voz a partir da análise de discurso e da psicanálise*. Campinas: Pontes, 2017. p. 119-133.

FLORES, Valdir do Nascimento; SURREAUX, Luiza. A voz e a enunciação. In: NEUMANN, Daiane; DIEDRICH, Marlete Sandra (Orgs.). *Estudos da linguagem sob a perspectiva enunciativa*. Passo Fundo: Méritos, 2012. p. 81-100.

FRANCO, Eda Mariza Machado. *As modificações da voz e os efeitos de sentidos nos telejornais*. 2002. Dissertação (Mestrado em Letras), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Letras, Programa de Pós-graduação em Letras. Porto Alegre, 2002.

_____. *A voz na apresentação do telejornal: um estudo enunciativo do Jornal Nacional da Rede Globo*. 2013. Tese (Doutorado em Letras), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Letras, Programa de Pós-graduação em Letras. Porto Alegre, 2013.

FREEMAN, Margaret. Desenvolvimento da voz e mudanças durante o ciclo vital. In: FREEMAN, Margaret; FAWCUS, Margaret (Orgs.). *Distúrbios da voz e seu tratamento*. São Paulo: Santos, 2004. p. 18-31.

FREITAS, Susana Alexandre Vaz dos Santos. *Avaliação acústica e áudio perceptiva na caracterização da voz humana*. 2012. Tese (Doutorado em Engenharia Biomédica), Universidade do Porto, Faculdade de Engenharia Porto, 2012.

GALEANO, Eduardo. *O livro dos abraços*. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2005.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: _____. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p. 143-179.

GUSMÃO, Cristina de Souza; CAMPOS, Paulo Henrique; MAIA, Maria Emília Oliveira. O formante do cantor e os ajustes laríngeos para realizá-lo: uma revisão descritiva. *Per Musi – Revista Acadêmica de Música*, Belo Horizonte, n. 21, p. 43-50, 2010.

Disponível em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7282/1/artigo_publicado.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2018.

HIRSCHBERG, J.; SZENDE, T. *Pathological cry, stridor and cough in infants*. Budapest: Akadémia Kiadó, 1982.

JERUSALINSKY, Julieta. As crianças entre os laços familiares e as janelas virtuais. In: BAPTISTA, Angela; JERUSALINSKY, Julieta (Orgs.). *Intoxicações eletrônicas: O sujeito na era das relações virtuais*. Salvador: Ágalma, 2017. p. 39-55.

LEITE, Grazielle Capatto de Almeida et al. Termos utilizados na clínica fonoaudiológica da voz: a questão dos paradigmas. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 129-135, 2008.

MANCOPES, Renata. Linguagem e deficiência mental: de que falta se trata? In: GRAÑA, Carla Guterres (Org.). *Quando a fala falta: fonoaudiologia, linguística e psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 217-231.

PINHEIRO, Marilza Gulfier; CUNHA, Maria Cláudia. Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 83-91, 2004.

SAUSSURE, Ferdinand de. *Curso de linguística geral*. 28. ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

SHAKESPEARE, William. *Hamlet*. Porto Alegre: L&PM, 2014.

SILVA, Carmem Luci da Costa; MILANO, Luiza. O lugar da voz na aquisição de linguagem. *Nonada: letras em revista*. Porto Alegre, v. 2, n. 21, jul./jul./dez. 2013.

STEUER, Flávia V. Um olhar para a expressão vocal. In: PAVONE, Sandra; RAFAELI, Yone Maria (Orgs.). *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 235-239.

STEUER, Flávia V; FERREIRA, Léslie P. Clínica da expressão vocal: disfonia e fixidez. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 307-317, 2008.

SURREAUX, Luiza. A questão do silêncio na aquisição desviante de linguagem. *Letras de hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 593-599, set. 2001.

_____. Benveniste, um linguista que interessa à clínica de linguagem. *Letras de hoje*, Porto Alegre, v. 39, n. 4, p. 79-87, dez. 2004.

_____. Um movimento possível do sujeito na linguagem: sintoma da/na fala. *Cadernos de pesquisas em linguística*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 171-173, 2005.

_____. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: GRAÑA, Carla Guterres (Org.). *Quando a fala falta: fonoaudiologia, linguística e psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 21-38.

TEIXEIRA, João Paulo; FERREIRA, Débora; CARNEIRO, Susana Moreira. Análise acústica vocal – determinação do Jitter e Shimmer para diagnóstico de patologias da fala. In: 6º Congresso Luso-Moçambicano de Engenharia. Maputo, Moçambique, 2011.

TROIS, João Fernando de Moraes. Por um novo paradigma: o *sinthoma* e a “Clínica-de-linguagem”. *Organon*, Porto Alegre, v. 20, n. 40/41, jan.-dez., p. 123-140, 2006.

VIDIGAL, Maria Lúcia Nascimento; GONÇALVES, Maria Inês Rebelo. Pacientes traqueostomizados e dependentes de ventilador. In: FURKIM, Ana Maria; SANTINI, Celia Salviano (Orgs.). *Disfagias orofaríngeas*. Vol. 1. São Paulo: Pró-fono, 2001. p. 106-116.

VIVÈS, Jean-Michel. *A voz na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2012.

WASZ-HÖKERT, O et al. *The infant cry: a spectrographic and auditory analysis*. London: Heinemann, 1968.

ZUMTHOR, P. Presença da voz. In: _____. *Escritura e nomadismo*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2005. p. 61-202.