

**TERCEIRA IDADE**  
Quando a voz começa a falhar

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA

# FONOAUDIOLOGIA BRASIL

Dezembro/98 • Ano 1 • Nº 1

## O Avanço da Fonoaudiologia no Brasil



**Fonoaudiologia,  
linguística e psicanálise**

**SE LIGUE!**

**1999**

**ESTÁ AÍ!**

**CRESCA NELE E TENHA EM TODO  
O ANO NOVO UMA ATITUDE MENTAL  
POSITIVA.**

IMPRESSÃO EM OFF-SET · JORNAIS · CARTAZES  
REVISTAS · FOLHETOS · LIVROS · BRINDES  
DIÁRIO PEDAGÓGICO · AGENDA EXECUTIVA  
ENVELOPES ESPECIAIS

 **GRÁFICA E EDITORA  
POSITIVA**  
**PRIMAMOS PELA QUALIDADE**

SIG - Quadra 08 - Lote 2317  
Fone: (061) 344-1999 - Fax: 344-3844  
CEP 70610-400 - Brasília / DF  
E-mail: gpositiva@tba.com.br

## EXPEDIENTE

### DIRETORIA

Presidente: THELMA COSTA  
Vice-Presidente: MÁRCIA REGI-  
NA TELES  
Diretora Secretária: TERESA C.  
M. DE OLIVEIRA  
Diretor Tesoureiro: LEONARDO  
DA ROSA GIGLIO

### 6º Colegiado do CFFa

#### Conselheiros efetivos:

- 1 - Ana Maria Veronesi Sardas
- 2 - Domingos Sávio F. de Oliveira
- 3 - Márcia Regina Teles
- 4 - Thelma Costa
- 5 - Odette AP. Fatuch Santos

- 6 - Adriana Velez Feijó
- 7 - Leonardo da Rosa Giglio
- 8 - Sheila Maria F. de Pinho
- 9 - Teresa Cristina M. de Oliveira
- 10 - Christiane Camargo Tanigute

#### Conselheiros Suplentes

- 1 - Swami Lopes de Souza
- 2 - Márcia Goldfeld
- 3 - Maria Isis Marinho Meira
- 4 - Mara Suzana Behlau
- 5 - Maria Luiza Michelini Wippel
- 6 - Nelly T. Fiani Bacila Langer
- 7 - Maria Carolina Paes
- 8 - Maurício Rodrigues Cezar
- 9 - Ana Teresa B. de O Brito
- 10 - Ney Stival



**Coordenação:** Comissão de Divulgação  
do CFFa

**Presidente:** Márcia Regina Teles

**Redação:** SCLN 102, Bl. "B",  
Sala 102, Brasília-DF

Tel.: (061) 226-1213, Fax: 321-0691

**TRIBO COMUNICAÇÃO**

Fone: (061) 443-1943

**Jornalista Responsável:** Chico Nóbrega  
(RP 371/03/53-MTb-DF)

**Edição:** Nacional

**Tiragem:** 23.000 exemplares

AS MATÉRIAS ASSINADAS SÃO DE  
RESPONSABILIDADE DOS SEUS  
AUTORES

## Editorial

**A**pós alguns meses de estudos e avaliação, lançamos hoje a revista FONOAUDIOLOGIA BRASIL. Quando participantes do 5º Colegiado já tínhamos essa meta a ser alcançada. O 6º Colegiado do CFFa aprovou a idéia e decidimos colocá-la em prática.

Alguns podem estar pensando na real necessidade da criação de mais uma Revista como esta. A decisão de premiarmos o profissional Fonoaudiólogo, com esta publicação, deve-se ao fato de que muitos colegas enviam, constantemente, Teses, relatos e experiências na Fonoaudiologia, para serem publicados em nosso Jornal Informativo. Como observamos que existia uma variedade imensa de material científico, isto encorajou-nos a lançar esta Revista.

Ela tem o objetivo de levar ao Fonoaudiólogo informações atuais, e de servir como um guia de pesquisas recentes na área da Fonoaudiologia. Temos a cer-

teza de que a decisão foi bem sucedida. Lançamos o projeto e agora temos a preocupação com a manutenção da periodicidade e da qualidade. Contudo, o desafio nos motiva a cada número: buscar um conteúdo de alto nível.

O 6º Colegiado do CFFa parabeniza, em especial, a Comissão de Divulgação, na pessoa da Fga. Márcia Regina Teles, Presidente desta Comissão e grande idealizadora do projeto, pelo afinco e dedicação com que trabalhou para que a Revista tivesse a qualidade que poderemos observar agora, a cada página folheada. Cada ilustração, cada detalhe, foi pensado com muito carinho, pois o objetivo maior foi dignificar a nossa profissão.

Fonoaudiólogo, esta é uma revista feita especialmente para você e por você.

Parabéns mais uma vez pela nossa conquista.

6º Colegiado

## Sumário

Editorial/Sumário .....	3
Um olhar sobre a Fonoaudiologia no Brasil .....	4
Fonoaudiologia, Linguística e Psicanálise .....	10
Conhecimento e Atitudes das Mães Frente a Triagem Auditiva Neonatal Universal.....	18
Avaliação Perceptiva e Quantitativa da Voz na Terceira Idade .....	22
Fonoaudiologia e Totalidade: Uma visão transdisciplinar.....	32
Estudo de caso Clínico: Aspectos do Letramento e Alfabetização em Quadro Neurogênico .....	38
Rumos Atuais da Fonoaudiologia em Oncologia .....	46
Normas para Publicação .....	54

# UM FONOAUDIOLOGIA

# NO BRASIL

# OLHOS SOBRE A PRÁTICA



*Mirian Goldenberg\**

O que está acontecendo com a Fonoaudiologia no Brasil? Quais as razões de mudanças tão rápidas e profundas? Primeiro a regulamentação da profissão, depois a criação do Conselho Federal, cursos de pós-graduação e, agora, revistas com a produção científica dos fonoaudiólogos brasileiros. Em menos de vinte anos a Fonoaudiologia mudou completamente de “cara”: ela está mais profissional, mais madura e, especialmente, mais científica.

Para analisar estas mudanças, preciso definir, em primeiro lugar, um conceito particularmente adequado para compreender quem são os fonoaudiólogos: o conceito de gênero.

O final da década de 60 e início da década de 70 são marcos fundamentais nas transformações dos papéis femininos e masculinos na sociedade brasileira. Como lembram Costa & Bruschini (1992), na década de 70 e, principalmente, na seguinte, a produção acadêmica sobre a questão de gênero é “invejável”. Estes estudos buscam desreificar a idéia de “natureza” feminina (e masculina) e reforçar a concepção de que as características peculiares à mulher (e ao homem) são, na verdade, socialmente construídas. Cada cultura apropria-se de uma distinção biológica (macho/fêmea), seleciona alguns fatos naturais (como, por exemplo, a função reprodutiva da mulher) e os exacerba, naturalizando funções que são produtos de uma determinada educação e socialização. Utilizo, assim, o conceito de gênero (cf. Scott, 1990) para desnaturalizar os papéis e identidades atribuídos ao homem e à mulher, diferenciando o sexo (a dimensão biológica dos seres humanos) do gênero (uma escolha cultural, arbitrária, um produto social e histórico).

Voltando à Fonoaudiologia, não é preciso nenhuma estatística para verificar que mais de 99% dos profissionais são mulheres. O que isto representa para a profissão? Como quase todas as profissões tipicamente femininas, é uma profissão desprestigiada socialmente, com baixa remuneração e uma série de estereótipos do tipo: “as mulheres são mais pacientes e carinhosas com as crianças”; “a mulher não precisa sustentar a casa então pode ter uma profissão que goste, mesmo não ganhando muito” ou “é uma profissão boa para conciliar com o cuidado da casa e dos filhos”.

Graduada em Fonoaudiologia pela PUC-SP, em 1977, mudei-me para o Rio de Janeiro em 1978 e imediatamente me integrei à associação profissional e fui a representante do Rio de Janeiro na Comissão Nacional de Regulamentação da Profissão do Fonoaudiólogo. Qual era a discussão que tivemos que enfrentar na época? Para quem não lembra ou não viveu este período irei resumir: muitos consideravam que o fonoaudiólogo deveria ser um tecnólogo que auxiliasse o médico e, para tanto, não precisaria cursar uma faculdade. Ganhamos a luta e a Fonoaudiologia foi reconhecida como uma profissão universitária, como uma ciência, e não uma técnica.

Durante os anos seguintes, os fonoaudiólogos viveram com intensidade o dilema de “mudar” ou “permanecer”, coexistindo um padrão de ser fonoaudiólogo como um técnico, mero repetidor de exercícios aprendidos durante a graduação e um novo modelo de fonoaudiólogo que pesquisa, que estuda, que divulga seus trabalhos científicos. Os congressos científicos, as revistas científicas, a publicação de livros de fonoaudiólogos brasileiros e os cursos de especialização e mestrado contribuíram fortemente para que a cientificidade da Fonoaudiologia pudesse avançar.

### A FONOAUDIOLOGIA E O MERCADO DE TRABALHO DA MULHER BRASILEIRA

Nunca, como hoje, se pensou, se falou, se debateu, tão ampla e democraticamente, a necessidade de se valorizar o trabalho das mulheres, dentro e fora de casa. A desvalorização do trabalho feminino passou a ser uma questão social e a necessidade de remuneração maior e realização profissional tornou-se imperiosa para os fonoaudiólogos. Mas o que está acontecendo com o mercado de trabalho para a mulher brasileira?

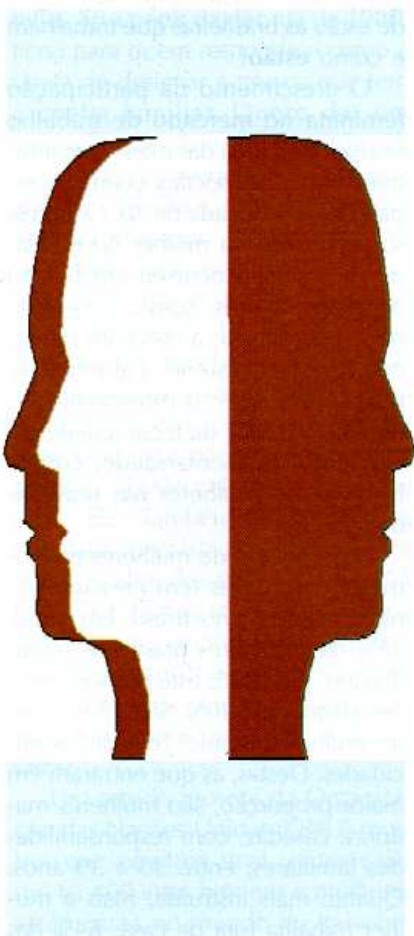
As transformações dos papéis e comportamentos femininos, nas últimas três décadas, contribuiu enormemente para que as mulheres brasileiras assumissem novos espaços no mundo público, tanto no mundo profissional quanto no político.

A escravidão, a tardia emancipação do centro de dominação, o modelo fundiário desenvolvido pelo colonizador português e a influência da Igreja Católica como força política e instrumento de controle social são alguns dos elementos que permitem compreender as peculiaridades das questões enfrentadas pelas mulheres brasileiras. São estes elementos que ajudam a entender o patriarcalismo e o conservadorismo dos homens e mulheres brasileiros. Como exemplo, pode-se citar o código civil, de 1917, que reservava à

mulher casada um estatuto de total submissão à autoridade marital, que lhe proibia ter qualquer vínculo de emprego sem autorização do marido. No período entre o final do Segundo Império e a Primeira Grande Guerra, o Brasil passou por mudanças significativas, tais como: a intensificação das relações internacionais (protagonizada pelas camadas de renda mais alta, por meio de viagens ao exterior e troca de correspondência com intelectuais de outros países) e o grande fluxo migratório do Velho Continente. Estas mudanças semearam idéias que, até então, eram restritas a pequenos grupos de intelectuais. As idéias feministas vieram no bojo deste movimento, refletindo o que ocorria na Europa, cuja tônica era a luta pela participação da mulher na vida profissional e política e o direito ao voto.

A presença crescente da mulher no mercado de trabalho, sua entrada nas escolas superiores e sua participação cada vez maior no mundo político e intelectual tornavam cada vez mais próxima a conquista do voto feminino. No entanto, a resistência do Congresso com relação ao voto da mulher encontrava apoio entre homens e mulheres mais conservadores que acreditavam que a família estaria ameaçada de extinção caso tal direito fosse aprovado. Esse conservadorismo se manifestava sempre que alguma mulher tentava inovar algum costume, mesmo no comportamento cotidiano (como o comprimento das saias, o corte dos cabelos ou as danças mais descontraídas). O que comandava esse conservadorismo era o medo de que tais atos de ruptura com os padrões tradicionais se refletissem sobre a família, “célula básica da sociedade da qual a mulher era fiel guardiã.”

No entanto, toda essa reação conservadora não foi capaz de deter a luta de alguns grupos de mulheres vanguardistas. A influência dos modelos de países do centro do sistema



capitalista (que o cinema, o rádio e a literatura reforçavam) fazia-se cada vez maior. Por maiores que fossem as resistências, as mudanças aconteciam atingindo um universo cada vez mais amplo e afetando diferentes instâncias da sociedade e da família. O direito ao voto (1932) e a legislação trabalhista de proteção ao trabalho feminino (1932 e 1943, com a consolidação das leis do trabalho) são exemplos destas transformações. É preciso registrar ainda, como testemunho de tais mudanças, o surgimento de grande número de organizações voltadas para discutir a participação social da mulher e os caminhos para sua emancipação.

Depois de décadas de lutas e conquistas, pode-se pensar que, no Brasil de hoje, convivem três modelos de "ser mulher":

... a mulher que decidiu não ter filhos para investir totalmente em sua carreira e realização pessoal. Uma mulher que entra no mercado de trabalho para competir em condições de igualdade com os homens, sem nenhum tipo de vínculo que a impeça de vencer. Esta mulher, em número ainda pequeno no Brasil, tem medo de ter feito uma escolha errada e se arrepende no futuro quando estiver sozinha, sem filhos ou netos para cuidar. Ela se pergunta constantemente: "Vou perder (ou já perdi) alguma coisa na vida por não ter filhos?"

... a mulher que decidiu ser, principalmente, esposa e boa mãe. Que colocou em segundo plano a sua profissão e estudos e pensa que quando os filhos estiverem maiores poderá retomar de novo de onde parou. Sente que sua realização profissional deve ser *sacrificada* em função da sua total disponibilidade para os filhos.<sup>1</sup> Algumas vezes ela olha com inveja para amigas bem-sucedidas profissionalmente, que têm independência econômica para fazer o que lhes der na telha;

... por último, a mulher que decidiu ter filhos mas não abriu mão da

carreira e investe toda a sua energia nestas duas escolhas. Ela se vê muitas vezes estressada e *culpada* por não conseguir *conciliar* como gostaria a casa e a carreira.

Entre estes três modelos, muitas variações são possíveis, mas de uma forma ou de outra todas nós, mulheres dos anos 90, podemos nos enquadrar em uma destas opções. E as fonoaudiólogas não estão livres destes dilemas.

Quando se fala de mulher e trabalho sempre se pensa na realização feminina. Mas ao que parece as mulheres brasileiras estão trabalhando muito mais para viver ou sobreviver do que para se realizar. São pouquíssimas as brasileiras que podem se dar ao luxo de falar em realização profissional e independência financeira.

Para pensar um pouco mais sobre este problema, cabe a questão: Aonde estão as brasileiras que trabalham e como **estão**?

O crescimento da participação feminina no mercado de trabalho brasileiro foi uma das mais marcantes transformações sociais ocorridas no país desde a década de 70. O ingresso acentuado da mulher no mercado de trabalho ocorreu em função de alguns fatores, como: a necessidade econômica; a elevação da expectativa de consumo; a abertura de novos empregos; o movimento feminista; a queda da fecundidade e a expansão da escolaridade, com o ingresso das mulheres nas universidades.

A proporção de mulheres economicamente ativas tem crescido significativamente no Brasil. Em 1980, 31% das mulheres brasileiras trabalhavam. Em 1990, este número cresceu para quase 40%. São 23 milhões de mulheres, sendo 18 milhões em cidades. Destas, as que entraram em maior proporção, são mulheres maduras, casadas, com responsabilidades familiares, entre 30 e 39 anos. Quanto mais instruída, mais a mulher trabalha fora de casa: 64% das



mulheres com 9 anos ou mais de escolaridade são ativas economicamente. Este índice cai para 28% entre as sem instrução.

É interessante que na idade de 24 a 30 anos, quando as mulheres estão tendo e criando seus filhos pequenos, há uma queda da participação das mulheres no mercado de trabalho, enquanto que a taxa dos homens é constante, não muda nada. Quase 80% das crianças até 6 anos das regiões metropolitanas ficam com suas mães a maior parte do tempo.

As mulheres estão concentradas em um pequeno número de ocupações, que podem ser consideradas guetos tipicamente femininos. Cerca de 70% das brasileiras estão em atividades de baixa remuneração, baixo prestígio social, sem qualificação profissional e sem proteção trabalhista ou previdenciária. É o que pode ser chamado de *feminização da pobreza*. As ocupações femininas mais frequentes são as de:

- empregadas domésticas e trabalhadoras no campo para as menos instruídas;
- secretárias e balconistas para as de nível médio; e
- professoras primárias e enfermeiras para as mulheres de escolaridade mais elevada.



De cada 100 trabalhadoras brasileiras (dados de 1990): 20 são domésticas; 12 secretárias; 12 trabalham no campo; 8 professoras e 6 vendedoras. Sabe-se, pela história da Fonoaudiologia no Brasil, que nossa prática inicial esteve fortemente associada à das professoras primárias.

A Constituição de 1988 mudou muito a concepção de trabalho feminino. Até então havia muito mais restrições ao trabalho da mulher tendo como base proteger o papel de mãe e a fragilidade feminina, defender a moralidade e respeitar a "natural" vocação da mulher para os cuidados do lar e dos filhos.

Mesmo mulheres universitárias se restringem a profissões que consideram melhores para conciliar o seu papel de mãe com o de profissional. Um bom exemplo é o da medicina, em que as melhores alunas são mulheres mas, ao se formarem, escolhem as especializações mais desprestigiadas no campo, deixando para os homens as profissões de maior prestígio social, como neurocirurgia ou cirurgia plástica.

Outro exemplo interessante é o da engenharia. De acordo com o censo de 1980, homens engenheiros ganhavam em média 17 salários mínimos por mês, enquanto que as

mulheres engenheiras ganhavam 9. Mesmo no magistério, onde a presença feminina é de 87%, homens ganhavam mais de 5 salários mínimos por mês enquanto as mulheres ganhavam menos de 2, em média. Moral da história: mesmo nas profissões femininas, homens ganham mais. Já as mulheres, mesmo exercendo profissões masculinas, ganham menos.

A representação social sobre o papel da mulher como esposa e mãe é, também, bastante reforçada nos livros didáticos (em que o pai sai para trabalhar e a mãe cuida da casa e dos filhos), nas novelas ou nas propagandas: em que é sempre a mulher que sabe que "Omo lava mais branco".

Até a década de 1970 a mulher só era considerada chefe de família se fosse viúva, desquitada ou sem um pai ou marido em casa, mesmo se o homem não fosse o provedor da família. Só a partir da década de 1980, ficou para quem responde o censo a tarefa de designar a pessoa que tem a chefia familiar. Quero dar um exemplo que ocorreu comigo no último censo. A pesquisadora me perguntou: "Quem é o chefe de família?" Eu respondi: "Nessa casa não tem chefe, eu e meu marido ganhamos a mesma coisa e dividimos todas as despesas". Ela insistiu: "Mas tem que ter um chefe". E eu: "Mas não tem, os dois são os responsáveis pela casa, então coloca os dois". Ela já nervosa "Mas não tem esta resposta". E eu "Então coloca nenhum dos dois." Ela "Também não tenho essa resposta, preciso colocar um dos dois." Acabei desistindo e disse: "Já que você tem que colocar, coloca que eu sou o chefe de família". Quantas respostas não devem ter sido diferentes pelo fato do marido estar em casa e responder à entrevista?

Um estudo recente da Organização das Nações Unidas (ONU) mostrou que, no ritmo atual, somente daqui há 400 anos homens e mulheres serão iguais no mundo do trabalho.

Enquanto não chegamos lá, acredito que é importante lembrar as idéias de duas das mulheres mais importantes do nosso século.

Simone de Beauvoir escreveu no clássico "O Segundo Sexo" (1980) que foi pelo trabalho que a mulher cobriu em grande parte a distância que a separava do homem; e que só o trabalho pode lhe assegurar a liberdade concreta. "Desde que a mulher deixe de ser uma parasita, o sistema baseado em sua dependência desmorona; e entre o universo e ela não há mais necessidade de um mediador masculino".

Com as conquistas femininas, no entanto, ficamos mais estressadas, mais competitivas, nos preocupamos com necessidades que não preocupavam tanto as mulheres de antigamente, como dinheiro, consumo, sucesso, carreira... Criamos novas exigências, novos desejos, novas ambições e novas culpas. Buscamos novas experiências, brigamos mais e, muitas vezes, nos sentimos profundamente solitárias. Após mais de vinte anos de intensos debates sobre a desigualdade entre homens e mulheres, o que realmente mudou na sociedade brasileira e o que permanece o mesmo?

A feminista americana Betty Friedan (1983) responde a esta angústia ao alertar a mulher dos anos 90: "Cuidado com o retorno da nostalgia dos dias simples em que a mulher não tinha escolha. Em meio ao medo e até ressentimento das difíceis escolhas que a mulher enfrenta hoje, cuidado com a tentação a acreditar que é possível, e desejável, retroceder. Temos de formular novas perguntas para nos livrar de conflitos desnecessários antes de poder resolver problemas reais dos quais nos esquivamos sustentando ilusões de escolha onde a escolha não existe. É perigoso para as mulheres se iludirem sobre a existência de uma escolha real que pode evitar os problemas complexos que encaram hoje em dia ao tentar uma nova configura-

ração para a família, para o trabalho e para o amor”.

Este pensamento parece muito apropriado para as fonoaudiólogas que, muitas vezes, pensam em desistir por não suportar as dificuldades que enfrentam: baixa remuneração, desrespeito de outros profissionais, impossibilidade de conciliar a profissão com o cuidado da casa e dos filhos, falta de tempo para estudar e pesquisar, entre inúmeras outras.

Muitas fonoaudiólogas reclamam que nada mudou (ou que piorou) sem conseguir enxergar em suas próprias vidas as transformações na posição da mulher brasileira nas últimas duas décadas. Acreditam que por não terem ainda uma vida profissional e pessoal totalmente satisfatória e igualitária, não têm nada. É zero ou cem. Como não mudou tudo então não mudou nada. Não percebem que séculos de uma

cultura escravagista e de silêncio feminino não mudam em dez ou vinte anos e que mais do que uma ruptura definitiva com o passado estamos vivendo um processo, até bastante acelerado, de transformações dos papéis femininos na sociedade brasileira. Não são poucas as que tentam voltar ao passado, quando os papéis destinados a homens e mulheres eram muito melhor delimitados, em casa e na rua. Era muito mais fácil saber o que se ia ser quando crescer: variações em torno de pai, médico, engenheiro ou advogado; esposa-mãe, dona-de-casa ou professora primária. O sonho era ter uma casinha, filhos saudáveis, uma geladeira branca, um telefone preto e um carro Ford ou Chevrolet de segunda mão.

Apesar das mudanças, muito ainda merece ser discutido. Como, por exemplo, o fato de mesmo tendo crescido significativamente o ní-

vel de escolaridade feminina, as mulheres brasileiras continuarem exercendo profissões de menor prestígio social e ganhando salários menores do que os dos homens. Enquanto isso, o estereótipo da mulher como vítima indefesa e frágil continua sendo alimentado por homens e mulheres. A coitadinha que não pode enfrentar as dificuldades do mundo profissional e político e precisa ser permanentemente defendida por homens fortes e poderosos ou a professorinha que só sabe ensinar crianças e é incapaz de pensar criticamente e criativamente, deixando para os homens a árdua tarefa de pesquisar e mudar o mundo.

Afinal, reproduzindo a clássica pergunta de Freud, *o que quer a mulher?*

Simone de Beauvoir, mais uma vez, nos dá a chave para essa discussão, quando diz que se interessando pela transcendência, superação e expansão dos indivíduos, ela não se preocupa com a questão da felicidade, já que não se sabe muito bem o que esta categoria significa, e sim da liberdade. Liberdade para criar, para pensar criticamente o mundo, para escolher e “inventar” novas formas de “ser mulher”, dentro e fora de casa.

No lugar das antigas categorias utilizadas pelas feministas, e disseminadas para a sociedade em geral, como luta por igualdade e reivindicação dos direitos da mulher, temos hoje novas idéias que expressam melhor o que efetivamente ocorre no cotidiano de uma mulher, como respeito às diferenças, negociação diária, desafio permanente, reciprocidade, crescimento individual. Fazemos parte de uma geração de transição, que aposta e investe em uma maior realização pessoal e profissional. Exigimos maior respeito e para tanto precisamos provar, diariamente, o nosso valor. Mudar implica perdas e riscos, abrir mão de privilégios e questionar as imposições sociais, ter uma atitude



criativa e crítica frente à própria vida, deixando de lado falsos mitos de felicidade.

### A NOVA FONOAUDIOLOGIA: MATURIDADE E CIENTIFICIDADE

Temos a oportunidade - e o **desafio** - de "inventar", ou melhor, consolidar uma nova fonoaudiologia, que seja mais científica e mais respeitada socialmente. Nesta "invenção", em que os estereótipos sobre "ser mulher" não deveriam ter lugar, acredito que ganham todos os fonoaudiólogos que, sentindo-se responsáveis pela construção cotidiana da profissão, conquistam o respeito de outros profissionais e demonstram suas inúmeras possibilidades de atuação, em clínicas, hospitais, escolas, creches, instituições, entre outras.

A pesquisa científica na Fonoaudiologia é prova do amadurecimento de uma profissão recente que não quer se enquadrar nos limites dos "trabalhos para a mulher", mas que quer conquistar o prestígio e remuneração das profissões valorizadas socialmente. Não existe nada de biológico (ou da "natureza" feminina) que impeça que as fonoaudiólogas e fonoaudiólogos (daí a importância do conceito de gênero) produzam pesquisas científicas de excelente qualidade. Com estas pesquisas, teremos uma Fonoaudiologia mais profissional, mais respeitada, mais madura e, acima de tudo, mais científica.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia retrata este crescimento e amadurecimento profissional ao publicar uma revista que irá provar a qualidade da produção científica dos fonoaudiólogos brasileiros. Assim, mostra que a profissão não sobrevive apenas dos seus direitos e obrigações profissionais, mas que sua alma é o conhecimento científico, revelado nos estudos e pesquisas que vêm sendo produzidos em todo o Brasil. A Fonoaudiologia finalmente

entrou para o mundo da ciência e do reconhecimento social e é esta nova realidade que a revista do Conselho Federal de Fonoaudiologia vem trazer a todos os seus leitores. Fazer ciência é um caminho árduo mas repleto de prazer e paixão e, talvez, o único possível para aqueles que querem conquistar, definitivamente, a maturidade e o respeito profissional.

Quero concluir com um pensamento de Roland Barthes que reflete as idéias presentes em meu livro "A Arte de Pesquisar" (1997): *"Há uma idade em que se ensina o que se sabe; mas vem em seguida outra, em que se ensina o que não se sabe: isso se chama pesquisar. Vem talvez agora a idade de uma outra experiência, a de desaprender, de deixar trabalhar o remanejamento imprevisível que o esquecimento impõe à sedimentação dos saberes, das culturas, das crenças que atravessamos. Essa experiência tem, creio eu, um nome ilustre e fora de moda, que ousei tomar aqui sem complexo, na própria encruzilhada de sua*



*etimologia: sapientia: nenhum poder, um pouco de saber, um pouco de sabedoria, e o máximo de sabor possível".*

*\*Fonoaudióloga graduada pela PUC-SP (1974-1977), mestre em Educação pela PUC-RJ (1978-1980) e doutora em Ciências Humanas pela UFRJ (1988-1994).*

### Referências bibliográficas

- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985, 370p.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980, 500p.
- COSTA, A. O. & BRUSCHINI, C. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992, 336p.
- FRIEDAN, B. **A segunda etapa**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983, 315p.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro., Record, 1997, 107p.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade** (16/2): 5-22, 1990.
- TOSCANO, M & GOLDENBERG, M. **A revolução das mulheres**. Rio de Janeiro, Revan, 1992, 117p.

<sup>1</sup> Sobre esta visão da mãe como aquela que se sacrifica pelos filhos, ver Badinter(1985).

# FONOAUDIOLOGIA,



## LINGÜÍSTICA E PSICANÁLISE:

REFLEXÕES TEÓRICO-PRÁTICAS SOBRE A  
CONTRIBUIÇÃO DESTE ENCONTRO NA  
CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

*Larissa Seabra Toschi\**

### RESUMO:

Na busca de novos paradigmas que questionem e subsidiem a prática clínica, a Fonoaudiologia tem se deparado com outras áreas que têm a linguagem como objeto de estudo.

Este estudo retoma conhecimentos da Lingüística sob enfoque dado por Saussure e Jakobson, e da Psicanálise lacaniana como fundamentação para um “pensar sobre” a atuação do fonoaudiólogo que lida com um objeto amplo e misterioso como é a **linguagem**.

### ABSTRACT:

*Searching for new paradigms that discurssees and give clinic support, the Language Terapy has turned up to others areas that have language in it's application object.*

*This application recover knowledges of linguistic under Saussure and Jakobson point-of-view and Lacan Psychoanalysis, like new bases for a “think about” of the therapy's performance that cares about a wide and misterious object like **language is**.*

Os primeiros cursos de Fonoaudiologia no Brasil surgiram na década de 60. No entanto, previamente a este marco, há uma história que constitui este campo de conhecimento e justifica seus atuais questionamentos.

Segundo Berberian (1997), as práticas fonoaudiológicas se iniciaram na década de 20, ligadas ao processo educacional. As práticas iniciais

deram-se numa época de controle sistemático da língua pátria, com o intuito de neutralizar a influência dos imigrantes. Estas só foram firmadas academicamente no início dos anos 60, com a criação dos primeiros cursos da área.

Tal relato nos leva à compreensão dos atuais conflitos e discussões acerca do que realmente se constitui um “distúrbio de linguagem”, pois

somente nos últimos dez anos, com o avanço da pesquisa, tem-se buscado fundamentação teórico-filosófica para subsidiar a prática fonoaudiológica que lida com prevenção e reabilitação das alterações de **linguagem**, voz e audição.

Por ser a linguagem do ser humano ampla e misteriosa, este estudo será direcionado numa de

suas faces: a **semântica**, que não deixa de ser também misteriosa e ampla. Seu objetivo é fornecer elementos para questionar e refletir o processo de construção da prática clínica.

### PROBLEMATIZANDO...

Quando se usa o termo "semântica", a primeira palavra que nos vem à tona é significado. Várias definições de semântica a colocam como o estudo "do significado em linguagem", ou "dos elementos formais da linguagem" ou ainda "da significação das formas lingüísticas". Entretanto, permanece a questão: o que é significado?

Ao longo do tempo, diversas correntes de pensamento desenvolveram estudos semânticos. A Semântica Tradicional parte do interesse de filósofos gregos, que tentam explicar a relação entre a palavra e as coisas. Os estudos mais recentes têm demonstrado interesse pela performance ou desempenho.

A Lingüística estruturalista estuda a língua como sistema de signos. Com o interesse em constituir-se como ciência, a semântica é deixada à margem. No entanto, é a partir da contribuição de Saussure, na criação do signo lingüístico (significado/ significante), que emergirão diversas reflexões sobre a temática.

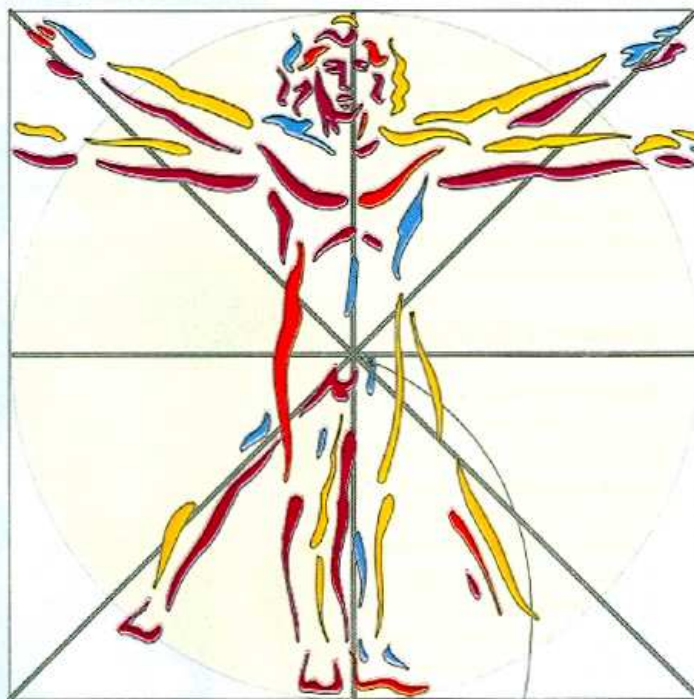
Os lingüistas gerativistas, que têm sua origem nos trabalhos de Chomsky, acreditam que, apesar das relações forma/sentido, existe uma interdependência do plano sintático em relação ao semântico, mas não aprofundam o estudo do significado.

Marques (1990:17) coloca que estas definições são parciais e insuficientes e, em decorrência de diversas diretrizes teóricas, o quadro é tão complexo que "...o objeto da semântica não se define claramente, em termos de reconhecimento consensual das questões nucleares e prioritárias, relativas ao significado".

### Origem do significado

Não há como falar de significado sem colocar em questão o sujeito, uma vez que ele está presente em diversas teorias que tentam explicar a origem do significado, apesar das divergentes concepções que se fazem dele.

Na Filosofia Clássica o indivíduo



possui a razão. É consciente e é esta razão que lhe trará percepção e conhecimento do mundo, uma vez que o sujeito cria e nomeia o objeto. A significação estaria, então, em relação direta com a razão do indivíduo.

No início deste século, Freud e Saussure produzem noções que rompem com as do "indivíduo" da Filosofia Clássica. Esses teóricos são precursores do pensamento moderno, pois com a noção de inconsciente se destrói a noção do sujeito reflexivo, psicológico – aquele que tem controle sobre si e sobre o mundo.

É argumentando, a partir de diversas correntes de pensamento em relação à concepção de sujeito, significação, de linguagem e do "outro" (no caso, vale considerar

esse outro enquanto um "outro-fonoaudiólogo" uma vez que é ele que estará presente numa interação na clínica) que se chegará a um referencial teórico mais significativo para a prática fonoaudiológica.

Nos últimos tempos nos encontramos frente a mudanças de paradigmas no que se refere à epistemologia das várias ciências. Nesta perspectiva, serão relatadas as teorias de aquisição de linguagem, refletindo sobre a significação e o papel do "outro-fonoaudiólogo". Ao buscar nas teorias a concepção de sujeito nelas tratadas, tem-se assim suporte para refletir e expandir pressupostos teóricos para a prática na clínica fonoaudiológica.

### O sujeito e a significação

Para o behaviorismo, a linguagem é adquirida como comportamento através de estímulo-resposta e reforço. O "outro", nesta concepção, será aquele que coloca e modela todo o comportamento da criança. O significado é "colocado" no aprendiz, assim como o comportamento lingüístico. Entretanto, a relação entre este "outro-fonoaudiólogo" e a criança pressupõe uma visão de sujeito vazio e passivo que será modelado, adestrado.

Na perspectiva inatista, proposta por Chomsky, a linguagem é adquirida graças

a um saber inato confirmado pelo Dispositivo de Aquisição da Linguagem. Este sujeito já nasce pronto, dono de um saber ou significação que se "desabrocharia" e manifestaria numa prévia exposição a um meio lingüístico falante. Sob esta perspectiva, o papel do "outro-fonoaudiólogo" é excluído, uma vez que o que importa mesmo é o material lingüístico; o

falante e a interação são dispensáveis.

Pensadores como Piaget e Vigotsky também dão margem à reflexão sobre o processo de significação. Para Piaget, o sujeito é determinado por seu desenvolvimento cognitivo. A significação surgiria num processo que se inicia com as ações da própria criança sobre o mundo, o que a levaria à construção de um simbolismo, uma capacidade de representar, de dar significados.

De Vitto (1994) não concorda que a significação seja decorrente de



mecanismos de "fora" da linguagem, e critica Piaget, que atribui o poder de significação à imagem mental ou representação, e não como algo decorrente da linguagem. Para ela, a linguagem é força fundante não só para a significação mas para o nascimento do sujeito. Se há um plano interno é aquele constituído no e pelo movimento discursivo, pois é ele que dá forma e

organização ao discurso do outro.

Na perspectiva proposta por Vigotsky, o significado é dado a uma palavra através da interação social. Tal significado estaria inicialmente ligado à ação (caráter simpráxico) para depois se emancipar desta e ser internalizado (caráter sinsemântico). Relata também sobre a evolução de um significado a partir da maturação e relações sociais do sujeito.

De Lemos coloca que esta operação de signos proposta por Vigotsky se dá a partir da introdução de um mediador com relação direta do organismo com as coisas do mundo. Assim, produz um efeito distanciador que permite a transformação da apreensão concreta em conceito abstrato. A autora questiona qual seria o terceiro elemento capaz de quebrar o vínculo "natural" e gerar esta transformação. Coloca que, para Vigotsky, o acesso da criança a significados implica num acesso não mediado ao outro como sujeito assujeitado<sup>1</sup>. É ela que difunde a concepção do interacionismo brasileiro (ou dialógico). Para Lemos, a linguagem é fundante e constituinte do sujeito, e sua construção se dá na interação, no diálogo, na atividade na e pela linguagem. O "outro-fonoaudiólogo" (agora com papel estruturante) se coloca como fundante da língua do outro, na qual a sua atividade é suporte empírico para a atividade interpretativa do outro, que a ela confere forma e sentido. Não considera apenas a ação sobre o objeto, mas a **linguagem** constituindo **linguagem**.

O sujeito psicológico, encontrado nas concepções cognitivistas de Piaget e Vigotsky, tem seu desenvolvimento originado de uma percepção física, que o levaria à significação e subtraem do "outro-fonoaudiólogo" qualquer atividade estruturante. Como esta representação e internalização se dão mediante uma percepção física e consciente, o papel do outro é descartado ou relativizado. Confirmando isto, Lacerda (1995)

assegura que “a internalização implica na transferência de fenômenos sociais em fenômenos psíquicos, envolvendo a apropriação pelo sujeito do significado dos objetos”.

É sobre este sujeito acima descrito que Derrida cria o termo “desconstrução do sujeito” e inicia novas reflexões. Propõe a desconstrução de todas as significações que brotam da razão, em especial a significação de “verdade” (entre o sujeito e o real).

Na tradição cartesiana, o intelecto é a marca do humano enquanto um ser superior que “existe” na medida em que “pensa” e onde as “coisas” possuem uma “essência”. A Psicanálise, utilizando a noção de língua em relação com o inconsciente, alega que o significante não tem essência. O sujeito não se apropria do significado dos objetos, uma vez que um significante não remete a um significado. Esta falta de essência, o “vazio” do significante remete à possibilidade dos significantes se movimentarem e produzirem “efeitos de sentido”. Como pode um significante ter essência se o próprio Saussure coloca a questão do valor do signo lingüístico?

A escola psicanalítica francesa retoma Saussure e Jakobson e ressignifica suas produções relativas à linguagem e à noção de significado, aproximando-as do enfoque interacionista.

O fato de Lacan considerar o inconsciente como estruturado pela linguagem “nos retoma em direção ao significante para resolver problemas de topologia” (Darmon). Este retorno à Lingüística é consequente da noção de valor de Saussure, pelo qual um significante só assume um valor numa cadeia de significantes. Sua teoria acerca do valor oferece a possibilidade de considerar classes lingüísticas como derivadas de relações, impossibilitando



o acesso à coisa em si.

Lacan (apud Darmon) critica a significação como pura relação entre a palavra e as coisas. Deixa a ação de lado e coloca a linguagem enquanto determinante de toda relação com o objeto. O fundamento da linguagem não é a constituição de nomes mas a relação destes para se chegar a um efeito de sentido. Retomando Saussure, recorda-se que o mesmo diz que o signo lingüístico não une “uma coisa a um nome, mas um conceito a uma imagem acústica.

Essa última não é o som material, mas a representação psíquica deste som”, que mais tarde chamará de significado e significante.

Saussure se opõe à concepção de língua enquanto nomenclatura “na medida que esta supõe idéias já acabadas, pré-existentes às palavras, deixa supor que o laço que une um nome a uma coisa é uma operação bastante simples, o que está longe de ser verdade” (pág. 79).

A ilustração da árvore, acrescentada pelos organizadores do *Curso de Lingüística Geral*, os quais reconstituem as produções de Saussure com notas diversas e antagônicas às suas idéias, é considerada errônea por Lacan.

Ao retomar o algoritmo de Saussure, Darmon coloca que Lacan o modifica e “restabelece a verdade da descoberta de Saussure”. Substitui e coloca o significante no numerador e o significado no denominador, sendo a barra resistente à significação. Tal mudança possibilita o estudo entre os significantes, sendo estas ligações, segundo Darmon, a gênese do significado. É o significante que vai estabelecer a diferença. Não estaria Saussure falando sobre a teoria dos significantes? “Chamamos signo a combinação do conceito e da imagem acústica; mas, no uso corrente, esse termo designa

geralmente a imagem acústica apenas..." (*Curso de Lingüística Geral:81*).

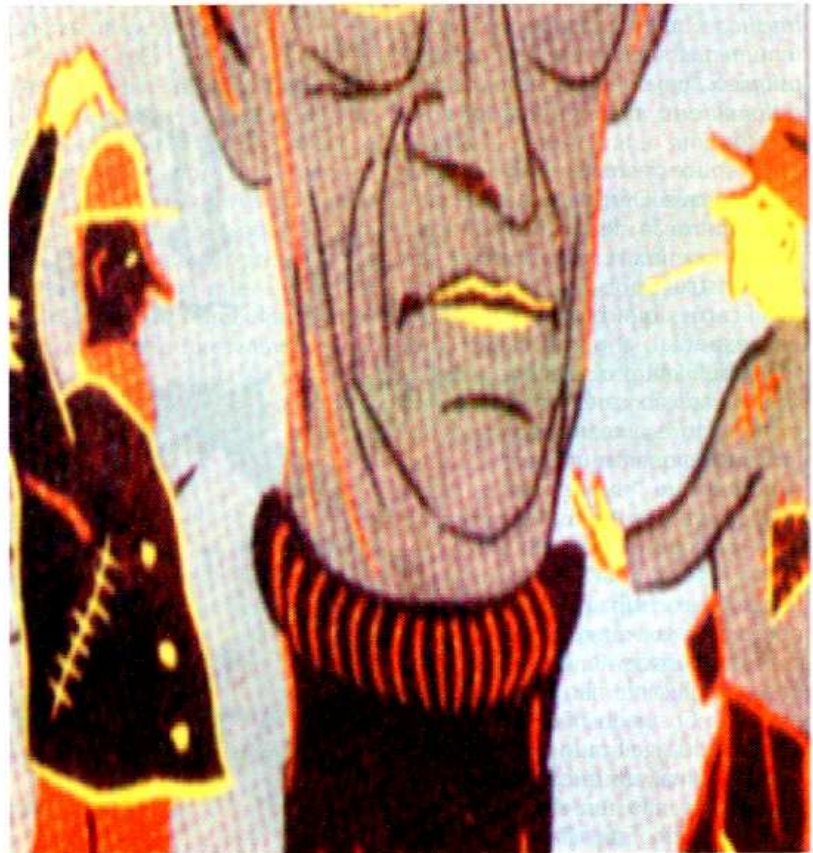
Como o significado não está pronto, este se constrói na relação entre significantes, constituintes da linguagem do Outro. O significado só emerge em cadeias de significantes, e um significante não remete a um determinado significado. Os efeitos de sentido são produzidos ao se relacionar significantes, com a participação do Outro (terceiro elemento) enquanto assujeitado. Estas representações se organizam pelas leis de metáfora e metonímia e não estão prontas ao nascimento.

A representação vai sendo construída na relação com outros aparelhos de linguagem, que constróem nesta relação o aparelho psíquico. Pode-se, a partir dessa informação, observar a importância do Outro enquanto estruturador e constituinte da linguagem do outro. A entrada deste Outro numa relação que antes ocorria apenas entre o real e o imaginário, traz à tona um terceiro elemento, que diz respeito ao simbólico.

Para a psicanálise, o sujeito é um efeito da linguagem e da produção significante. Lacan diz que o inconsciente é estruturado como linguagem; não só o conteúdo dito deve ser levado em conta, mas também as condições e os efeitos dessa palavra. Neste inconsciente existe uma estrutura que é não manifesta (elementos latentes), que ao falar emerge, tornando possível percebê-la nos chistes e lapsos.

Quando Saussure coloca que pode-se falar ao mesmo tempo da imutabilidade e mutabilidade do signo, seus organizadores colocam a seguinte nota: "Seria injusto censurar à F. de Saussure o ser ilógico ou paradoxal por atribuir à língua duas qualidades contraditórias"(pág. 89) Questiona-se: as interpretações que seus organizadores fizeram seguiram o raciocínio de Saussure?

Ao falar sobre as relações associativas ou paradigmáticas,



Saussure disse "... a associação pode se fundar também apenas na analogia dos significados (ensino, instrução, aprendizagem, educação) ou na simples comunidade das imagens acústicas (ensinamento, lento)". Pode-se encontrar sobre esta afirmação a seguinte nota: "Este último caso é raro e pode passar por anormal, pois o espírito descarta naturalmente as associações capazes de perturbarem a inteligência do discurso" (pág.45).

De Lemos coloca que:

*"É plausível a afirmação de que tantas relações paradigmáticas como sintagmáticas operam não apenas em palavras, mas igualmente em qualquer tipo de unidade – a reflexão que Saussure faz sobre valor e identidade sem dúvida possibilita tal interpretação" (Lemos, 1992).*

Tais considerações nos remetem ao mesmo questionamento realizado anteriormente e dá margem para incluir no tema discutido as leis de funcionamento da linguagem propostas por Jakobson - processos metafóricos e metonímicos. Segundo ele, pode ocorrer fixação num desses pólos.

Jakobson amplia as noções de paradigma e sintagma de Saussure, no sentido de apreender através deles a dominância de um pólo de linguagem sobre o outro, que acredita caracterizar a criatividade literária.

Para Milner (apud Lemos, 1992), na medida em que se traz à luz o efeito das relações metaforonímicas, ou seja, da composição dos dois termos (metafórico e metonímico), é produzido um terceiro, simbólico, no qual se localizam os significantes latentes.

### PRATICANDO..

A prática clínica do fonoaudiólogo necessita do entendimento dos processos de aquisição da linguagem, uma vez que é este profissional o responsável em (re)instaurar este processo. O pensar sobre a aquisição da linguagem abre caminhos para aproximações entre áreas que se deparam com a linguagem, como a Lingüística, a Fonoaudiologia e a Psicanálise.

O fonoaudiólogo na clínica se depara exatamente com a linguagem que escapa à regra, com o que há de mais singular. Como observa Arantes: "A linguagem em sua dimensão patológica é a expressão mais clara e maior do singular, do individual." (Arantes, 1994)

Pelo fato da natureza da clínica não ser outra, senão dialógica, é natural a busca de uma teoria que permita e valorize o diálogo e a linguagem como objeto terapêutico para se tratar linguagem. Se o discurso da criança é determinado por fragmentos do discurso do outro, o interacionismo brasileiro (ou dialógico) se torna imprescindível ao ser tomado como concepção de linguagem para subsidiar a prática Fonoaudiológica.

Cunha (1997) propõe que o fonoaudiólogo deve ter "duas orelhas" – uma para ouvir os sintomas na fala e outra para escutar seus conteúdos latentes.

Não há como falar de sujeito sem falar de um comportamento lingüístico e sem o discurso do outro, que são constitutivos do sujeito. O sujeito é efeito do significante. Esta noção questiona a internalização, pois é a falta de essência do significante que mobiliza o funcionamento da língua, gerando produção lingüística. Essa "falta" existe no sujeito, uma vez que tudo se dá no campo da linguagem. Entra em cena, portanto, a singularidade da linguagem.

Segundo De Vito (1994:104), é na interação da criança com a linguagem de um falante que suas produções são revestidas de sentido ao serem "lidas/ interpretadas" por aquele sujeito já assujeitado.

Levando-se em conta as leis de funcionamento de linguagem propostas por Jakobson, "metáfora e metonímia", algumas considerações sobre o caso de dois pacientes autistas podem ser estabelecidas a partir da análise de fragmentos de alguns de seus discursos.

Um paciente portador de autismo infantil, ou melhor, de distúrbio global do desenvolvimento, apresenta várias características que lhe são peculiares. No entanto, quando o tema é linguagem, os autores são unânimes ao declarar que podem ocorrer graves problemas na comunicação, na compreensão da linguagem falada e quando a fala aparece pode existir ecolalia, uso inadequado de pronomes, estrutura gramatical imatura, incapacidade de uso funcional e social da linguagem ou incapacidade de comunicação verbal e não verbal.

Paciente A – L.A.L, 6 anos

Paciente B – D.V.C, 13 anos

Os dois pacientes (citados acima) são falantes. O primeiro encontra-se em tratamento fonoaudiológico há dois anos e o segundo há um ano e seis meses.

#### 1º Fragmento de discurso do paciente B (1996) – T (terapeuta) C (criança)

T- Do que você quer brincar?

C- (nota que tem que dar uma resposta, olha para sua frente e vê uma caixa) Caixa.

T- Com esta caixa? Mas nela só tem espátulas, olhe. Eu achei que você queria brincar com massinha.

C- Massinha.

Após modelagem de vários animais com massinha a criança produziu palavras isoladas porém sempre dentro de um contexto semântico. A criança não iniciava diálogo e quando emergia "fala espontânea" apenas nomeava objetos a sua frente.

#### 2º Fragmento do discurso do paciente A (1998)

C- Hoje nós vamos brincar com os animais?

T- De novo com os animais? Hoje não. Vamos fazer outro jogo super legal.

C- Não! Eu quero brincar com os animais.

#### 1º Fragmento de discurso do paciente B (1998)

T- Bom dia!

C- Jovem Pan

T- O que você quer jogar hoje?

C- Jovem Pan.

T- Jogar Jovem Pan?

C- (ri fazendo gesto de não com a cabeça) Jovem Pan sat.

T- Você quer jogar outro jogo? Hoje eu trouxe o Tira-taça.

C- É. Tira –taça!

#### 2º Fragmento de discurso do paciente B (1998)

Criança olhando folheto de um supermercado.

C- (olha wisky que era a única bebida do folheto) Jhonny Walker, champagne, "cognaque"... (olha um lampião de acampamento) Cangaceiro.

#### 3º Fragmento de discurso do paciente B (1998):

C- (entra na sala de terapia)Tira-taça.

T- Eu não trouxe o tira-taça hoje.

C- Tira-taça.

T- Está lá na minha casa. Lá em Anápolis. No próximo dia eu trago o tira-taça para você.

C- Tira-taça minha casa.

T- Está lá na minha casa.

C- Jurassic Park.

T- Você já viu esse jogo? Eu quero comprar.

C- Jurassic Park, dinossauro, Steven Spielberg.

#### 4º Fragmento de discurso do paciente B(1998):

T- Você pôs a pilha na ambulância que eu te dei?

C- Telefone.

T- Não acredito! Você tirou a pilha do telefone para colocar no brinquedo?

C- (ri) Telefone.

Ao observar estas amostras, inicialmente percebe-se produções fragmentadas, que podem causar estranhamento no outro que escuta o discurso (interlocutor). As produções iniciais de uma criança também são singulares e o "outro mãe" interpreta e legitima suas falas. Por ser a fala destes pacientes

micos já se colocando enquanto "interlocutor capaz".

Já o paciente B ainda desenvolve quadro de ecolalia, que questiono ser essencialmente "orgânica" ou como constituinte do quadro. Seriam essas ecolalias efeitos dos processos metaforonímicos?

Sob esta perspectiva, ao submeter

interpretar as produções da criança, estabelecendo um efeito de sentido através dos processo metaforonímicos, revelando uma ressignificação do discurso.

Segue então uma questão: até que ponto esta linguagem é "patológica" se essa criança demonstra querer se comunicar e que, quando abordados os prováveis significantes latentes, esta comunicação se estabelece de modo eficaz? Porque as abordagens mecanicistas tratam essas crianças com comunicação alternativa (figuras) subtraindo-lhes a linguagem do Outro enquanto dialoga?

Concordo plenamente com Lúcia Arantes quando declara que *Linguística e Fonoaudiologia* compartilham o mesmo objeto, mas, no entanto, o fonoaudiólogo não deve admitir em colocar-se na posição daquele que não pensa mas aplica, "naquele que deixa o pensar para a Linguística e toma o aplicar para si próprio".

Felizmente, já há teóricos na Fonoaudiologia que estão buscando aproximações com outras ciências para subsidiar uma melhor prática, como Fernanda Dreux que utiliza-se da Pragmática para atuar com pacientes psicóticos.

Nesta busca a Fonoaudiologia vem perceber que o conhecimento não pode ser produzido isoladamente. Embora o processo seja ainda incipiente, o seu avanço pode levar a construções teóricas mais ricas e complexas.



singular, acredito que a dificuldade centra-se no encontro do outro enquanto intérprete de suas produções.

O paciente A (1996) e o paciente B (1998) demonstram fixação num dos pólos do funcionamento da linguagem citados por Jakobson. Pode-se observar que seus discursos foram basicamente metonímicos, em sua maioria relacionados à categoria semântica de objetos concretos e familiares<sup>2</sup>.

O papel da terapeuta, nesses casos, seria de através e pela linguagem atuar, interpretar e constituir a linguagem do outro, através dos processos dialógicos. Nota-se clara a evolução do paciente A, tratado a partir dessa perspectiva, pois, atualmente já utiliza linguagem dentro dos processos metaforoní-

os significantes da criança a processos metaforonímicos se terá como produto um efeito de significado, através da relação com outros significantes, ou melhor, pela interpretação do termo manifesto e do latente chega-se a "efeitos de sentido".

Lacan considera que as repetições não são as mesmas. Isto se confirma ao observar que nesta criança, em muitos momentos, essa ecolalia surge como iniciativa de se estruturar uma comunicação. O que dizer então sobre os significantes latentes? No 3º fragmento, o paciente B ao dizer "Jurassic Park" estava se referindo a um jogo, e o assunto era um jogo.

No trabalho fonoaudiológico esses prováveis significantes latentes são utilizados pela terapeuta ao

\*Fonoaudióloga, docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Católica de Goiás, Fonoaudióloga do Serviço de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, mestranda em Linguística pela Faculdade de Letras da Universidade Federal de Goiás.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANTES, Lúcia. O fonoaudiólogo, este aprendiz de feiticeiro. In: **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. Organizado por De Vitto. Cortez, São Paulo, 1994.
- ARROJO, Rosemary. A noção do inconsciente e a desconstrução do sujeito cartesiano. In: **O signo desconstruído: implicações para a tradução, a leitura e ensino**. Campinas – SP, Pontes, 1992.
- BERBERIAN, Ana Paula. **Fonoaudiologia e Educação: um encontro histórico**. São Paulo, Plexus, 1995.
- CUNHA, Maria Cláudia. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território**. Plexus, São Paulo, 1997.
- DARMON, Marc. Ensaio sobre a topologia Lacaniana. Série discurso psicanalítico, Artes Médicas, Porto Alegre.
- DE LEMOS, C.T.G. **Uma abordagem sócio-construtivista da aquisição da linguagem: um percurso e muitas questões**. Anais do I Encontro Nacional de Aquisição da Linguagem, PUCRS, 1989.
- Los processos metafóricos e metonímicos como mecanismos de câmbio. In: **Substratum**. 1(1): 121-135, 1992.
- DE VITTO, Maria Francisca. Aquisição de linguagem, distúrbios de linguagem e psiquismo: um estudo de caso. . In: **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. Organizado por De Vitto. Cortez, São Paulo, 1994.
- Os monólogos da criança: “Delírios da língua”**. Tese de Doutorado, IEL, UNICAMP, Campinas, 1994.
- FERNANDES, Fernanda Dreux. **Autismo Infantil: repensando o enfoque fonoaudiológico – aspectos funcionais da comunicação**. São Paulo, Lovise, 1996.
- JAKOBSON, Roman. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In: **Linguística e comunicação**. Cultrix, São Paulo, 1982.
- LURIA, A.R. **Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1987.
- MARQUES, Maria H. D. **Iniciação à semântica**. Zahar, Rio de Janeiro, 1990.
- RAJAGOPALAN, Kanavillil. A trama do signo: derrida e desconstrução de um projeto saussuriano. In: **O signo desconstruído: implicações para a tradução, a leitura e ensino**. Campinas – SP, Pontes, 1992.
- SAUSSURE, Ferdinand de. **Curso de lingüística geral**. 9ª ed., São Paulo, Cultrix.

*“Fonoaudiologia: no sentido da linguagem”, página 140, De Vitto, 1994, considera assujeitado o sujeito que já possui linguagem, que já está submetido a sua ordem e a seu funcionamento. “Ele é assujeitado e o bebe, enquanto real deve ser lido”.*

*m estudo citado por Luria (p.124) realizado com crianças normais, observou que produções predicativas de organização sintagmática, aparecem na criança muito antes do que as produções associativas, e chega à conclusão de que existe uma base sólida para pensar que as respostas adigmáticas (associativas) possuem uma estrutura psicológica diferente das sintagmáticas (predicativas). O que dizer das produções destas crianças análise, nas quais as relações associativas são produzidas anteriormente à predicativas?*

# CONHECIMENTO E ATITUDES DAS MÃES FRENTE A TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL

*Tania Maria Tochetto de Oliveira* \*

*Ana Cristina Zanelli* \*\*

*Janice Mainardi* \*\*

**PALAVRAS-CHAVE:** triagem auditiva, conhecimento, atitudes e prática, testes auditivos.

## RESUMO:

A crescente importância atribuída à detecção precoce da deficiência auditiva (DA) infantil está levando ao surgimento de programas de triagem auditiva neonatal (PTAN) em vários hospitais no Brasil e no exterior. Este estudo foi realizado em um hospital particular de Santa Maria/RS, onde foi implantado um PTAN por meio de Emissões Otoacústicas. O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento e as atitudes das mães com relação à triagem auditiva neonatal. A amostra foi constituída por 240 mulheres internadas na maternidade. Procurou-se saber se elas tinham conhecimento sobre a possibilidade e importância de testar a audição de bebês, se concordariam com a realização da testagem e, em caso negativo, qual o motivo da discordância. Constatou-se que: somente 31,25% da amostra estudada sabe que é possível e importante triar a audição do bebê; 64,58% não permitiu a realização da triagem auditiva porque: o convênio não dá cobertura para o teste (56,52%), não há casos de surdez na família (13,52%), prefere realizar a triagem auditiva em outra ocasião (29,96%). Conclui-se que: pequeno número de mães tem conhecimento adequado sobre triagem auditiva neonatal; além do fonoaudiólogo, também os profissionais ligados a família por ocasião do nascimento são responsáveis por informar aos pais a importância da triagem auditiva neonatal; pais e profissionais devem se mobilizar para que os convênios dêem cobertura para a análise de Emissões Otoacústicas.

**KEY WORDS:** neonatal screening, background, attitudes, practice and hearing tests.

## SUMMARY:

The increasing importance given to the early detection of infant hearing impairment has been leading the neonatal hearing screening programs to be developed in several hospitals all over the world. This study was carried out in a private hospital in Santa Maria/RS, by using Otoacoustic Emissions Testing. This paper was aimed to verify the mothers' background and attitudes towards the neonatal hearing screening. 240 mothers were interviewed while in hospital. It was searched whether they had some background about the possibility and role of hearing testing in babies, and if they would allow the test performance. In case they would not, the aim was to look for the reasons of the disagreement. It was found out that only 31,25 % of the sample were aware of this procedure in babies. 64,58% did not allow the procedure due to some reasons as follows: the health insurance policy did not cover the procedure (56,52%); there is no impairment in family history (13,52%); they would rather make the test some other time (29,96%). The findings were the following: a small number of mothers are aware of the neonatal hearing screening. Not only the audiologist and speech and language pathologists should be in charge of making parents aware of the role of the screening, but other professionals in touch with the family due to the child's birth should be as well. Parents and professionals should make an effort so that health insurance companies cover the Otoacoustic Emissions Testing.

## INTRODUÇÃO

É farta a literatura que aponta os benefícios do diagnóstico precoce da deficiência auditiva (DA) infantil. Por isso as Academias Americanas de Audiologia, Otorrinaringologia e Pediatria reunidas no Joint Committee on Infant Hearing recomendam a triagem auditiva neonatal universal por meio de Emissões Otoacústicas desde 1994.<sup>(1)</sup>

Assim, um número crescente de hospitais no Brasil e no exterior estão implantando programas de triagem auditiva neonatal. Em alguns hospitais esta triagem é aplicada em todos os recém-nascidos e em outros é opcional. Segundo CHAPCHAP,<sup>(2)</sup> no Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo) o índice de bebês submetidos a triagem auditiva antes da alta hospitalar chega a 98,1%.

Relato de WHITE; ROBINETTE,<sup>(10)</sup> informa que nos Estados Unidos da América o "National Center for Hearing Assessment and Management" (NCHAM) registrou 120 programas de detecção precoce da DA infantil em 1995.

Centenas de programas de detecção precoce da DA infantil (nos EUA) têm demonstrado que a triagem auditiva neonatal é eficiente na identificação de perdas auditivas congênitas e seu custo é razoável.<sup>(9)</sup>

Este trabalho foi desenvolvido em um hospital particular de Santa Maria/RS, onde foi implantado programa de triagem auditiva neonatal por meio de Emissões Otoacústicas. Os dados apresentados referem-se ao primeiro ano de funcionamento do programa.

O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento e as atitudes das mães em relação à triagem auditiva neonatal.

## MATERIAL E MÉTODO

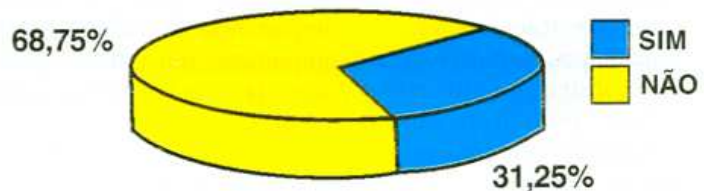
Foram entrevistadas 240 mulheres com filhos recém-nascidos na maternidade de um hospital particular em Santa Maria, RS, onde foi implantado programa de triagem auditiva neonatal.

Procurou-se saber se elas tinham conhecimento sobre a possibilidade e a importância de triar a audição do bebê ainda na maternidade, se concordariam com a realização da triagem e, em caso negativo, o motivo da discordância.

## RESULTADOS

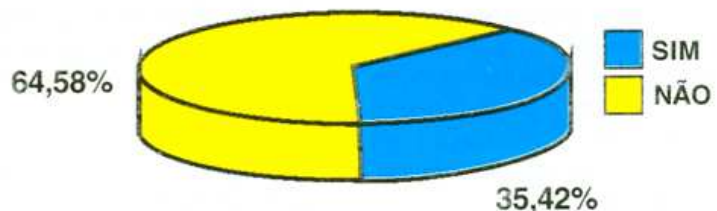
O Gráfico 1 expõe a distribuição das mulheres estudadas quanto ao conhecimento sobre a possibilidade e importância de triar a audição de bebês.

**GRÁFICO 1 - Distribuição de 240 mulheres quanto ao conhecimento da possibilidade e importância de triar a audição de bebês.**



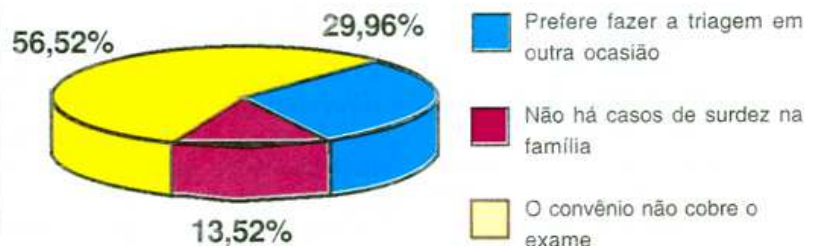
O Gráfico 2 expõe a distribuição da mostra estudada quanto à concordância ou não para realizar triagem auditiva em seu bebê.

**GRÁFICO 2 - Distribuição de 240 mulheres quanto ao consentimento para que seus bebês fossem submetidos à triagem auditiva neonatal.**



O Gráfico 3 mostra os motivos apontados por 207 mães que não concordaram com a realização da triagem auditiva em seus bebês.

**GRÁFICO 3 - Motivos que levaram 207 mães a discordar da realização da triagem auditiva em seus bebês.**



## DISCUSSÃO

É reduzido o número de mães que têm conhecimento a respeito da possibilidade e importância de testar a audição do bebê ainda na maternidade (31,25%), o que demonstra necessidade de divulgar amplamente este assunto.

Sabe-se que o papel dos pais na detecção precoce da DA infantil é preponderante. NÓBREGA<sup>(5)</sup> referiu que em 72% dos casos os pais foram as primeiras pessoas a suspeitar da surdez. Deste modo, é fundamental divulgar informações aos pais sobre cuidados com a audição a fim de realizar o diagnóstico precoce de uma possível alteração auditiva.

Fonoaudiólogos, neonatologistas, pediatras, e obstetras, entre outros profissionais, podem e devem orientar os pais quanto à importância da triagem auditiva neonatal universal. Os programas de detecção precoce da DA infantil devem incluir informações aos pais.

Conforme LYON; LYON<sup>(4)</sup>, dentre os fatores que determinam o diagnóstico tardio da DA está a falta de informação entre os pais e os profissionais que atuam com crianças. Assim, salienta-se a atuação conjunta de fonoaudiólogos, neonatologistas, pediatras e obstetras na orientação aos pais, enfatizando a importância e recomendando a realização da triagem auditiva no período neonatal. Segundo CHAPCHAP<sup>(1)</sup>, a presença diária do audiologista no berçário e o envolvimento de pediatras, enfermeiros e pais são a chave para o bom andamento de um programa de triagem auditiva neonatal.

TOCHETTO DE OLIVEIRA et al.<sup>(8)</sup> pesquisaram as atitudes de pediatras em relação à audição infantil. Constataram que 96,77% da amostra estudada tem conhecimento adequado sobre a possibilidade e importância da triagem auditiva neonatal.

No presente estudo, a reduzida porcentagem de pais corretamente informados sobre este assunto sugere que os profissionais não estão agindo

de acordo com o conhecimento demonstrado. Deste modo, salienta-se a necessidade da atuação mais efetiva dos profissionais que trabalham diretamente com pais e bebês recomendando a triagem auditiva neonatal.

Considerando o importante papel dos pais para o diagnóstico precoce da DA<sup>(5)</sup>, e o conhecimento adequado nesta área demonstrado por pediatras<sup>(8)</sup>, concorda-se com ZAPALA<sup>(11)</sup>, segundo o qual pais e profissionais devem estabelecer parceria em benefício da criança. Os pontos fundamentais para que isto aconteça são: conhecer a importância da audição (se não for importante por que se preocupar com ela?); conhecer sinais e sintomas da deficiência auditiva infantil; saber a quem encaminhar a criança para avaliação auditiva; e, finalmente, querer que a criança seja avaliada.

Verificou-se que 64,58% dos pais entrevistados não permitiu a realização da triagem auditiva em seu bebê. Os motivos apontados com maior frequência foram: o convênio não dá cobertura para este procedimento (56,52%), não há pessoas surdas na família (13,52%). Outros pais negaram a autorização alegando que gostariam de realizar o exame em outra oportunidade (29,96%).

O procedimento recomendado para triagem auditiva neonatal<sup>(3)</sup> e disponível no hospital onde este estudo foi realizado é a análise de Emissões Otoacústicas. De fato, os convênios existentes na cidade de Santa Maria/RS, não dão cobertura para este procedimento. Reduzido número de pais (35,42%) se dispuseram a arcar com custo da triagem auditiva.

Constata-se a necessidade de mobilização dos profissionais e dos conveniados para que os procedimentos de triagem auditiva sejam incluídos entre os que são cobertos pelos convênios.

O fato de não haver pessoas surdas na família foi apontado como

motivo para a não realização da triagem auditiva em 13,52% da amostra estudada. De fato a causa apontada com maior frequência por homens e mulheres de classe social média é a hereditariedade<sup>(8)</sup>, sendo esta responsável por 21% dos casos de DA<sup>(5)</sup>. Segundo PROCTOR; PROCTOR<sup>(7)</sup>, a DA hereditária é comum, ocorrendo em 1:2000 e 1:6000 recém-nascidos vivos.

Segundo o JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING<sup>(3)</sup>, a história familiar de disacusia neuro-sensorial na infância é apenas um dos vários indicadores de risco para a DA. Este Comitê também salienta que em aproximadamente 50% dos casos de DA a causa não é conhecida, motivo pelo qual a triagem auditiva deve ser universal.

Frente a estes dados verifica-se que é preciso esclarecer a população também a respeito das causas de DA.

## CONCLUSÕES

Constatou-se que a implantação da triagem auditiva neonatal universal esbarra nos seguintes obstáculos:

1. pais desinformados sobre a importância deste cuidado com o bebê;
2. falta de comprometimento com a audição por parte dos profissionais ligados ao bebê e aos pais no momento do nascimento, ou seja, obstetras, neonatologistas e pediatras;
3. o fato de os convênios não cobrirem a análise de Emissões Otoacústicas.

---

\*Fonoaudióloga, Mestre em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana, Professora Adjunto do Departamento Otorrino-Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS.

\*\*Alunas do Curso de Fonoaudiologia da UFSM.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHAPCHAP, M.J. et al. Transition toward universal newborn Hearing screening. In: INTERNATIONAL CONGRESS OF AUDIOLOGY, 24, 1998, Buenos Aires. Abstracts. Buenos Aires; s. ed., 1998. p. 31.
2. CHAPCHAP, M.J. et al. Universal newborn hearing screening and transient evoked otoacoustic emissions: new concepts in neonatology/nursery. In \_\_\_\_\_. p.32.
3. JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. 1994 Position Statement. Pediatrics, v. 95, n. 1, p. 152-156, january, 1995.
4. LYON, M. & LYON, D. Early detection of hearing loss: a follow-up study. Canadian J. Publ. Health, v. 77, n. 3, p. 221-224, 1986.
5. NÓBREGA, M. Aspectos diagnósticos e etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes. São Paulo, 1994. Tese (Mestrado em Distúrbio da Comunicação Humana) – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina.
6. PAGNOSSIM, D.F.; TOCHETTO DE OLIVEIRA, T.M. Comparação das informações que pais de diferentes classes sociais têm sobre audição. Pró-Fono, v. 10, n. 1, p. 8-16, março, 1998.
7. PROCTOR, C.A. & PROCTOR, B. (1967) apud NORTHERN J. & DOWNS, M.P. (1991). Medical aspects of hearing loss. In: \_\_\_\_\_. Hearing in children, Baltimore, Williams and Wilkins, 1991, p. 89.
8. TOCHETTO DE OLIVEIRA, T.M. et al. Atitudes de médicos pediatras em relação à audição infantil. Pediatria Atual, setembro, 1998 [prelo].
9. WHITE, K.R. Five years after the NIH consensus conference. Sound Ideas. v. 2, n. 2, p. 1 e 9, april, 1998.
10. WHITE, K.R. & ROBINETTE, M.S. Universal newborn hearing screening (UNHS) in the United States. In: INTERNATIONAL CONGRESS OF AUDIOLOGY, 24, 1998, Buenos Aires. Abstracts. Buenos Aires; s. ed., 1998. p.7.
11. ZAPALA, D. Universal hearing screening: observations from the trenches. Sound Ideas, v. 2, n. 2, p. 4-7, april, 1998.

**FONO  
AUDIO  
LOGIA**  
**Brasil**

Assine a revista que vai ser o seu  
guia de atualização e conhecimento!

ASSINE

ASSINE

ASSINE

ASSINE

ASSINE

Ligue:  
**(061) 226-1213**

# AVALIAÇÃO PERCEPTIVA E QUANTITATIVA DA VOZ NA TERCEIRA IDADE

Adriana Feijó\*  
Fabiana Estrela\*\*  
Miriam Scalco\*\*\*



## Unitermos: voz, senescência, terceira idade

### RESUMO:

O presente estudo teve como objetivo avaliar o comportamento vocal de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos. A amostra deste estudo constou de 42 sujeitos, 24 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Através de análise perceptiva e avaliação quantitativa da voz desses indivíduos, obteve-se os seguintes resultados: a queixa vocal mais referida foi cansaço ao falar; o padrão articulatorio normal foi o mais freqüente entre as mulheres, enquanto nos homens foi a imprecisão articulatória; houve predomínio de ressonância laringo-faríngea em ambos os sexos; o ataque vocal isocrônico mostrou-se na maior parte dos sujeitos; o tipo vocal rouco foi o mais freqüente em ambos os sexos; observou-se diminuição da resistência vocal; obteve-se *pitch* grave nas mulheres e *pitch* normal e agudo nos homens; os tempos máximos de fonação e o fluxo aéreo expiratório máximo mostraram-se reduzidos; e verificou-se aumento da intensidade vocal média. Os resultados deste trabalho demonstraram a necessidade de estabelecer-se padrões normativos para os parâmetros vocais da população senil, pois observou-se modificações destes em relação aos dados normativos para indivíduos adultos. Tal fato deve ser levado em consideração quando avalia-se a voz de idosos, a fim de proporcionar-lhes um atendimento mais efetivo.

### SUMMARY:

The objective of the present work was to study the vocal behavior of individuals with 65 years of age or more. The sample of this study consisted of 42 subjects, which 24 were females and 18 were males. The vocal evaluation consisted of the following data: anamnesis; quantitative measures (maximum phonation time (MPT), maximum expiratory peak flow (MEPF) and vocal intensity) and qualitative (perceptive evaluation of the voice). As results, the pitch obtained was low in women, and normal/high in men; normal articulation pattern was observed in the female subjects; and inaccurate articulation was prevalent in men. We observed that the larynx-pharyngeal resonant focus was the most frequent in both sex. The aspirated vocal attack was observed in most of the females and males subject. In relation to the voice type, hoarse voice was the most observed one in both sex. The MPT (maximum phonation time) and MEPF (maximum expiratory peak flow) was reduced when compared with the standartized values. We observed elevated values of vocal intensity. With all these data, we can conclude the relevance of trying to establish certain standard values considering the phonation process of individuals with 65 years of age or more, once men in his ontogenetic development suffers anatomofunctional modifications of his phonatory system, and in this way those parameters should be taken in consideration when we are evaluating the voice of these individuals.

## INTRODUÇÃO

**No Brasil** o índice de indivíduos com idade superior a 65 anos tende a aumentar significativamente nos próximos anos, o que leva a necessidade de estudar os parâmetros vocais normais da população idosa a fim de poder-se atuar de modo mais efetivo junto a esses indivíduos. No decorrer do desenvolvimento do ser humano muitas modificações são observadas do ponto de vista físico, psico-emocional e conseqüentemente vocal.

**A literatura** refere características vocais em indivíduos idosos, tais como: aumento da frequência fundamental nos homens (Mysac<sup>(29)</sup>; Hollien & Shipp<sup>(16)</sup>; Hollien<sup>(14)</sup>; Behlau & Pontes<sup>(4)</sup>); manutenção ou redução da frequência fundamental

nas mulheres Hollien & McGlone<sup>(15)</sup>; Kahane<sup>(18)</sup>); a qualidade vocal apresenta aspereza Case<sup>(7)</sup>, soproidade Linville et al.<sup>(22)</sup>; Ptacek & Sander<sup>(31)</sup>; Case<sup>(7)</sup>, rouquidão Ptacek & Sander<sup>(31)</sup> e tremor Linville & Korabic<sup>(21)</sup>; Case<sup>(7)</sup>; redução dos tempos máximos de fonação Mueller<sup>(27)</sup>; Hollien<sup>(14)</sup>; Santos<sup>(35)</sup>; Behlau & Pontes<sup>(4)</sup>, o que gera frases mais curtas e necessidade constante de recarregamento de ar; aumento do grau de nasalidade Andrews<sup>(1)</sup>; redução na intensidade da voz Ptacek et al.<sup>(32)</sup>; Segre<sup>(36)</sup>; Hollien<sup>(14)</sup>. A tessitura vocal encontra-se diminuída Ptacek et al.<sup>(32)</sup>; Colton & Casper<sup>(8)</sup> tornando a qualidade vocal monótona. Observa-se aumento das pausas articulatórias e

redução na velocidade de fala (Behlau & Pontes<sup>(4)</sup>). A imprecisão articulatória (Ryan & Burk<sup>(33)</sup>; Andrews<sup>(1)</sup>), alteração da ressonância (Linville<sup>(20)</sup>) e do ataque vocal (Ryan e Burk<sup>(33)</sup>; Segre<sup>(36)</sup>; Andrews<sup>(1)</sup>) também são parâmetros descritos como alterados na voz presbifônica.

**A partir das** descrições acima e sabendo-se a importância que o processo de comunicação exerce sobre a qualidade de vida das pessoas, o presente estudo teve como objetivo avaliar o comportamento vocal de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, através de avaliação quantitativa e análise perceptiva da voz.

## MATERIAL E MÉTODO

A população desta pesquisa é proveniente de clínicas geriátricas, grupos de terceira idade da Associação Cristã de Moços e do Ginásio Tesourinha, e indivíduos não-pertencentes a grupos específicos que se enquadraram nos critérios de inclusão do trabalho.

Foram examinadas 42 pessoas, sendo 18 do sexo masculino e 24 do sexo feminino, com idade média de 77,67 anos e 71,02 anos, respectivamente. Os critérios de inclusão dos sujeitos no trabalho foram: condições de saúde geral adequadas, idade igual ou superior a 65 anos, não fumante, sem antecedentes cirúrgicos laríngeos, sem patologias de vias respiratórias, e que não fossem profissionais da voz cantada.

Os instrumentos utilizados na presente pesquisa foram: protocolo para Avaliação Vocal; gravador e microfone de lapela da marca AIWA; fitas cassete SONY; cronômetro CASIO; medidor de fluxo aéreo expiratório ASSES; decibelímetro da marca RADIO SHACK (cat. nº 32-2055).

A avaliação constou dos seguintes dados: anamnese; medidas quantitativas (tempos máximos de fonação (TMF), fluxo aéreo expiratório máximo (FAEM) e intensidade vocal) e qualitativas (avaliação perceptiva da voz).

Os TMF foram medidos através de um cronômetro da marca CASIO, solicitando-se ao indivíduo que emitisse a vogal /a/ pelo maior tempo possível após inspiração profunda. O mesmo foi

solicitado para a emissão das vogais /i/, /u/ e das fricativas /s/, /z/.

A medida do fluxo aéreo expiratório máximo (*Peak Flow*) foi realizada, com e sem oclusão de narinas, solicitando-se ao sujeito que expirasse todo o ar na embocadura do tubo do medidor ASSES, realizando uma expiração máxima.

A avaliação perceptiva da voz foi efetuada por dois profissionais especialistas em voz, a partir de uma amostra de fala do sujeito (contagem de números, dias da semana, meses do ano, Parabéns a Você e fala espontânea), observando-se parâmetros da qualidade vocal, tais como: ataque vocal, articulação, ressonância, *pitch*, intensidade, e, posteriormente, estabelecendo-se o tipo vocal.

A mensuração da intensidade vocal foi obtida através de um decibelímetro digital da marca RADIO SHACK (cat. nº 32-2055), posicionado a aproximadamente trinta centímetros da boca do indivíduo, com o avaliador na lateral do instrumento. Solicitou-se ao sujeito que emitisse um /a/ prolongado no seu padrão de voz habitual quanto à frequência e à

intensidade, que dissesse os dias da semana e contasse de 1 a 10 no seu padrão de voz habitual. Esta medida foi realizada em ambientes com nível de ruído ambiental entre 50 e 53 dB.

Para avaliar a resistência vocal, solicitou-se ao indivíduo que contasse de 100 a 1, e verificou-se como a contagem foi realizada quanto à qualidade vocal, dinâmica

respiratória, articulação, velocidade, frequência, intensidade e ressonância empregadas.

Posteriormente, os dados foram analisados estatisticamente através da prova  $\chi^2$ . Os resultados do questionário e da análise perceptiva da voz são apresentados em porcentagem e os da avaliação quantitativa como média  $\pm$  desvio padrão.

## RESULTADO

Houve um alto índice de queixas vocais em falantes idosos com distribuição similar entre os sexos, em 54% das mulheres e 50% dos homens. As demais queixas vocais apresentadas encontram-se na fig. 1.

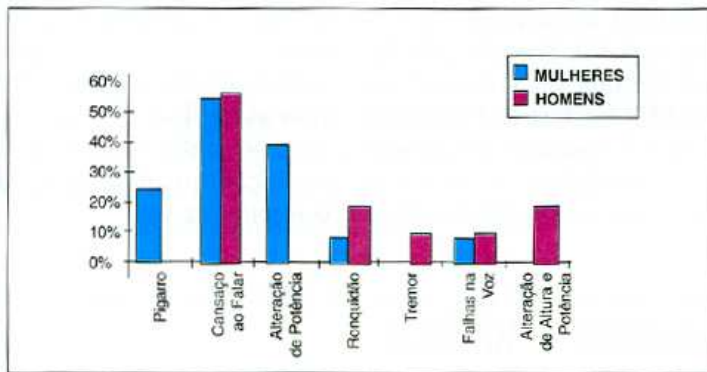


Fig. 1. Prevalência de queixas vocais em falantes idosos

Quanto às condições de saúde geral, o distúrbio auditivo mostrou-se como o mais freqüente nos sujeitos de ambos os sexos. Este foi referido por 88,88% dos homens e 41,66% das mulheres.

O uso de próteses dentárias foi observado em 50% dos sujeitos do sexo feminino e em 67% do masculino.

Observou-se o padrão articulatorio normal como prevalente nos indivíduos do sexo feminino e a imprecisão articulatoria como mais freqüente nos homens (fig. 2).

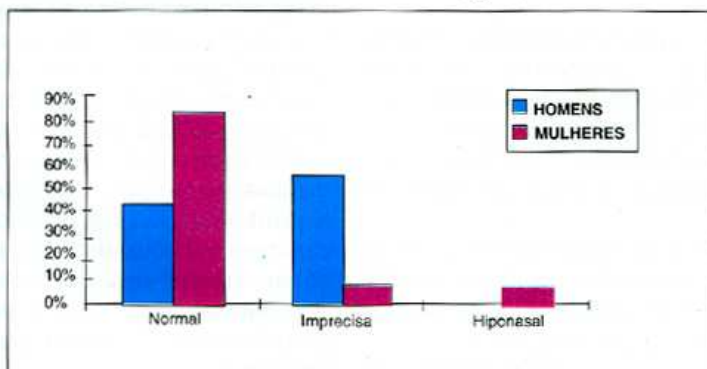


Fig. 2. Tipos Articulatorios  
Qui-quadrado = 55,07  
P < 0,01

Quanto ao sistema ressonantal, observou-se a tendência a um foco baixo, laringo-faríngeo, em ambos os sexos (fig. 3).

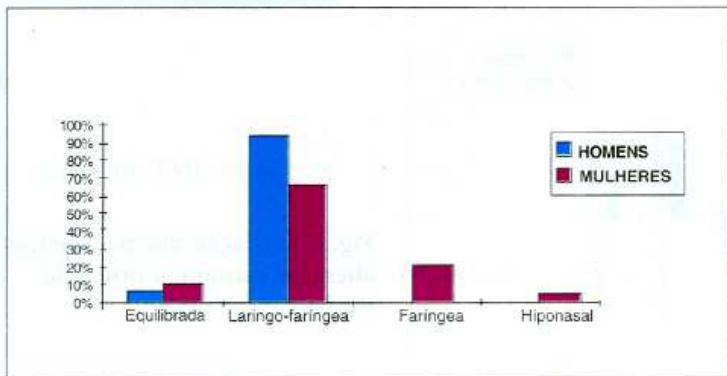


Fig. 3. Distribuição quanto ao tipo de Ressonância  
Qui-quadrado = 30,34  
P < 0,01

No que refere-se ao ataque vocal, encontramos a prevalência do isocrônico em ambos os sexos (fig. 4).

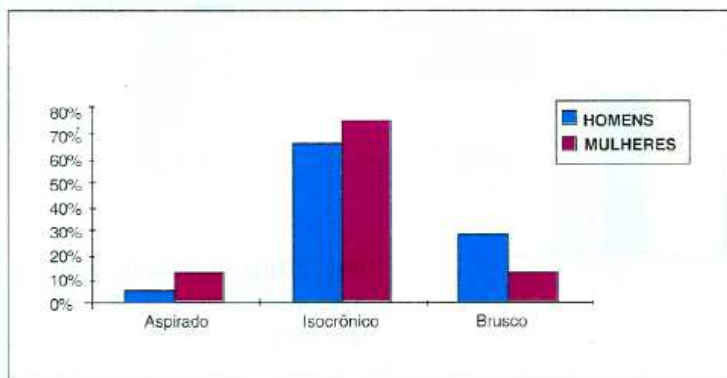


Fig. 4. Distribuição do tipo de ataque vocal  
Qui-quadrado = 7,29

O tipo vocal rouco foi encontrado com maior frequência nos sujeitos de ambos os sexos (fig. 5).

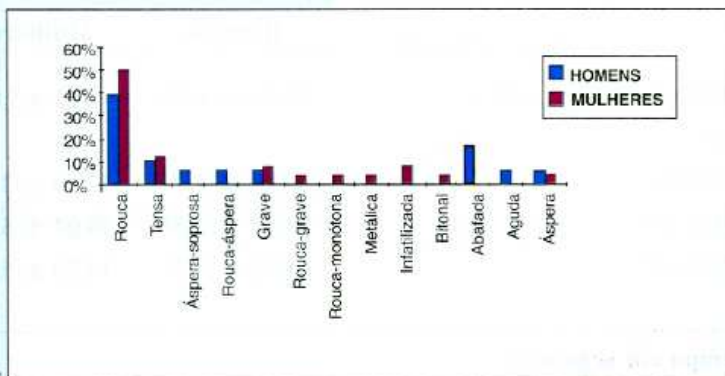


Fig. 5. Prevalência do tipo de Qualidade Vocal  
Qui-quadrado = 30,34  
P < 0,01

A fig. 6 apresenta aspectos relacionados à resistência vocal dos indivíduos avaliados, onde observa-se uma diminuição significativa da mesma durante a execução da prova.

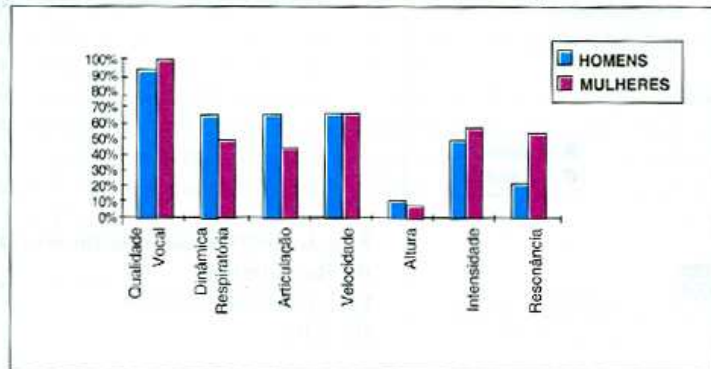


Fig. 6. Avaliação dos parâmetros alterados durante a prova de Resistência Vocal

No que diz respeito ao *pitch*, o mais freqüente entre os sujeitos do sexo feminino foi o grave, e entre os do sexo masculino encontrou-se agudo e normal (fig. 7).

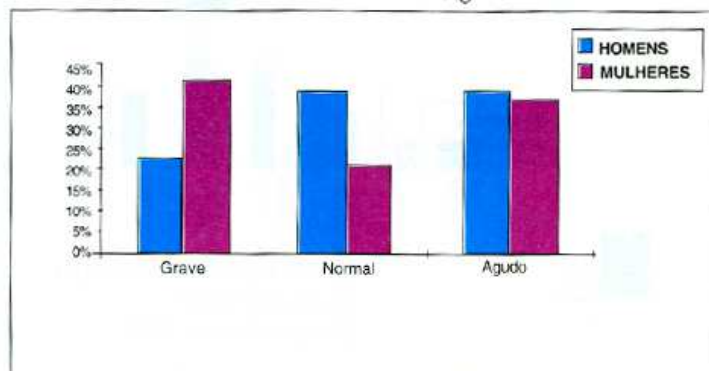


Fig. 7. Distribuição do *Pitch*  
Qui-quadrado = 11,39  
P < 0,01

Na tabela 1 estão descritos os achados quanto à média dos valores de TMF, em segundos.

Tabela 1. Valores de TMF de vogais

	Homens	Mulheres
Média do TMF de /a/, /i/ e /u/*	15,30 ± 6,06	13,62 ± 5,24
TMF /a/*	14,44 ± 5,99	12,50 ± 4,84
TMF /i/*	16,11 ± 6,88	14,04 ± 5,83
TMF /u/*	16,05 ± 6,31	14,50 ± 5,05

Tabela 1.  
Valores de TMF de vogais

\*Tempo em segundos

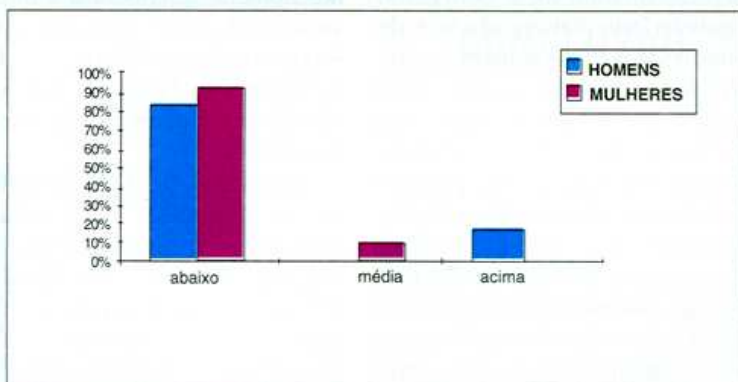
Na tabela 2 estão descritos os TMF de /s/ e /z/, em segundos e a relação s/z.

**Tabela 2.**  
Valores de TMF de /s/ e /z/

	Homens	Mulheres
TMF /s/*	12,42 ± 4,97	12,52 ± 5,46
TMF /z/*	12,64 ± 4,45	13,96 ± 5,87
Relação s/z	0,97 ± 0,16	0,91 ± 0,22

\*Tempo em segundos

De acordo com os resultados desta pesquisa, observou-se uma redução do fluxo aéreo expiratório máximo em ambos os sexos (fig. 8).



**Fig. 8. Fluxo Aéreo Expiratório Máximo**

Observou-se valores médios de intensidade vocal que enquadram-se em níveis de I.V. forte para ambos os sexos.

**Tabela 3.**  
Valores de Intensidade Vocal

Intensidade Vocal	Homens	Mulheres
em fonação sustentada da vogal /a/*	70,03 ± 3,61	72,33 ± 4,39
durante a fala encadeada*	68,86 ± 3,43	70,54 ± 3,91

Intensidade Vocal em decibéis (dB).

## DISCUSSÃO

Observou-se um alto índice de queixas vocais em falantes idosos com distribuição similar entre os sexos. A queixa vocal mais freqüente nos sujeitos foi o cansaço ao falar seguido por alteração na potência e pigarro. Esses aspectos podem estar relacionados com a menor eficiência biomecânica de todo o sistema, que ocorre após os 65 anos de idade (Andrews (1); Behlau & Pontes (4); Hirano & Sato (13) e Casper & Colton (6)). Segundo Ptacek & Sander (11), os falantes idosos podem tomar consciência de sua menor eficiência vocal e exercer esforços extras para alcançar uma produção vocal mais adequada. A associação da redução do tônus muscular geral citado por Andrews (1) à fraqueza e atrofia da musculatura laríngea contribuindo para a incompetência glótica observada por Bach, Lederer & Dinolt (3), Segre (36), Honjo & Isshiki (17), Kahane (18), Kahane (19), Linville, Skarin & Fornatto (22) e Aronson (2), e a perda de ar durante a fonação indicam, segundo Ryan & Burk (33), um relevante componente fonatório ou laríngeo sensível aos efeitos da idade. Tais modificações anátomo-fisiológicas predispoem, de acordo com Kahane (18), os indivíduos senescentes a adotarem estratégias inapropriadas quanto ao uso da voz na busca de adaptação. A inter-relação desses fatores pode justificar as queixas vocais referidas nesta amostra.

Quanto ao tipo articulatorio, houve prevalência do padrão normal na maioria das mulheres deste estudo. Nos homens, a articulação imprecisa mostrou-se como a mais freqüente. Este achado pode ser correlacionado com o uso de próteses dentárias, que é observado em 67% dos homens e citado por Andrews (1) como um dos fatores que causam impacto no uso da voz.

Alterações da acurácia da fala do idoso em várias tarefas e imprecisão articulatória são referidas por Ryan & Burk (33) e Perello (30). Constatou-se uma articulação mais estável no sexo feminino. Hollien (14) e Kahane (19) colocam que a voz feminina tende a permanecer mais estável até uma idade mais avançada.

Quanto ao sistema ressonantal, observou-se a tendência a um foco baixo, laringo-faríngeo, em ambos os sexos. Linville (20) associa a modificação do foco de ressonância com alterações que ocorrem nas dimensões do trato vocal, bem como no padrão articulatorio da voz de mulheres idosas. Esse achado sugere, segundo o mesmo autor, uma relação com alterações nas dimensões do trato vocal e/ou variações sistemáticas nos padrões articulatorios com o envelhecimento.

Quanto ao ataque vocal, encontramos a prevalência do tipo isocrônico em ambos os sexos, o que difere do que é descrito na literatura como o predominante, ou seja, o tipo aspirado (Segre (36); Ryan & Burk (33); Linville, Skarin & Fornatto (22); Andrews (1)).

Na análise perceptiva da voz obteve-se o tipo de voz rouco como o mais freqüente para sujeitos de ambos os sexos, como foi referido por Ptacek & Sander (11); Honjo & Isshiki (17); Mueller (27); Andrews (1).

Quanto à resistência vocal, observou-se diminuição significativa da mesma durante a execução da prova em todos os sujeitos do sexo feminino e 94,44% dos sujeitos do sexo masculino. Tal achado é referido por Andrews (1).

No que diz respeito ao nível do *pitch*, encontrou-se uma leve tendência à emissão grave entre as mulheres. Já nos homens, observou-se *pitch* normal e agudo como os mais freqüentes. Bach, Lederer &

Dinolt (3) relatam que modificações da musculatura laríngea contribuem para efeitos no *pitch* vocal. Os achados quanto ao nível do *pitch* em mulheres concordam com os resultados encontrados por Kahane (18), que refere uma tendência do *pitch* vocal das mulheres tornar-se mais baixo com a idade. No entanto, Hollien & McGlone (15), Honjo & Isshiki (17), Kahane (18), e Aronson (2) relatam a inexistência de diferenças significativas entre falantes femininas jovens e idosas no que se refere a este parâmetro vocal. No que diz respeito aos homens, a tendência a um *pitch* vocal agudo com o aumento da idade é confirmada por Mysac (29), Hollien & Shipp (16), Honjo & Isshiki (17), Mueller (27), Hollien (14), Kahane (19) e Aronson (2).

Os valores de TMF encontrados nesta pesquisa apresentam-se reduzidos quando comparados aqueles referidos por Behlau & Pontes (4) como padrão normativo para adultos da cidade de São Paulo. No entanto os resultados observados são citados nas pesquisas de Casper & Colton (8) com indivíduos idosos, e encontram-se levemente acima daqueles referidos por Mueller (27), o qual associa a redução com o avanço da idade.

No que diz respeito aos valores médios de TMF de /s/ e de /z/, estes mostraram-se reduzidos em relação a faixa de distribuição média de 15 a 25 s citada por Behlau & Pontes (4) para indivíduos adultos. As médias da relação entre /s/ e /z/ são maiores do que aquelas apresentadas por Casper & Colton (8), mas encontram-se em torno de 1, o que é considerado normal e esperado para adultos de diferentes idades (Behlau & Pontes (4) e Casper & Colton (8)).

De acordo com resultados desta pesquisa, o fluxo aéreo expiratório máximo (FAEM) mostrou-se reduzido

em ambos os sexos. Segre<sup>(36)</sup>, Murray<sup>(28)</sup>, Timiras<sup>(37)</sup>, Hollien<sup>(14)</sup>, McArdle, Katch & Katch<sup>(23)</sup> e Santos<sup>(35)</sup> referem redução da capacidade expiratória com o avanço da idade.

No que refere-se à intensidade vocal, os resultados desta pesquisa mostraram uma média de I.V. forte para ambos os sexos, tanto para fonação sustentada quanto para fala encadeada, quando comparados àqueles referidos por Behlau & Pontes<sup>(4)</sup> e Casper & Colton<sup>(6)</sup> como normativos para este parâmetro. Acredita-se que tal achado aconteça em decorrência da

presbiacusia, a qual interfere no feed-back da voz e com isso o idoso pode aumentar a sua intensidade vocal como uma compensação da perda auditiva. Neste trabalho não foram realizadas avaliações audiológicas, mas 88,88% dos sujeitos do sexo masculino e 44,44% dos sujeitos do sexo feminino referiram apresentar algum distúrbio auditivo. Ryan & Capadano<sup>(34)</sup> ressaltam que pessoas idosas com perda auditiva podem apresentar uma intensidade vocal mais forte do que indivíduos jovens. Outro fator importante, que pode justificar tal fato, é o processo

de adaptação à presbilaringe favorecendo o aumento da intensidade vocal.

Mills<sup>(25)</sup> constatou que níveis de ruído de 60 a 65 dB freqüentemente requerem do falante um aumento do nível de intensidade vocal e gera esforço para a produção da voz, portanto um ruído ambiental com níveis inferiores ao referido não interfere nos níveis de intensidade vocal utilizados pelo falante. Nesta pesquisa, a medida de intensidade da voz foi realizada em ambientes com nível de ruído ambiental entre 50 e 53 dB.

## CONCLUSÃO

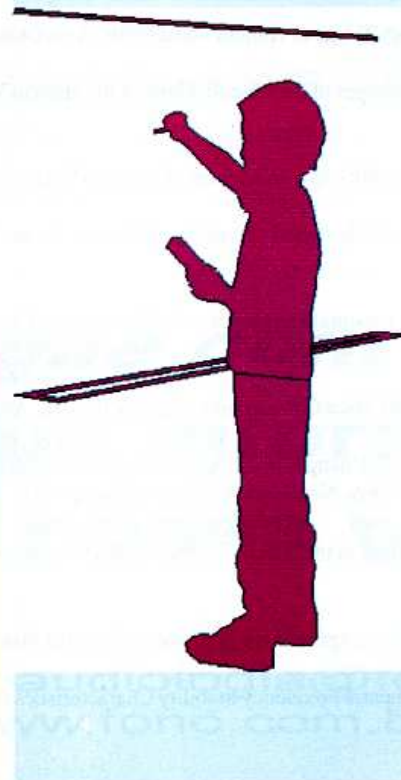
Os resultados referentes a diferenças nos parâmetros vocais tais como: articulação, *pitch*, ressonância e qualidade vocal foram estatisticamente significantes quando comparados entre homens e mulheres.

A alta prevalência de queixas vocais em falantes idosos leva-nos a refletir sobre a necessidade de uma atuação mais direta junto a essa população, buscando a maximização da função vocal e um processo de comunicação mais efetivo.

Neste estudo pode-se observar

### Agradecimentos

- Associação Cristã de Moços de Porto Alegre;
- Grupo de Terceira Idade do Ginásio Municipal de Esportes Osmar Chaves Barcelos;
- Asilo de Mendicidade Padre Caciue;
- SPAAN;



que os parâmetros vocais normais de indivíduos senis apresentam-se de modo diferente dos dados normativos utilizados com a população adulta, provavelmente devido a adaptações relacionadas às modificações anátomo-funcionais ocorridas durante o processo de envelhecimento. Tais resultados demonstram uma demanda por novos estudos que visem a estandarização de dados normativos para a população idosa, pois, caso contrário, pode-se considerar uma voz senescente como patológica.

\*Fonoaudióloga-Especialista em Voz pelo CEV/CFFa/SP, Aluna do Mestrado em Medicina – Clínica Médica -UFRGS, Porto Alegre-RS.

\*\*Fonoaudióloga Especializanda em Voz pelo CEV /SP

\*\*\*Fonoaudióloga Especialista em Voz, Professora da Disciplina de Qualidade Vocal III do Curso de Fonoaudiologia da ULBRA, Porto Alegre-RS

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 ANDREWS, M.L. Manual of Voice Treatment Pediatrics Through Geriatrics. San Diego, Califórnia: Singular Publishing Group, 1995.
- 2 ARONSON, AE. Clinical Voice Disorders An Interdisciplinary Approach. New York: Thieme Medical Publishers, 1990.(3aed.)
- 3 BACH, A C. et al. Senile Changes in the Laryngeal Musculature. Archives of Otolaryngology, v. 34, p. 47-56, 1941.
- 4 BEHLAU, M.; PONTES, P. Avaliação e Tratamento das Disfonias. São Paulo: Lovise, 1995.
- 5 BERQUÓ, E. Algumas Considerações Demográficas sobre o Envelhecimento da População no Brasil. Anais do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século". Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.
- 6 BOONE, D.R.; McFARLANE, S.C. A Voz e a Terapia Vocal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 7 CASE, J.L. Clinical Management of Voice Disorders. Texas: Pro-ed, 1996.
- 8 CASPER, J.K.; COLTON, R.H. Compreendendo os Problemas da Voz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- 9 CHODZKO, WJ et al. Cardiovascular and Pulmonary Performance and Sensory Deterioration in Aging. Gerontologist, v. 25, p. 215, 1985.
- 10 GUIMARÃES, R.M. O Processo do Envelhecimento como Campo de Investigação. Anais do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século". Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.
- 11 HIRANO, M.; BLESS, D.M. Videostroboscopic Examination of the Larynx. California: Singular Publishing Group Inc., 1993.
- 12 HIRANO, M. et al. Aging of the Vibratory Tissue of Human Vocal Folds. Acta Otolaryngol (Stockh), v. 107, p. 428-433, 1989.
- 13 HIRANO, M.; SATO, K. Age-related Changes of the Macula Flava of the Human Vocal Fold. Annal Otol Rhinol Laryngol, v. 104, p. 839-844, 1995.
- 14 HOLLIEN, H. Old Voices: What do we really know about them? Journal of Voice, v. 1, p. 2-17, 1987.
- 15 HOLLIEN, H.; McGLONE, R. Vocal Pitch Characteristics of Aged Women. Journal of Speech and Hearing Research, v. 6, n. 2, p. 164-170, June 1963.
- 16 HOLLIEN, H.; SHIPP, T. Speaking Fundamental Frequency and Chronologic Age in Males. Journal of Speech and Hearing Research, v. 15, p. 155-159, 1972.
- 17 HONJO, I.; ISSHIKI, N. Laryngoscopic and Voice Characteristics of Aged Persons. Archives Otolaryngol., v. 106, p. 149-150, 1980.
- 18 KAHANE, J. C. Anatomic and Physiologic Changes in the Aging Peripheral Speech Mechanism. In: BEASLEY, D. S., DAVIS, G. Aging Communication Process and Disorders. New York: Grune e Stratton, 1981.
- 19 KAHANE, J. C. Connective Tissue Changes in the Larynx and their Effects on Voice. Journal of Voice, v. 1, p. 27-30, 1987.
- 20 LINVILLE, S. Acoustic-perceptual Studies of Aging Voice in Women. Journal of Voice, v. 1, n. 1, p. 44-48, 1987.
- 21 LINVILLE, S; KORABIC, E.W. Fundamental Frequency Stability Characteristics of Elderly Women's Voices. Journal Acoust. Soc. Am., v. 81, n. 4, p. 1196-9, April, 1987.

- 22 LINVILLE, S. et al. The Interrelationship of Measures Related to Vocal Function, Speech Rate and Laryngeal Appearance in Elderly Women. *Journal of Speech and Hearing Research*, v. 32, p. 323-330, June 1989.
- 23 McARDLE, W.D. et al. *Fisiologia do Exercício*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
- 24 MEYERSON, M. The Effect of Aging on Communication. *Journal Gerontol*, v. 31, p. 29-38, 1976.
- 25 MILLS, J.H. Noise and Children: A review of Literature. *Journal Acoustic Soc. Am.*, v. 58, p. 767-779, 1975.
- 26 MORRISON, M.D.; GORE-HICKMAN, P. Voice Disorders in the Elderly. *Journal Otolaryngol (Canadá)*, v. 15, n. 4, p.231-234, 1986.
- 27 MUELLER, P.B. Voice Characteristics of Octagenarian and Nonagenarian Persons. *Ear, Nose and Throat Journal*, v. 61, p. 33-37, 1982.
- 28 MURRAY, J.F. Aging. In: *The Normal Lung: the Basis for Diagnosis and Treatment of Pulmonary Disease*. Philadelphia; Saunders, 1976.
- 29 MYSAC, E.D. Pitch and Duration Characteristics of Older Males. *Journal of Speech and Hearing Research*, v. 2, n. 1, p. 46-54, March, 1959.
- 30 PERELLO, J. Characteristics of the Elderly Voice. *Aging Communication Bull Audiophonol*, v. 16, p. 103-114, 1983.
- 31 PTACEK, P.B.; SANDER, E.K. Age Recognition from Voice. *Journal of Speech and Hearing Research*, v. 9, p. 273-277, 1966.
- 32 PTACEK, P.H. et al. Phonatory and related Changes with Advanced Age. *Journal of Speech and Hearing Research*, v. 9, p. 353-360, 1996.
- 33 RYAN, W.J.; BURK, K.W. Perceptual and Acoustic Correlates of Aging in the Speech of Males. *Journal of Communication Disorders*, v. 7, p. 181-192, 1974.
- 34 RYAN, W.J.; CAPADANO, H.L. Age Perception and Evaluative Reactions Toward Adult Speakers. *Journal Gerontol*, v. 33, p. 98-102, 1978.
- 35 SANTOS, J.F. Envelhecimento Normal Implicações Clínicas. *Revista ARS CVRANDI Clínica Médica*, v. 29, n. 4, p. 14-26, 1996.
- 36 SEGRE, R. Senescence of the Voice. *The Eye, Ear, Nose and Throat Monthly*, v. 50, p. 62-68, 1971.
- 37 TIMIRAS, P.S. Biological Perspectives on Aging. *American Science*, v. 68, p. 605-612, 1978.

***Navegue com a Fono  
e fique informado  
sobre a nossa profissão***

E-mail: [fonoaudiologia@fono.com.br](mailto:fonoaudiologia@fono.com.br)  
[www.fono.com.br](http://www.fono.com.br)

# FONOAUDIOLOGIA E TOTALIDADE

## Uma Visão Transdisciplinar

*Wanda Rodrigues da Motta\**

*Giovanna Marques Mazzoni\*\**

### RESUMO:

O texto se propõe a dar uma visão transdisciplinar ao profissional de Fonoaudiologia. Não podemos mais ignorar as mudanças de paradigma nas outras Ciências e que tanto nos afetam.

A totalidade é vista no Universo, no Homem, nas Ciências.

As autoras trilharam caminhos diferentes, buscando encontrar a "arte do fazer fonoaudiológico". Com formações distintas, procuraram harmonizar seus conhecimentos, no intuito de despertar em cada leitor, o desejo de ampliar seus horizontes.

Esperamos que o texto contribua de maneira efetiva, para reflexão sobre a formação de uma postura vista sob a ótica da totalidade. Traçando um novo perfil profissional, estaremos situando a Fonoaudiologia, no contexto globalizante no qual o mundo se encontra.

### SUMMARY:

The text aims at giving an "transdisciplinary" view to the Speech Therapy Professionals. We can no longer ignore the changes of paradigm in other sciences and which affect us so much.

Wholeness is seen in the Universe, in Mankind and in Sciences.

The authors followed different paths, pursuing the "art of Speech Therapy practice". Holding different backgrounds, they focused on harmonizing their knowledge with the objective of creating in each reader the desire of broadening their vision.

We do hope the text contributes effectively to reflexion upon the building posture, seen from a wholeness angle. Setting a new professional profile, we will be able to place Speech Therapy in the globalizing setting, in which the world operates at this time.

Os povos antigos, como os egípcios, chineses, hindus e judeus já haviam feito referências à existência e ao uso da **energia vital**, sendo por eles nomeada diferentemente. Esse conhecimento contribuiu para que mais tarde os filósofos gregos (Hipócrates, Heráclito, Tales, Aristóteles e outros) também fizessem referências a essa energia.

Hahnemann, em seus estudos, afirmava que a saúde do corpo se devia ao livre movimento dessa

energia vital. A partir desse conceito, criou a homeopatia.

Goethe perguntava a si mesmo: "- Há síntese maior que o ser vivo?" Resumia, nesta questão, a essência da noção em que está apoiada a medicina psicossomática: a **unidade indivisível do ser humano**.

No início do século, Sigmund Freud, estudando profundamente o psiquismo humano, recorre ao existencialismo (teoria fenomenológica), que respeita fundamentalmente, a **unidade do sujeito**.

Freud passa a chamar de libido a energia que transita no soma e no psiquismo. Freud parte da premissa de que o ego é antes de mais nada um ego corporal.

Wilhelm Reich, seu discípulo, acreditava numa energia específica que, envolvida no processo vital, se manifestava nos níveis psicológico, biológico, físico e emocional. Esta energia, ligada a estruturas físicas, como órgãos e tecidos (sobretudo os musculares) e representada nas formações psíquicas, especialmente

nos traços de caráter.

Os bloqueios a esse fluxo de energia aparecem como tensões musculares, chamadas por Reich de "courças". As contrações musculares podem ser interpretadas, também, em termos energéticos.

Ao reprimirmos nossas emoções, nosso corpo se tenciona, o que, de certa forma, seria uma manobra para diminuir o sofrimento, quer seja por uma frustração, uma humilhação, uma perda... Com o corpo amortecido e inacessível ao sofrimento, surgem os distúrbios psicossomáticos. Ao percebermos nossas tensões no corpo, a primeira manifestação é de dor. Em muitas pessoas, a sensação de dor física é a primeira revelação dos conflitos emocionais. A partir da consciência e elaboração de seus conflitos, as pessoas se sentem muito mais livres na expressão de suas emoções, principalmente as prazerosas.

Verifica-se que o pensamento de Reich afasta-se da Psicanálise, o que o coloca como pioneiro da Psicoterapia Corporal.

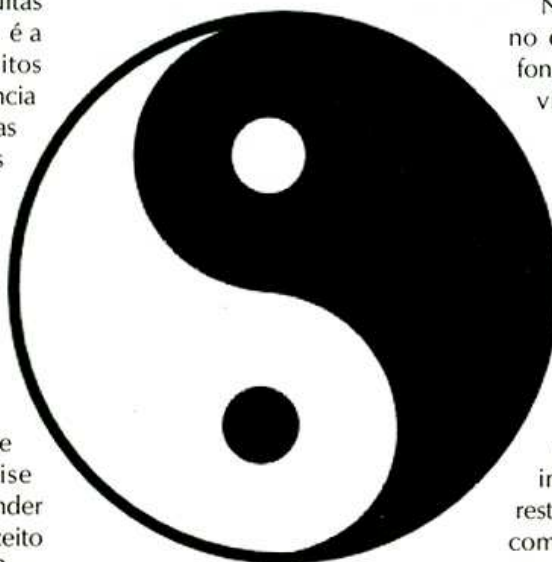
Originando-se do trabalho de Reich, surge a Análise Bioenergética, criada por Alexander Lowen, que segue o mesmo conceito energético de Reich. Para compreendermos a personalidade e o caráter de uma pessoa é importante considerar a quantidade de energia que possui e como usa esta energia. A vitalidade de seu organismo, como se apropria de seu corpo, o contato que estabelece com a realidade, a capacidade de expressar-se, são, entre outros, enfoques de uma **visão bioenergética**. É importante frisar que a Bioenergética tem na sexualidade a sua grande temática, assim como os trabalhos de Freud e de Reich.

Na Física, as mudanças também não são menores. De

Newton (modelo mecanicista) a Einstein (com a relatividade) e, mais recentemente, a **Física Quântica**, houve uma verdadeira revolução na Física Moderna.

Fritjof Capra (1980), através de seus livros, nos traz uma nova visão da realidade, envolvendo transformações em todas as ciências. Faz um paralelo das antigas tradições místicas com a Física do nosso século.

Marilyn Ferguson (jornalista), no mesmo ano que Capra, atua como observadora participante dos processos de mudança dos paradigmas (nova mentalidade) das ciências da atualidade. Fala-nos de



um "renascimento americano em todas as disciplinas, derrubando as divisões entre elas, modificando-as em seus limites mais distantes, onde todas convergem".

Com Sabetti, essa revolução nos leva à redescoberta do senso de **totalidade**, que tanto afeta a compreensão do Universo, como os nossos conceitos de saúde e de doença. Ocorre um retorno ao conhecimento detido pelos povos antigos.

"A **totalidade** é um campo vibratório que traz ordem, harmonia e integração à vida através da

energia vital. Manifesta-se no corpo, como saúde; no emocional, como amor; nos relacionamentos humanos, como harmonia; e, no espiritual, como alma." (SABETTI,1991). Trata-se de um movimento da energia vital, uma espiral de evolução que nos leva a transcender o mundo pessoal de cada indivíduo e a atingir a consciência universal.

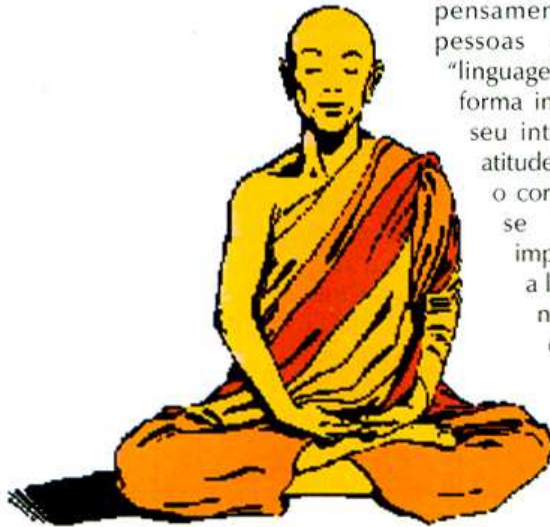
Com a Fonoaudiologia, não poderia ser diferente. Ela vem delineando o seu perfil como ciência. A formação profissional, o fazer fonoaudiológico, modificaram-se muito nos seus vinte anos de existência.

Não devemos nos deter, apenas, no diagnóstico de uma patologia fonoaudiológica. Temos que ter uma visão mais abrangente do indivíduo.

Procuramos, através desta **visão holística** do entrelaçamento das Ciências, acrescentar ao atendimento terapêutico, um enfoque corporal total e um novo enfoque ao relacionamento terapeuta / cliente.

Pode-se observar que o que acontece na primeira infância é determinante para o resto da vida do indivíduo. O bebê começa a se conhecer através do corpo da mãe. A relação mãe e filho é o primeiro investimento afetivo entre a criança e o outro, através do prazer e do desprazer. Ao experimentar o prazer da mãe em seu corpo, ela vai depender do outro para estruturar sua imagem corporal. **"O nosso corpo não é nada sem o corpo do outro, cúmplice de sua existência"** (MORIZOT,1986).

Numa relação terapêutica há um processo de sintonia ocorrendo, proporcionando mais vida para ambos. Winnicott chama de "espaço potencial" àquele em que duas pessoas atuam criativamente. Quando chegamos à verdadeira relação, estamos lidando com o amor,



totalmente com palavras seus pensamentos, faz com que as pessoas também falem com a "linguagem do corpo", que é a forma inconsciente de revelar o seu interior. Observando suas atitudes, é possível perceber que o corpo informa mais do que se possa imaginar. O importante é averiguar o que a linguagem não verbal está nos "dizendo" e ter o cuidado e o respeito necessários para lidar com reações tão distintas e carregadas de emoções.

A pessoa que apresenta distúrbios de comunicação, de um

modo geral, acha-se envolvida por uma gama de sentimentos, que podem revelar ansiedade, frustração, culpa, rejeição, entre outros.

com a verdadeira comunicação coração-coração. O terapeuta compartilha sua experiência de vida, ao mesmo tempo que o cliente assimila determinados conhecimentos. É um processo íntimo de troca de energias. Podemos dizer que uma relação terapêutica acontece, quando o papel atribuído a um é aceito pelo outro e vice-versa, estabelecendo-se um **vínculo**. Esse papel nos dá consciência de quem somos e, quando aceitamos quem somos, podem ocorrer profundas mudanças em nós mesmos, enquanto que as relações têm mais chance de se tornarem verdadeiras.

O fonoaudiólogo lida com estes sentimentos no seu dia-a-dia, nos diversos locais onde atua. Estar consciente de suas próprias emoções e aprender a lidar com elas é tão importante quanto a disponibilidade para a escuta e para o afeto. Se não houver, por parte do profissional, a consciência e a percepção aguçadas para os sinais que seu cliente comunica através de atitudes e gestos, poderá perder uma boa oportunidade de intervenção. No fazer fonoaudiológico, lidamos todo o tempo com o corpo (nas propostas de movimento, relaxação, respiração, voz, linguagem) e, conseqüentemente, com os bloqueios energéticos ali contidos. A fala reflete e reforça o que se passa energeticamente no corpo. Expressões como: "- A voz não saiu!", "- Estou com um nó na garganta!", "- Tenho um bolo no estômago!" são muito frequentes. Quando ouvimos a fala, observamos a expressão facial, a atitude corporal e a voz, com suas nuances. A **dimensão corporal total**

não deve ser perdida. Quando mobilizamos o corpo, com exercícios corporais e respiração profunda, evocamos sentimentos guardados, abrindo portas para um novo ser e um novo sentir.

Cabe ao terapeuta fazer esta leitura não verbal, para que a comunicação com o cliente seja mais abrangente. A posição do corpo no espaço, como se mantém de pé, como se movimenta, ajudam a revelar seus problemas e conflitos.

Em geral, os movimentos podem ser espontâneos ou controlados. Quanto mais vitalidade possui uma pessoa, mais espontâneos serão seus movimentos. Quando o movimento espontâneo envolve o corpo todo, flui de modo gracioso, integrado com sua expressão emocional. Na ausência de movimento, há ausência de sentimento.

Uma pessoa compulsiva tem medo de perder o controle de seus movimentos. Já a impulsiva é incapaz de manter esse controle, por isso, "corre antes de ter medo, chora antes de ser magoada, ataca antes de ser ameaçada." (BOADELLA, 1992)

A postura do corpo nos mostra a postura diante da vida.

A respiração é de primordial importância nos trabalhos fonoaudiológicos, fisioterápicos e psicoterápicos de linha corporal.

Podemos dizer que a maior parte das pessoas não sabe respirar. Não é fácil percebermos onde, como e quando ela está impedida. O simples movimento de inspiração e expiração tornam-se complexos, ao observarmos o quanto o ritmo e a intensidade da respiração interferem na saúde e no bem estar geral. A respiração é usada na Yoga, na meditação, na relaxação, pois restaura e equilibra os sistemas neuro-vegetativo e energético.

A profundidade da respiração afeta a profundidade do sentir. Respirando superficialmente, reduzimos sensações e sentimentos. A respiração curta denota

ansiedade, enquanto a dificuldade respiratória severa pode levar ao pânico. Como sabemos, distúrbios de atenção e de aprendizagem podem vir acompanhados de problemas respiratórios.

Quando a respiração é harmoniosa causa expansão, abertura e sensação de liberdade.

A musculatura relaxada é carregada de energia, a contraída move-se pouco até ser novamente recarregada. Daí a importância da relaxação e da respiração no nosso trabalho.

Quanto mais lidamos com a respiração, mais importância damos a ela. Através dela nos sentimos, nos percebemos, nos relaxamos, nos alinhamos e nos gostamos.

A leitura corporal nos levará a uma correlação voz/personalidade.

A voz indica como nos relacionamos com o mundo.

Nas situações da vida diária, não costumamos dar importância ao tom de voz da pessoa que está nos comunicando, apenas nos interessamos pela comunicação em si. Os próprios profissionais de saúde deveriam estar tão atentos ao que é dito quanto ao que "não é dito". Na modulação da voz, no tom, no timbre, teremos uma demonstração dos sentimentos de quem fala.

A "voz presa" poderá revelar que a pessoa está "fechada em concha", não utilizando suas potencialidades. A "voz com esforço vocal" revela tensão e um grande nível de auto-exigência. A "voz que permanece infantil" pode indicar resistência ao crescimento ou baixa auto-estima. O inibido apresenta uma "voz fraca". A análise subjetiva da voz é de grande ajuda, mas não é suficiente para corrigi-la.

As pessoas sem fluência, atropelam, gesticulam, pestanejam, dispáram, freiam, aos solavancos, na ânsia de serem compreendidos e aceitos na sua peculiar maneira de falar.

Observando pessoas que falam

sem articular bem as palavras, com os dentes cerrados, vamos verificar que há bloqueios na mandíbula, apontando para uma contenção. Podemos traduzir como raiva não expressa, energia sexual retida, uma dificuldade de se abrir para o mundo...

Já verificaram a quantidade de crianças com sigmatismo, que, ou são "filhos únicos", ou os "caçulas", projetando a língua e sinalizando:

"- Estou aqui! Me olhem!?"

Um olhar mais abrangente, que possa associar o que o cliente mostra ( sintoma ) ao que o cliente sente, vai enriquecer o processo terapêutico. Assim, não vamos tocá-lo só com as mãos, mas, com o nosso olhar, com a nossa fala, com a cumplicidade do silêncio. E ao tocá-lo "no aqui e agora", aceitando seu ritmo e suas possibilidades, ajudamos a trazer à consciência, essa leitura da linguagem corporal.

A escuta atenta do terapeuta e sua disponibilidade corporal criam um elo afetivo, mola mestra do sucesso terapêutico.

#### Uma visão transdisciplinar...

"Reduzir o corpo a um conjunto organizado de músculos, ossos, nervos e vasos seria o mesmo que reduzir uma planta a raiz, caule, folhas e flores... O corpo seria tudo isso e mais: a luz, a seiva, a sombra, o tremor das folhas ao balanço do vento. "

Simonne Ramain. (THIERS, 1998)

O homem usa e transforma o que o mundo lhe dá. A realidade é a organização da vida, dando forma a si própria. Como humano que é, conecta-se com as camadas da existência do mundo conhecido e desconhecido, do micro ao macrocosmo do Universo.

Ele atua em vários níveis: no **físico** – conecta-se com a realidade, com o agir

e o mover-se; no **emocional** – liga-se com o sentir, com todos os seu afetos; no **mental** – sintoniza o conhecimento, o saber; no **espiritual** – abraça sua fé e o **energético** está presente em todos os níveis.

A energia que circula no corpo humano é a mesma que circula no Cosmos. O movimento do Universo é constante e sua ordem não é estática, mas, dinâmica. Todos os acontecimentos estão interligados, numa relação de causa e efeito.

Todos nós, seres humanos, somos afetados diretamente, cabendo-nos grande parte da responsabilidade, pelo o que ocorre no Universo. Somos dotados de múltiplas potencialidades das quais usamos uma ínfima parcela. Quanto mais ampliarmos a nossa visão, mais aptos estaremos a unir o **saber**, o **sentir**, o **intuir**, transformando o **fazer** em "arte".

Procuramos perceber a relação terapeuta/cliente sob um aspecto mais amplo, acreditamos que uma Fonoaudiologia reeducativa, tendendo a desvalorizar a relação interpessoal, torna-se insatisfatória. O olhar fonoaudiológico direcionado apenas para a patologia em si, é limitado.



No entanto, para chegarmos a uma visão mais abrangente, temos que dar “saltos” e ver o Homem na sua totalidade.

O “salto” deve ser iniciado na própria formação profissional, transformando a visão reeducativa numa mais criativa e transformadora do ser humano.

A Fonoaudiologia utiliza-se do conhecimento de outras ciências no sentido de enriquecer a sua prática, numa perspectiva mais abrangente, captando dessa forma uma nova

um cliente e das modificações ocorridas durante a sua terapia, foi atraída pelo método Raimon. Fez a formação e, mais uma vez, o corpo e o emocional foram vividos de um modo intenso. Durante mais de dez anos, trabalhou com grupos de crianças e de adolescentes. Iniciou a formação de adultos. Leu autores como Melanie Klein, Freud, Jung, Rogers, Reich e Lowen. Fez curso de Controle da Mente. Iniciou análise (terapia verbal), ao mesmo tempo em que trabalhava o corpo com

Françoise Desobeau, que, com sua escuta gentil, sua disponibilidade silenciosa e seu vocabulário composto de termos como “corpo a corpo” e “diálogo tônico”, a fez interessar-se pela psicomotricidade. As aulas de expressão corporal, “tai-chi-chuan” e exercícios bioenergéticos substituíram, apropriadamente, a ginástica. Os cursos de massagem biodinâmica, zen-shiatzu, música orgânica, ajudaram a integrar as leituras sobre budismo, psicologia centrada na pessoa e formas alternativas de auto-conhecimento. Participou da 1ª turma do Grupo de Apreensão e Consolidação Terapêutica (GACT) com Beatriz Saboya, sua mestra até hoje, e ao completá-lo, titulou-se psicomotricista (reconhecida formalmente pela SBTP). Atualmente, Giovanna está cursando o 4º ano de formação em Análise Bioenergética na Sociedade de Análise Bioenergética do Rio de Janeiro (SABERJ).

Wanda e Giovanna percorreram caminhos diversos, mas deu-se um encontro rico para ambas, cada uma com sua bagagem pessoal. Foi a partir da experiência pessoal e profissional de cada uma, que nasceu o desejo de escrever o artigo. Ambas concordam que **“só faz sentido o que é sentido”**. Comprometidas com a própria saúde, com a idéia do ser integral, acreditam no valor de um trabalho contínuo. Conhecer-se... É uma jornada sem fim...



essência do sentir e do saber fonoaudiológico.

Não devemos ter uma visão compartimentalizada do saber. Os saberes complementam-se, entrelaçam-se, permitindo-nos ver a unidade na multiplicidade.

Dessa forma, delinea-se o perfil da Fonoaudiologia, como **“arte”**.

#### Como nos revelamos...

**Wanda Motta**, através dos anos, trabalhou seu corpo e suas emoções. Quando criança, fez Reorganização Neurológica. Na adolescência, fez Yoga, o que a levou a ler sobre respiração, postura, “prana”, “chakras” e aura. Fez meditação por longos anos. Mais tarde, através de

Gerry Marezki, na Corpo-Análise. Leu ainda Capra, Gaiarsa, Ferguson, Therèse Bertherat, Pierre Weil. De certa forma, ao vivido corporalmente, sempre havia um correspondente na literatura. Fez shiatzu e pôde sentir em seu corpo, a energia fluir, com a liberação de suas tensões.

**Giovanna Mazzoni** decidiu cursar Fonoaudiologia, no início dos anos 80, por tratar-se de uma área humana. Nessa época, procurava decifrar seus conflitos, no divã de sua psicanalista, por onde transitou, até acordar definitivamente para a intensa busca do conhecimento do seu próprio corpo. Nas vivências em relaxação e terapia psicomotora, conheceu

\*Fonoaudióloga, Formação em Raimon, Professora Titular do Curso de Fonoaudiologia da Escola Superior de Ensino Helena Antipoff, Especialista em Linguagem pelo CFFa.

\*\*Fonoaudióloga, Psicomotricista, cursando o 4º ano de Formação em Análise Bioenergética, na Sociedade de Análise Bioenergética do Rio de Janeiro.

**Bibliografia:**

- BERGER, Yvonne. Viver o seu corpo – por uma pedagogia do movimento. 1ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1981. 160 p.
- BERTHERAT, T. & BERNSTEIN, C. O Corpo tem suas razões- Antiginástica e consciência de si. 7 ed. São Paulo: 1983. 219 p.
- BOADELLA, David. Correntes da Vida.- uma introdução à biossíntese. São Paulo: Ed. Summus,1992. 198 p.
- \_\_\_\_\_. Nos Caminhos de Reich. 2 ed. São Paulo: Ed Summus, 1985. 339 p.
- CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação. São Paulo: Ed. Cultrix,1982. 431 p.
- FERGUSON, Marilyn. A Conspiração Aquariana. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1980 . 431p.
- GAIARSA, José A. Couraça Muscular do Caráter. São Paulo: Ed. Ágora Ltda.,1984. 271 p.
- GAIARSA, José A Respiração e Circulação. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987. 297 p.
- LEVY, Ronald, Só Posso Tocar Você Agora. 2 ed. São Paulo: Ed. Brasiliense. 1977. 165 p
- LOWEN, Alexander. A Espiritualidade do Corpo. São Paulo. Ed. Cultrix. Ltda., 1990.229 p
- \_\_\_\_\_. O Corpo em Terapia. São Paulo: Ed. Summus,1977.
- \_\_\_\_\_. Prazer- uma abordagem criativa da vida. São Paulo: Ed Summus, 1984. 230 p.
- MORIZOT, Regina. O Corpo do Terapeuta. IN: III Congresso Brasileiro e 1º Seminário Internacional de Psicomotricidade. UFRGS. Porto Alegre, Julho 1986.
- REICH, Wilhelm. A função do Orgasmo. 17 ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1992. 318 p.
- RIPER, Charles V.; LON EMERICK. Correção da Linguagem – uma introdução à patologia da fala e à audiolgia. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. P.3 a 38 .
- ROGERS, C. Tornar-se pessoa. São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1982. 357 p.
- SABETTI, Stephano. O Princípio da Totalidade – uma análise do processo da energia vital. São Paulo: Ed. Summus,1991, 318 p.
- THIERS, Solange. Sociopsicomotricidade- uma leitura emocional, corporal e social. 2 ed. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 1998, 166 p.
- WEIL, P; TOMPAKOW,R. O Corpo Fala – a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 9 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1979. 279 p.
- WINNICOTT, D.W. O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda., 1975. 203 p.

**Anuncie na revista  
FONOAUDIOLOGIA BRASIL.  
Garanta o seu espaço!**

**Ligue:  
(061) 226-1213**

# Estudo de Caso Clínico: Aspectos do Letramento e Alfabetização em Quadro Neurogênico

Ana Paula Machado Goyano Mac-Kay, MS\*

Cláudia Maria Queiroz\*\*

Dra. Leda V. Tfouni\*\*\*

**Unitermos:** doença de Alzheimer, envelhecimento, linguagem, discurso, letramento e alfabetização.

## RESUMO:

Este estudo de caso único tem por objetivos analisar a perspectiva de um sujeito idoso-analfabeto e com doença de Alzheimer-sobre seu discurso oral, tendo como perspectiva a concepção de letramento e alfabetização conforme Tfouni (1995), e os aspectos do discurso letrado oralizado e do papel da intervenção fonoaudiológica na construção das tarefas pelo sujeito.

## ABSTRACT:

This study aims to present a brief analysis of the oral discourse of a subject with Alzheimer's disease, by his standard point of view, based on Tfouni's theory of liberacy (1995). It also shows the role speech and language pathologist on the subject's construction the tasks.



O envelhecimento populacional, que vem ocorrendo em quase todo o mundo, pode ser observado no Brasil dada a redução das taxas de mortalidade e natalidade. O crescente interesse dos profissionais da área de Saúde pela senescência tem gerado pesquisas centradas na busca de um conhecimento mais sustentável. Castro (1993) afirma a importância de se considerar o lugar de onde se fala sobre a senescência, ou seja, qual o ponto de vista do campo do saber humano adotado para falar sobre esta fase da vida. Estabelecer este lugar significa apontar para o que é relevante nas questões relativas ao sujeito idoso, visto que as problematizações emergem segundo uma série de

noções e pressuposições sobre o tema. A autora ressalta que a compreensão do idoso está permeada por valores e representações que são atribuídos ao envelhecimento como processo biológico, cultural e político.

Um maior número de ações na Saúde e na Educação vem sendo implementado dentro de órgãos e instituições públicas e privadas com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso. Neste sentido amplo, situam-se as investigações científicas sobre o aumento do número de indivíduos com demência, visto ser este um quadro que atinge populações de mais idade, representando um problema que afeta não só o doente mas, sua família e cuidadores. A perda de memória, a eventual queda da qualidade de vida, as dificuldades nas relações comunicativas, a necessidade de um cuidador

especial e as despesas financeiras são alguns dos fatores que devem ser considerados quando se discutem os cuidados relativos à pessoa portadora de demência.

Neste trabalho, nossa intenção se situa, em primeiro lugar, na análise do ponto de vista de um sujeito senescente, com quadro de demência do tipo Alzheimer, sobre sua condição de comunicação, estabelecendo relações com o fato de não ser alfabetizado e, no estudo da interpenetração do discurso escrito no discurso oral, marcas de seu discurso letrado. Algumas considerações teóricas sobre o quadro clínico da demência (e suas relações com a linguagem), o letramento e a alfabetização são pertinentes porque compõem parte dos temas nucleares para a interpretação adotada.

A demência atinge de 6% a 20% das pessoas que vivem em casas de repouso, asilos e outros. Para Hedge (1994) ela pode ser considerada como uma síndrome neurológica adquirida, associada com persistente e progressiva deterioração das funções intelectivas. Em 10% a 20% dos casos observa-se reversibilidade. Com etiologia bastante variada, o seu diagnóstico deve ser definido a partir de dados médico-clínicos e de dados sobre os distúrbios em pelo menos três das seguintes funções: memória, habilidades viso-espaciais, emoção/personalidade, linguagem e cognição.

A lesão cerebral associada à demência é do tipo difusa. Níveis intelectuais normais podem preceder o quadro, aspecto que o distingue das funções intelectuais limitadas congenitamente; inclui deterioração em várias áreas do funcionamento intelectual e da comunicação de forma bastante heterogênea, sendo este um dos



sinais para o diagnóstico diferencial com as afásias.

A doença de Alzheimer (DA) é a causa mais freqüente da demência (com incidência de 1/100, por ano, na população idosa). A DA é mais freqüente em mulheres e tem o seu risco aumentado por associação ao envelhecimento, história familiar, síndrome de Down e história de traumatismo craniano e etc...Cambier, Masson & Dehen (1988) pontuam que a DA caracteriza-se clinicamente por deterioração intelectual progressiva, com predominância nas funções simbólicas-do tipo afásicas-desde períodos iniciais. Em testagem em pacientes com DA, foram encontrados aspectos lingüísticos normais com déficits mais consistentes no sistema semântico e nas funções pragmáticas. Segundo Bayles e Booné (1992) a pessoa apresenta perda progressiva das funções de linguagem e cognitivas. Rolak (1995) refere que a maioria dos indivíduos apresenta dificuldades em achar palavras (o que pode causar problemas na fala espontânea) e alguns casos desenvolvem problemas expressivos graves, chegando ao mutismo.

Na clínica fonoaudiológica os sinais descritos em Mac-Kay (1996)

incluem, entre outros: déficits de raciocínio, dificuldades em lidar com ambigüidade lingüística, decrescente sensibilidade ao contexto comunicativo, dificuldade em lidar com aspectos específicos do discurso (ex: inferência, referência), dificuldade em descrever verbalmente, dificuldade na reprodução de estória, dificuldade na nomeação com significado, déficits no conteúdo da linguagem com preservação de sua forma, conhecimento semântico e pragmático afetado antes do fonológico e sintático e definição mais afetada que nomeação. Tais dificuldades afetam sobremaneira as relações comunicativas do sujeito, interferindo em suas atividades de AVD e sociais.

O fonoaudiólogo clínico ao analisar o paciente com hipótese de quadro da demência faz uso de provas que envolvem os seguintes aspectos da comunicação: memória verbal e não-verbal, raciocínio lingüístico (silogismo simples),

fluência, compreensão auditiva, repetição, leitura, escrita, praxias orais, nomeação e linguagem espontânea. Muitas destas tarefas têm como pressuposto um sujeito alfabetizado mas, por outro lado, como afirma Bucki (1995), a taxa de analfabetos na faixa etária superior a 60 anos é de 68,7% (segundo senso realizado pelo IBGE/1990). Surge, neste momento, uma questão: qual a mais adequada forma para se resolver o aparente conflito entre a constatação de uma população-com alto índice de analfabetismo - estar envelhecendo e o fato das testagens para diagnóstico diferencial utilizarem instrumentos que pressupõem um sujeito alfabetizado?

A literatura nos apresenta diversos estudos que investigaram possíveis relações entre a influência do grau de escolaridade na performance de testes neuropsicológicos com provas de comunicação e linguagem (Lecours e al., 1987; Ardila e al., 1989; Brayne, 1990; Jagger, Clarke, Anderson & Battcock, 1992; Bertolucci, 1994; Brucki, 1995). Brucki (1995) conclui, em sua pesquisa, há um desempenho muito variável entre os sujeitos analfabetos saudáveis nos resultados do Mini Exame Mental (MEM) e, ao mesmo tempo, alto índice de heterogeneidade nos resultados dentro de um mesmo sub-teste do MEM. A autora verificou que no sub-teste "leitura" foram encontradas diferenças significativas porque alguns sujeitos do grupo superior foram capazes de executar a tarefa, apesar de seu analfabetismo. Bertolucci e al. (1994) comentam que seus resultados indicam o nível educacional como fator importante na determinação do desempenho no MEM sugerindo o uso de mais de um escore para estudos com população heterogênea.

Nos aventuramos a propor que a maioria dos autores usa o termo analfabetismo/nível educacional relacionado ao sentido restrito,



etnocêntrico, vinculado ao conceito de alfabetização como fase de duração marcada e que termina quando a pessoa domina as habilidades de codificar e decodificar os símbolos gráficos da escrita-enquanto código-, a eles atribuindo significado. Podemos sugerir, também, que há nesta teoria ( que parece ser adotada por vários autores da Neuropsicologia) uma relação implícita entre alfabetização e escolarização. Face aos trabalhos que demonstram a necessidade do estabelecimento de correlações entre alfabetização e performance nos testes, acreditamos que seria oportuno assumir outra perspectiva teórica, que contemple a alfabetização enquanto processo. Tfouni (1995) afirma que do ponto de vista sociointeracionista, a alfabetização-enquanto processo individual-não se completa nunca pois a sociedade está em contínuo processo de mudança, que a atualização individual para acompanhar essa mudança é constante e que, talvez, seja melhor não falar em alfabetização simplesmente, mas em graus ou

níveis de alfabetização.

Tomando esta proposta como referencial teórico, vamos considerar o letramento como fator que topicaliza os aspectos sócio-históricos da aquisição de um sistema escrito por uma sociedade. Conforme argumenta a autora, são letrados todos os indivíduos que vivem em um sociedade letrada, sejam eles alfabetizados ou não; o iletrado não é nem sinônimo de analfabeto nem a antítese de letrado porque existem graus de letramento, graus de conhecimento sobre as práticas sociais letradas, que permitem maior ou menor participação nas práticas letradas. Para se conseguir um grau mais elevado de letramento a pessoa deve aprender os fins da leitura e da escrita (utilidade social e prática) e não somente ser alfabetizado.

Este enfoque se opõe à visão etnocêntrica, que admite que as práticas letradas pertencem a pessoas que sabem ler/escrever e que passaram por uma escola (pois é nela que se aprende a ler e escrever=ser alfabetizado). Cumpre ressaltar que tais práticas letradas teriam e trariam maior prestígio no âmbito social. Tal ponto de vista compreende, ainda, a escrita como necessária para o desenvolvimento do raciocínio lógico, para a inferência, para o desenvolvimento de abstrações mais complexas, ou seja, as de níveis cognitivos superiores. Por outro lado, as pesquisas efetuadas por Tfouni esclarecem que os não alfabetizados podem ter desenvolvimento e competência cognitivos para descentrar o raciocínio e resolver conflitos e contradições, demonstrando que não estaria na escrita a explicação para a sua não existência e sim no fato de ser - ou não - letrada a sociedade em que vivem estes sujeitos e na sofisticação das comunicações, dos modos de produção, das demandas cognitivas pelas quais passa uma sociedade em sua totalidade quando se torna letrada (aspectos que influenciarão alfabetizados ou não).

A visão etnocêntrica, também chamada de autônoma, considera a alfabetização como causa do desenvolvimento econômico, das habilidades cognitivas, e o letramento como parte da civilização, do progresso, da liberdade individual e mobilidade social. Tais aspectos fazem parte dos significados contidos na visão de muitos analfabetos quando falam de si e do fato de não saberem ler e escrever (concorrendo para o sentido de "perda" vinculado ao analfabetismo), impedindo que se percebam como autores de textos, pessoas capazes de estruturar e organizar seu discurso oral.

Com a intenção de contribuir para a análise da linguagem em pessoas com DA, estaremos: em primeiro lugar, analisar o ponto de vista do sujeito sobre sua condição de não alfabetizado, diante de tarefas envolvendo linguagem escrita, e observar a presença de indícios de "perda" ou "ser menos" decorrente do analfabetismo; em segundo lugar, analisar a interpenetração do discurso escrito no discurso oral de nosso sujeito, mostrando que a função autor não é prerrogativa apenas para aqueles que aprendem a ler e escrever, mas, antes, é função ligada a um tipo de discurso-o discurso letrado- que, sendo social e historicamente constituído é acessível também àqueles que não dominam o código escrito.

Optamos pôr um estudo de caso único, parte de um projeto de pesquisa com idosos desenvolvido no Hospital Beneficência Portuguesa de Santos/Residencial, com apoio do CEFAC/SP, durante o ano de 1997. O contexto de coleta dos dados foi bastante informal, em situação aberta. O corpus foi colhido em cinco sessões gravadas (obedecendo a disponibilidade do nosso sujeito). As tarefas propostas constam da estrutura do projeto de pesquisa e compõem parte dos procedimentos fonoaudiológicos de análise de linguagem em pacientes idosos.

Tarefa 1	Teste Bachy de memória
Tarefa 2	Avaliação motora da fala de M. Cray*
Tarefa 3	Teste de repetição**
Tarefa 4	Texto para leitura***
Tarefa 5	Avaliação da motricidade oral
Tarefa 6	Mini exame mental
Tarefa 7	Relato de estória a partir de figura****

\*Traduzido com permissão do autor pela Fga. A. P. Mac-Kay  
 \*\* Fonte: teste de Reabilitação das Afasias Rio de Janeiro  
 \*\*\* Fonte: teste Tipiti  
 \*\*\*\* Fonte: teste de Afasia de Boston

O corpus foi transcrito segundo as normas NURC/USP e foi designado P para pesquisadora e L para sujeito da pesquisa (idoso residente).



#### Descrição do sujeito e do residencial:

D. Marta é uma senhora na faixa dos 80 anos, analfabeta, portuguesa de nascimento, de classe média baixa, bastante amável e falante.

Segundo seu relato, há forte indícios de ter sido a pessoa que cuidou de vários outros familiares durante a vida. Morando no residencial há mais de dois anos, conhece perfeitamente a rotina do local e mantém relações de amizades restritas. Não tem

hábito de assistir televisão ou escutar rádio, nem reporta qualquer atividade física ou de lazer em especial. O diagnóstico geriátrico é o de portador de DA, em estágio inicial a moderado.

O residencial tem as características de uma casa de repouso privada, é isolado das demais dependências do hospital e gerenciado por geriatras. Embora sejam oferecidas atividades variadas pela terapeuta ocupacional, a grande maioria dos residentes resiste às propostas. Não verificamos, nas áreas de uso comum, a presença de quadros, revistas, jornais, rádio e etc, mas há uma saleta especial para televisão.

#### Discussão:

Com base nos objetivos propostos, apresentamos alguns exemplos extraídos do corpus que esclarecem nossa proposta:

A aplicação do Teste Bachy de Memória (nomeação) estabelece uma relação dialógica do tipo "pergunta-resposta". Constatamos dois momentos importantes no discurso de L (destacados em negrito na amostragem abaixo), que demonstram claramente a visão de si mesma como analfabeta e a penetração dos valores sociais, pautados na visão etnocêntrica, atribuídos a esta condição.

A figura de uma lupa está sendo mostrada e L diz não saber o que é.

*P - Deixa eu por meu óculos ...*

*L - Eu também estou com óculos ...e...*

*P - Dá uma olhada aqui no contorno aquilo assim de segurar com a mão lembra? Isso podia ser uma coisa um objeto pra ajudar a enxergar...uma lupa?*

*L - Não não sei o que uma lupa*

*P - Uma lupa?*

*L - É um negócio que é pra dar luz*

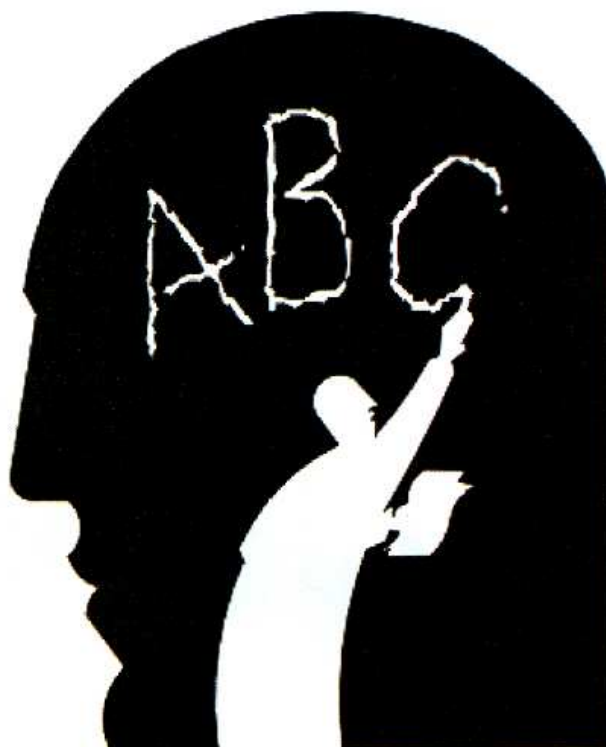
*P - Isso é que aumenta...*

*L - É porque eu não valho a pena*

*P - Vale sim*

*L - Não vale a pena gastar muito tempo comigo porque eu sei pouco*

*P - Pelo amor de Deus...que é isso a*



*senhora NÃO fale isso pra mim não...*

Parece-nos que L se declara como sujeito com o qual não vale a pena conversar por não saber ler e escrever, ao procurar justificar o desconhecimento do nome do objeto-lupa, sem perceber que fez referências a ele de forma correta, significando-o como parte de um contexto maior [luz-visão-leitura]. Ela se coloca como não sendo "importante" (logo P não deve perder seu tempo com ela), relacionando "importância/status" com pouco saber/ser analfabeta.

Logo em seguida, procurando melhor adequação à tarefa, ela faz da argumentação (em negrito) um substituto à nomeação, demonstrando seu conhecimento

sobre o objeto-alvo (chaleira), utilizando-se de tal recurso como forma provável de eliciar a evocação do nome.

*P - E esse aqui o que que a senhora acha que é?*

*L - Parece...parece uma garrafa parece um bule*

*P - Hum...não parece aquela panela que coloca água?*

*L - É...é prá esquentar água...isso*

Com o transcorrer da apresentação das figuras, L e P envolvem-se na resolução da tarefa. E, diante da apresentação de uma das figuras finais, L se utiliza do discurso escrito (letrado) oralizado para relatar a venda de uma casa e falar sobre o bonde, conforme o trecho abaixo:

*L - Eu vendi uma casa que estava...era grande e eu queria e eu comprei pra me terem lá duas moça uma moça como eu duas pra (-) que o dinheiro não cai no céu...olha queria saber si com essa idade que estou se estou naquele*

*buraco...*

*L - Bonde*

*P - Ah...essa a senhora conhece né?*

*L - Quando eu cheguei aqui foi quando acabaram de...de tirar*

*P - Ah, é?*

*L - Quando eu vim estavam a tirar os trilhos*

*P - Poxa eram bondes ou eram trens?*

*L - Tanto faz...uns chamavam de trem outros de bonde*

*P - Estavam tirando os trilhos das ruas?*

*L - É*

A aplicação da avaliação motora da fala é um procedimento clínico que envolve ação motora como resposta à tarefa (Ex: mostre como você corta com a tesoura...agora com a outra mão). Na seguinte passagem do corpus encontramos

exemplos de deslocamento da região do sentido, que permite a L trazer para a situação de interação a sua experiência **pessoal**. Este movimento é semelhante ao descrito por Tfouni na análise de sujeitos não-alfabetizados (Tfouni, 1995:84). Podemos observar que L faz uso da narrativa com mecanismos coesivos do discurso escrito, misturada ao discurso oral-mais dispersivo.

P - ( )

P - Pois o relógio tá aqui...com essa a senhora deu certinho e essa aqui como é que faz?

L - Olha tá chegando a hora de eu mi retirar

P - Não...não tá não...tá estamos quase acabando...agora eu quero que a senhora mostre pra mim como é que a senhora escova os dentes

**L - (Demonstra o movimento) Eu estou a mais de um mês pra comprar uma escova e uma coisinha e...não encontro tempo**

P - Pasta de dente...

L - Pasta de dente e eu não saí...si eu sair e eu não falar nada pros chefes, só falei uns certos que lá estavam e eles num gostaram e diante disso eu tenho estado aqui meia...meia apertada...ontem ou antisdontem não sei...[...]

P - Certo

L - Então entendeste como é? Olha se ela num se ela num sair de casa ela num poderia ter saído se ela saiu foi bem apertado e eu ainda não saí a mais de um mês ou dois dias atrás de nada.

A tarefa de repetição em Neuropsicologia é chamada, também, de fala erótica e consiste em P apresentar uma palavra (frase simples e frase complexa) e o sujeito repetir. É uma tarefa bastante restrita mas, mesmo assim, dentro do corpus de L podemos observar um momento em que ela pede confirmação da sua resposta (mostrando estar compartilhando a tarefa ter compreensão de seu conteúdo) e alguns momentos de atividade interpretativa (em

negrito).

P - Café

L - Café

P - Pinheiro

L - Pinheiro **eu estou acertando?**

P - Tá acertando mesmo hem? Juvenil

**L - Juvenil é gente nova é? moça nova**

P - Isso agora eu quero que a senhora repita pra mim Glória

**L - Glória é um nome de gente.**

O texto para leitura foi adaptado para a forma de reprodução de estória lida em voz alta. É neste momento onde são bastante evidentes as dificuldades de linguagem conseqüentes da DA. L. consegue organizar um relato que apresenta sinais de perda de coerência-de gerenciamento dos dados ao nível da coerência. Com a tutela de P, que compartilha a construção do seu relato, L recupera argumentos coerentes e consegue completar a tarefa.

P-É vamos vê o que que a senhora lembra daquilo que eu li?

L: Quer que eu lhe conte alguma coisa que eu lembre dessa leitura?

P - Dessa leitura que eu fiz

L - Ah...e si eu não lembra?

P - Tá vamos vê...alguma coisa

L - Hoje eu vim triste ( ) que que tinha água na rua...que deixo tudo uma porcaria isso porque ele devi

L - Ter começado a beber...porque a gente pensa uma coisa... Qui num tem um bar aqui perto mais tem...pinga e tudo mais...eu quero fazer as coisas bonito mais mais num sei nada

**P - Sabe sim...a senhora estava me falando que na rua tinha água**

L - Tinha

P - E depois?

L - E depois tinha água...ele ele ficou contente por causa de ter água

P - Humm...

L - Depois depois ele olho pra rua...tinha água pra todo canto então ele ele dá onde veio tanta água?





#### Choveu

P - Certo

L - Quando choveu a água correu e ela secou...essa foi a estória

É interessante observar que a partir da tutela que retoma um dos tópicos da estória, L organiza o relato incluindo até um momento de discurso direto [ele ele dá onde veio tanta água? Choveu]

O Mini Exame do Estado Mental [MEM] é realizado como parte do diagnóstico de base das demências. É um teste verbal e de desenho. Logo no início da aplicação do teste, na fase de perguntas preliminares, sobre dados pessoais, quando questionada sobre o grau de escolaridade, L responde com relato de uma fase de sua infância, contando parte da história que explica seu analfabetismo e realinha sua vontade de ter sido alfabetizada. Esta é uma narrativa organizada que consideramos como discurso escrito oralizado. Esta narrativa é retomada logo em seguida quando L conta episódios de sua vida até chegar ao Brasil. Podemos observar sinais de dificuldades coesivas relativas a espaço e tempo, o que vem a ser um dos sinais dos distúrbios do discurso do portador de demência.

O recorte do corpus, apresentado a seguir, contem estas passagens:

P - Estudou até que série?

L - Fui pra escola uma meia dúzia de vezes ou mais não seria muito mais...no meu tempo não tinha professor nem professora na minha terra...a minha mãe não me deixava ir à escola por estar junta do meu pai...tá me entendendo? E eu não sei ler por causa disso(-) por causa dessa estória eu queria saber escrever

P - E nem quando a senhora ficou mais velha...assim não teve vontade de voltar a estudar?

L - Eu depois que eu fiquei mais velha eu fui pra África depois eu vim pra Lisboa vim pra Coimbra...vim com as minhas sobrinhas pra estudar eu tinha duas sobrinhas, um sobrinho mais o sobrinho ficava lá com pai na casa do pai...eu vim pra fazer a comida pra ele...arrumar as coisas delis

P - E depois de Coimbra a senhora foi pra onde?

L - E eu não sei si eu fui pro Porto ou si voltei pra trás ou si ao invés de vir pra que eu voltar pra trás

P - E de Coimbra a senhora veio aqui pro Brasil?

L - É lógico

Quando P pergunta se ela sabe qual é o dia e o mês que estão, percebemos que este referencial, que já se torna confuso pelos processos demenciais, fica mais prejudicado pelo analfabetismo que impede que ela leia o calendário ou que manifeste interesse no quadro grande do corredor do Residencial que marca o dia da semana, o mês e o ano. Neste momento surge uma pergunta: será que esta dificuldade de referenciar sinais do tempo não prejudica (ou prejudicou) ainda mais a constituição de sua história de vida, visto basearmos nossa vida em parâmetros e medidas de tempo e espaço? Esta nos parece uma questão a ser refletida.

P - Que dia é hoje a senhora sabe?

L - É que eu escutei ainda ontem que dia é hoje...só que tá difícil de lembrar e...ah... é agosto não é? É agosto esse

mês né?

P - Dona Marta nós estamos em maio

L - Então é maio agora?

P - Hoje é dia 26/05

L - E eu nasci em mil noventos i? e sete?

P - A senhora tinha nos dito que nasceu em mil novecentos e dez.

Ainda MEM, encontramos novas marcas de deslocamento do sentido para sua experiência pessoal, recurso é usado como estratégia para responder à própria demanda das tarefas. Também constatamos o uso de "falar sobre o objeto" durante a prova de nomeação, diante da dificuldade de nomear. Esta estratégia, usada por L de forma sistemática, é uma das observadas na linguagem das pessoas idosas (em maior escala) e das pessoas mais jovens e adultas (em uma escala menor).

A descrição da figura é uma tarefa base para diagnóstico de problemas



de comunicação e linguagem, principalmente porque ela visa-entre outros objetivos-propiciar o relato em forma narrativa. Nas crianças é comum que a descrição dos componentes da figura-comentários sobre esta descrição-substituam o relato da estória, a narrativa. Nos adultos com distúrbios da comunicação, mormente nos de etiologia neurogênica, a descrição também tem um número significativo de ocorrência.

No caso de nosso sujeito, também encontramos descrição da figura apresentada, feita par a par com o foco de atenção específico do momento, assemelhando-se bastante ao discurso descritivo escrito. O discurso oral é observado nos comentários que ela insere na descrição.

### Conclusão

A oportunidade de se estudar este corpus, a luz do letramento, trouxe-nos a possibilidade de olhar à própria atuação do fonoaudiólogo de uma forma diferente porque quando começamos a nos "despir" da visão etnocêntrica, descobrimos que ela pode estar mais arraigada dentro de nós do que supomos. Tanto o nosso sujeito como o seu discurso tomaram

proporções novas, abrindo campo para reflexões e novas possibilidades (mais eficazes) de análise e de intervenção fonoaudiológica na prática terapêutica diária.

O corpus revelou que, apesar de apresentar os sinais de problemas da comunicação iniciais da Doença de Alzheimer, L tem um discurso letrado e que ela não o valoriza, porque não o percebe como tal. Acima de tudo, observamos em seus relatos que o fato de não saber ler e escrever é considerado por ela como uma perda pessoal e que o fonoaudiólogo pode fazer tutelas locais, orientando o cliente no sentido de entrar em contato com um conhecimento que ele tem valor tanto nas relações com o outro como na relação consigo próprio.

Este trabalho abre a possibilidade de uma revisão no conteúdo teórico da afirmativa de que "o analfabetismo é uma das causas que agrava o processo demenciante" e que investigações futuras podem redundar em proveito, principalmente para a Neurolinguística e a Fonoaudiologia.

*\*Fonoaudióloga, especialista em Linguagem e professora do CEFAC*

*\*\*Fonoaudióloga, especializada em Fonoaudiologia Hospitalar*

*\*\*\*Professora Dra. do Departamento de Linguística da Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto.*

### BIBLIOGRAFIA e sugestões de leitura:

- ANDERSON, R.M. Practitioner's Guide to Clinical Neuropsychology. London: Plenum Press, Part II., 1994
- BOONE, Daniel; PLANTE, Elena. Comunicação Humana e seus Distúrbios. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, cap.9., 1994.
- BRUCKI, S.M.D..Diferenças intra-grupo no desempenho no mini exame do estado mental (mem) entre analfabetos. In: Damasceno, B.; COULDRY, M.I.H. (1995) Temas em Neuropsicologia e Neurolinguística. São Paulo: Tec-Art (série de Neuropsicologia, vol 4), pp 59-62, 1995.
- COUDRY, M.I.H.. Neurolinguística e linguística. In: DAMASCENO, B. P.; COUDRY, M.I.H. (1995) Temas em Neuropsicologia e Neurolinguística. São Paulo: Tec-Art (séries de Neuropsicologia, vol 4), pp 12-19,1995.
- CASTRO, L.R. Revendo a noção de progresso: um estudo crítico da senescência. Gerontologia 1 (4): 149-152, 1993.
- DWORKIN, J. P.; HARTMANM D. E.. Cases in Neurogenic Disorders. 2ª. Ed.. San Diego: Singular Publishing Group Inc., 2ª. Ed., 1994.
- HEATH, S. B. The functions and uses of literacy. In S. DE CASTEL et al. (Eds.) Literacy, Society and Schooling-A Reader. Cambridge Univ. Press, 15-26, 1989.
- HEDGE, M.N.A Course Book on Aphasia and Other Neurogenic Language Disorders. San Diego: Singular Publishing Group Inc., 1994.
- KLEIMAN, A. B. (1995) O que é letramento? In: KLEIMAN A B (org) Os Significados do Letramento. Campinas: Mercado de Letras, 15-61
- MAC-KAY, A P. M. G. Linguagem e as doenças degenerativos. In: MARCHEZAN, I. ET AL. (orgs) Tópicos em Fonoaudiologia-1996-volIII. São Paulo: Ed. Lovise, 51-58
- MASSON, M. et al. Manual de Neurologia. São Paulo: Ed. Masson do Brasil, cap.21, 1998.
- TELAROLLI Jr., R. et al. Educação em saúde na Terceira Idade-avaliação de um programa de extensão universitária. Gerontologia, 5 (2): 55-56, 1997
- TFOUNI, L. V. Letramento e Alfabetização. São Paulo: Ed. Cortez (Coleção Questões de Nossa Época, vol. 47), 1995
- RQLAK, L. Segredos em Neurologia. Porto Alegre: Ed.Artes Médicas, cap. 13, 1995

# RUMOS ATUAIS DA FONOAUDIOLOGIA EM ONCOLOGIA

*Elisabete Carrara-de Angelis* \* ■  
*Nívia Maria Martins* \*\*\* ■

*Ana Paula Brandão* \*\* ■  
*Cristina L.B. Furia* \*\*\*\* ■

**Unitermos: Oncologia, voz, fala, deglutição, reabilitação**

## RESUMO

A inserção do fonoaudiólogo na área hospitalar de oncologia, na cidade de São Paulo, foi iniciada na década de 70 no atendimento de pacientes laringectomizados totais. Apesar da proximidade na atuação de pacientes com sequelas de cirurgias de cabeça e pescoço, dentro de um hospital oncológico, a gama de tratamento cirúrgico e/ou clínico (radioterapia e quimioterapia) de áreas como: mama, abdômen, tórax, neurologia e pediatria tem possibilitado a ampliação da atuação do fonoaudiólogo nas sequelas de comunicação oral e funções neurovegetativas. Métodos subjetivos e objetivos têm sido realizados na prática clínica, através da videofluroscopia e nasofibroscopia da deglutição e fonação; cintilografia pulmonar (avaliar aspiração orofaríngea) e avaliações acústicas da voz e fala. Os avanços das técnicas cirúrgicas, dos procedimentos clínicos, das próteses restauradoras, das avaliações objetivas, das diferentes opções de reabilitação vocal e manobras facilitadoras para a alimentação, possibilitam um aumento da sobrevivência do paciente, e firma o papel do fonoaudiólogo na área de oncologia. Também através destas, a fonoaudiologia concomitantemente e cada vez mais desenvolve-se como ciência.

**Keywords: Oncology, voice, speech, swallowing, rehabilitation**

## SUMMARY

The work of speech pathologists in oncology area in the city of São Paulo started in the 70's with the treatment of total laryngectomee patients. Despite the close relationship between the sequelae of head and neck surgeries and the work of speech pathologists, within an oncology hospital there is a wide variety of both surgical and clinical treatment (radiotherapy and chemotherapy) for breast, abdomen, chest, neurological and pediatric cases that allow the professional to expand his/her activities regarding oral communication and neurovegetative functions. Both subjective and objective methods have been performed in our clinical practice, such as nasofibroscope and videofluoroscopy of phonation and swallowing, as well as oropharyngeal scintigraphy and acoustical analysis of speech and voice. Advances in surgical techniques, clinical procedures, rehabilitative prostheses and objective assessment, together with different options for vocal rehabilitation and feeding facilitation maneuvers, result in longer lives for the patients, what contributes to justify the role of the speech pathologist in the oncology treatment team. It is worth mentioning that due to this kind of experience, the area of speech and language pathology is continuously developing and consolidating its status as a science.

A inserção do fonoaudiólogo na área hospitalar de oncologia, na cidade de São Paulo, foi iniciada na década de 70 por Antônio Amorim, que desenvolveu um trabalho voluntário no Hospital A.C. Camargo durante 14 anos, na área de reabilitação de pacientes laringectomizados totais. A partir da década de 80, a participação do fonoaudiólogo em encontros, cursos e congressos afirma a atuação fonoaudiológica junto aos pacientes oncológicos, embora ainda restrita à reabilitação das laringectomias totais, principalmente através da voz esofágica (CARRARA-DE ANGELIS, 1997a). A partir da década de 90 iniciam-se os atendimentos às seqüelas de cirurgias parciais de laringe e ressecções de cavidade oral e orofaringe, ampliando a atuação, anteriormente restrita à área de voz, para a área da reabilitação das desordens da fala e da deglutição.

A atuação fonoaudiológica junto aos serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, portanto, iniciou-se com o objetivo de reabilitação dos pacientes submetidos às laringectomias totais, os quais apresentam ausência da voz laríngea. Inicialmente o enfoque fonoaudiológico era totalmente concentrado na aquisição e aprimoramento da voz esofágica, e, em casos específicos, na indicação e adaptação da eletrolaringe. Sabendo-se que muitos são os fatores que podem interferir negativamente na aquisição da voz esofágica – fatores físicos, emocionais, sociais, ocupacionais e de treinamento (SALMON & MOUNT, 1991), que as taxas de sucesso da voz esofágica são baixas, cerca de 40% de bons falantes (BLOM & SINGER, 1985), e que a opção da eletrolaringe nem sempre é bem aceita pelo paciente, principalmente devido ao som mecânico, dificuldades técnicas e custo, diferentes serviços de Cirurgia

de Cabeça e Pescoço, baseados nos bons resultados internacionais com as novas próteses fonatórias, iniciaram a colocação das mesmas, a princípio em casos selecionados. Os resultados demonstraram ser esta uma boa possibilidade de comunicação oral, tanto para pacientes que não conseguem desenvolver a voz esofágica (colocação secundária), como também enquanto primeira opção para pacientes que, por algum motivo, não podem se submeter à reabilitação fonoaudiológica tradicional. Devido à possibilidade do reservatório de ar disponível para a produção do som ser pulmonar (4000ml) e não esofágico (80ml), a voz tráqueo-esofágica permite, na grande maioria dos casos, uma voz com melhor qualidade vocal e intensidade, como o observado por CECCON (1997) em um estudo de 15 pacientes laringectomizados totais, onze com colocação primária e quatro com colocação secundária, em que a frequência fundamental mediana foi de 100,73 Hz, a intensidade habitual média de 66,29 dB e a qualidade vocal global considerada boa ou moderada (10 e 05 pacientes, respectivamente), permitindo um bom padrão de comunicação. A fonoaudiologia participou ativamente desta nova proposição, a princípio num caráter de observação e aprendizado, e atualmente com seu papel claramente definido, estendendo-se desde a avaliação para a seleção dos pacientes, orientações pré e pós-operatórias, reabilitação quando necessária, e nas discussões em equipe, de casos de insucesso na aquisição e/ou desenvolvimento da voz, participando de avaliações videofluoroscópicas e/ou testes de insuflação do segmento faringoesofágico.

Além da consolidação de seu papel junto aos pacientes

laringectomizados totais, também nesta última década o fonoaudiólogo iniciou o seu trabalho junto aos pacientes submetidos às ressecções parciais de laringe - verticais (cordectomias, laringectomias frontais, fronto-laterais, hemilaringectomias) e horizontais (laringectomias supraglóticas), trabalhando com as seqüelas vocais e/ou de deglutição resultantes.

Com relação à reabilitação das laringectomias parciais verticais, o estudo objetivo das seqüelas de voz (CAMARGO, 1996) e das teorias acústicas de produção da fala ampliou o enfoque, até então aceito, de maximização das estruturas laríngeas remanescentes, para um trabalho de maximização também dos outros subsistemas que compreendem o mecanismo de produção fonarticulatório – respiração, ressonância e articulação.

Os pacientes submetidos a laringectomias parciais horizontais, particularmente as laringectomias supraglóticas, em sua grande maioria desenvolvem disfagias, ao menos temporariamente, devido à ressecção dos esfíncteres laríngeos superiores, protetores de via aérea. A atuação fonoaudiológica junto a estes pacientes inicialmente concentrou-se na avaliação clínica e conseqüente reabilitação, com enfoque terapêutico objetivando o restabelecimento de uma deglutição funcional, através da maximização das estruturas remanescentes, geralmente as pregas vocais. Sabendo-se que a avaliação fonoaudiológica clínica nem sempre é suficiente para detectar aspirações, principalmente as chamadas *aspirações silentes*, BRANDÃO et. al (1998) realizaram um estudo retrospectivo através da avaliação videofluoroscópica da deglutição, em onze pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 43 a 73 anos, seis submetidos a laringectomia

horizontal supraglótica (LHSG) e cinco a laringectomia horizontal supraglótica ampliada para base de língua (LHSGBL). O exame foi realizado através de um protocolo com diferentes consistências e quantidades alimentares. Os resultados obtidos demonstraram oito pacientes apresentando deglutições funcionais, e quatro pacientes com aspirações moderadas ou severas, pós-deglutição. Todos os pacientes (em maior grau os pacientes submetidos a LHSGBL) apresentaram estases de alimentos em topografia de valécua/base de língua e esfíncter esofágico superior, fator este responsável pelas aspirações pós-deglutição. Dados recentes da literatura ressaltam as aspirações que ocorrem durante a deglutição, devido à ausência dos esfíncteres superiores de proteção de via aérea. Como observado na prática clínica, estas aspirações são de fácil resposta à reabilitação através da maximização da função glótica. Através deste estudo pudemos constatar a principal dificuldade, a nosso ver, de reabilitação da deglutição em pacientes submetidos a laringectomias horizontais - a aspiração após a deglutição. Além disto, o estudo resalta a necessidade de ampliação do enfoque tradicional fonoaudiológico de maximização da função glótica, para um trabalho direcionado tanto para o aumento da elevação laríngea e conseqüente possibilidade de redução da estase em transição faringoesofágica, quanto para o aumento do controle motor oral, maximizando a força ejetora de língua e conseqüentemente propiciando a redução das estases que desencadeiam as aspirações.

As estruturas que constituem a cavidade oral e a orofaringe apresentam enquanto funções básicas, a mastigação, a deglutição e a produção de fala. Cirurgias que

acometem lábios, língua, soalho da boca, mandíbula, pilares amigdalianos e palato duro e/ou mole, portanto, podem acarretar, em maior ou menor grau, seqüelas na deglutição e/ou na inteligibilidade de fala, que são consideradas pelos pacientes como as seqüelas mais devastadoras associadas ao tratamento do câncer.

As alterações de deglutição e fala serão compatíveis com o grau, extensão e local da ressecção, determinando diferentes tipos de comprometimentos (CASPER & COLTON, 1993). No caso das glossectomias - ressecções de língua -, quando há a possibilidade de conservação de uma porção da língua, da preservação da mobilidade do tecido remanescente e da reconstrução com retalhos mais volumosos anteriormente, as chances de reabilitação evidentemente serão melhores. A língua apresenta um papel muito importante no processo de mastigação e deglutição de saliva e alimentos, sendo que as dificuldades após as cirurgias são manifestadas através do acúmulo de alimentos em cavidade oral, dificuldade no trânsito oral e aspirações durante e após a deglutição. Com relação à fala, a língua é um dos mais importantes articuladores durante a produção das vogais e da maioria das consoantes. As vogais de uma língua são identificadas de acordo com a posição da língua no trato vocal, sendo que as variações na sua dimensão ântero-posterior e vertical podem produzir modificações ressonantis. Em função disto, também a voz pode estar alterada, com a característica de qualidade pastosa e monótona. Alterações importantes na produção de diversos sons da fala, como nas consoantes t, d, k, g, n, nh, s, z, ch, j, l, lh, r, rr e as vogais é, ê, i, ó, ô, u, podem ocasionar imprecisão articulatória

que, acrescida ao trismo pós-cirúrgico freqüentemente encontrado, prejudicam a inteligibilidade de fala.

A efetividade da reabilitação fonoaudiológica na área de cirurgia de cabeça e pescoço é raramente descrita na literatura. Em um estudo realizado com 10 pacientes submetidos a ressecções de língua, seis parciais e quatro totais, quatro destes pacientes (dois totais e dois parciais) foram avaliados pré e pós-fonoterapia, e os resultados demonstraram a efetividade da intervenção fonoaudiológica na melhora da inteligibilidade de fala (FURIA et al, 1998).

As próteses intra-orais têm-se mostrado um recurso valioso aos pacientes que foram submetidos a ressecções de cavidade oral. Os objetivos da colocação da prótese rebaixadora de palato para glossectomizados totais e parciais são reduzir o tamanho da cavidade oral, ampliando as características ressonantis; facilitar o direcionamento do alimento, desenvolver superfície de contato com a língua residual durante a fala e deglutição e melhorar a aparência e ajustamento psicossocial (fig.01). Já nas ressecções de palato ou ressecções da maxila, a prótese obturadora de palato é imperiosa para impedir a comunicação oral/nasal e o refluxo alimentar. O fonoaudiólogo acompanha os pacientes durante a confecção da prótese rebaixadora de palato, e após a colocação da obturadora através de avaliações perceptivas - gravações periódicas e terapia fonoaudiológica para maximizar o direcionamento do fluxo oral e ativar compensações articulatórias necessárias. As próteses obturadoras podem ser confeccionadas no intra-operatório ou após o tratamento clínico radioterápico.



prótese rebaixadora de palato. Apresentou resultados de inteligibilidade de fala nas fases pré-terapia, após 2 meses e após a colocação e treino com a prótese de 35,83%, 39,58%, e 50% respectivamente. (FURIA et al, 1998)



**Fig.01** R.M., sexo feminino, 52 anos, submetida a glossectomia total + reconstrução com rotação de músculo peitoral maior em fevereiro/96. Iniciou fonoterapia 20 dias após a cirurgia. Em outubro/96 realizou a colocação da

Como observado acima, além da ampliação das áreas de reabilitação da fonoaudiologia junto às diferentes cirurgias de Cabeça e Pescoço, ampliou-se também a atuação anteriormente apenas vinculada ao processo de reabilitação dos pacientes, expandindo-a cada vez mais para a atuação junto a outros profissionais, participando no diagnóstico funcional das avaliações laringológicas e videofluoroscópicas, auxiliando assim no estabelecimento das condutas terapêuticas. Um exemplo disto é a participação do fonoaudiólogo junto a pacientes laringectomizados e faringolaringectomizados que não adquirem a voz esofágica, procurando-se avaliar os aspectos anatômicos e funcionais das estruturas envolvidas no processo da fonação esofágica, e a partir destes resultados determinar qual o procedimento adequado para favorecer e/ou estimular tal aprendizado.

Além disso, a fonoaudiologia avança ao priorizar a realização de pesquisas que objetivamente vem auxiliando na compreensão das seqüelas nas diferentes áreas de voz, fala e deglutição, bem como dos mecanismos compensatórios desenvolvidos pelos pacientes, espontaneamente ou através da

reabilitação. O estudo de CARRARA-DE ANGELIS et al (1997c) exemplifica as seqüelas e compensações de 15 pacientes glossectomizados, cinco parciais e dez totais, que foram avaliados clinicamente e através da videofluoroscopia da deglutição, após reabilitação fonoaudiológica. Todos os pacientes glossectomizados apresentaram dificuldades na formação e propulsão ântero-posterior do bolo alimentar, estase de alimentos em cavidade oral e tempos de trânsito oral aumentados, fato mais evidente com alimentos espessos. Enquanto compensações, apresentaram aumento da atividade da musculatura bucal, movimentação da mandíbula, faringe e laringe, e proteções voluntárias da via aérea à deglutição. Outro estudo, de WANNMACHER et al (1997), avalia o grau de aspiração oro-traqueal de pacientes laringectomizados *near-total* operados na Santa Casa de São Paulo e reabilitados pelo seu Serviço de Fonoaudiologia. Seis pacientes do sexo masculino, com idade média de 59,8 anos, portadores de tumores T3, e com queixas eventuais de aspiração, foram submetidos ao exame cintilográfico do pulmão, e a porcentagem de aspiração foi calculada a partir da imagem

dinâmica, após a deglutição de 20 ml de solução líquida com 3,0mCi de Tc-99, em posição vertical. Os resultados descreveram porcentagem de aspiração de até 2% em 05 casos e um caso com 4,61%. Os autores salientam que apesar da aspiração, a quantidade detectada não se mostrou relevante para acarretar alterações pulmonares.

As pesquisas nesta área reforçam sua importância não apenas para o aumento do conhecimento científico e maior objetividade na avaliação e reabilitação dos pacientes, mas também possibilitam a consolidação da Fonoaudiologia enquanto ciência.

Além das seqüelas fonoaudiológicas providas do próprio tumor ou do tratamento cirúrgico do mesmo, a radioterapia, enquanto tratamento exclusivo ou complementar, pode também acarretar alterações vocais e de deglutição, devido às seqüelas de fibrose e xerostomia. O tratamento radioterápico e a cirurgia conservadora apresentam resultados similares de controle oncológico no tratamento em carcinomas iniciais glóticos (T1 e T2), sendo a qualidade vocal um dos critérios para elegibilidade do tratamento. Num estudo perceptivo e acústico com 14 homens (13 T1 e

01 T2) e 5 mulheres (4T1 e 1 T2) tratados previamente com radioterapia (6000-7000cGy) para carcinoma espino-celular, sem evidências de recorrência (6m a 15anos), observamos 4 pacientes com voz normal, 10 com disfonia leve e 05 com disfonia moderada, o que configura uma boa possibilidade de comunicação (CARRARA-DE ANGELIS et al, 1998). Além disto, embora a literatura seja praticamente inexistente, temos observado a efetividade da orientação e da reabilitação fonoaudiológica enfocando técnicas que favoreçam a vibração de mucosa, no intuito de reduzir a fibrose pós-radioterapia e conseqüentemente maximizar a comunicação oral.

A associação da radioterapia e da quimioterapia no tratamento do câncer de cabeça e pescoço tem sido utilizada em diversas instituições, com a cirurgia realizada mediante falha do procedimento inicial (KRAUS et al, 1994; ROBBINS et al, 1996). O tratamento denominado *organ preservation* – preservação de órgãos – é indicado para tumores extensos, irresssecáveis ou para pacientes que recusam o procedimento cirúrgico. LAZARUS et al (1996) verificou a presença de fibrose severa da musculatura cervical, atraso do reflexo de deglutição, diminuição da elevação laringea, acúmulo de alimento em valécula e esfíncter esofágico superior, caracterizando assim uma disfagia após a deglutição.

Uma das áreas definidas de atuação da fonoaudiologia é o atendimento a pacientes que apresentam seqüelas de voz provenientes das paralisias laringeas, por alteração do nervo vago. O nervo laringeo recorrente e o nervo laringeo superior são ramos do nervo vago, X par craniano, responsável pela inervação motora e sensitiva da laringe. Tanto a inervação motora do

laringeo recorrente, quanto a inervação sensitiva e motora do nervo laringeo superior, possibilitam o controle refinado da produção vocal. Além destes aspectos musculares, a dinâmica da produção da voz é explicada através da teoria mioelástica e aerodinâmica de VAN DEN BERG (1958), que apresenta a fonação como o interrelacionamento das forças aerodinâmicas da corrente pulmonar e das forças elásticas dos tecidos musculares da laringe, interferindo nas variações de freqüência e intensidade necessárias à modulação da fala.

A paralisia das pregas vocais por denervação pode ser classificada etiológicamente como de origem traumática, neoplásica, idiopática, infecciosa, neurológica e pós-radioterapia. Os tratamentos oncológicos cirúrgicos de tireóide, esôfago, tórax, mama, cardiovascular e neurológico podem acometer o nervo laringeo recorrente e o nervo laringeo superior devido ao seu trajeto longo e intricado a diversas estruturas próximas a essas regiões. Podem atingir a função motora dos nervos laringeos, tanto por invasão direta das estruturas como por ação compressiva. Como causas compressivas cervicais podemos ter o câncer na região do esôfago, o aneurisma da aorta, principalmente da concavidade provocando compressão do nervo contra o brônquio esquerdo, o aneurisma do tronco braquioencefálico, a pericardite adesiva que pode exercer tração sobre o nervo, afecções pulmonares principalmente o paquipleuris do ápice direito, pois o nervo laringeo recorrente direito está em íntima relação com a cúpula pleural, as linfonodopatias do mediastino (tuberculosas ou cancerosas), os tumores do mediastino, e a hipertrofia do timo (TSUJI, 1994).

Os procedimentos cirúrgicos

podem ocasionar secção completa ou apenas manipulação do nervo. Nos casos onde ocorre a manipulação, a paralisia da prega vocal pode ser transitória, com regeneração espontânea do nervo. Já nos casos de secção, ou seja, ruptura do nervo, a paralisia geralmente tem caráter permanente. Quando a paralisia vocal persiste por mais de um ano, pode ser considerada permanente (ARNOLD, 1962).

A paralisia laringea secundária à radioterapia ainda é pouco compreendida, mas o mecanismo mais comum é a radiação induzida por fibrose na proximidade do nervo, resultando em alteração funcional permanente (CHAUDHRY & AKHTAR, 1995). Em nossa experiência no Hospital do Câncer, inicialmente os encaminhamentos de pacientes com paralisias de prega vocal se restringiam às seqüelas de tireoidectomias. Com o decorrer do tempo, outros departamentos (tórax, mama, abdômen e neurologia) têm encaminhado os pacientes, e não apenas com seqüelas vocais mas também de deglutição pós-operatório ou pós tratamento clínico radioterápico.

A qualidade vocal tipicamente associada às paralisias é a soprosa, devido ao escape aéreo transglótico. Há redução da intensidade devido à redução da pressão aérea subglótica. Além disso, a extensão de intensidade e a extensão de freqüência estão limitadas, o que diminui o potencial vocal do indivíduo, além de alterar os aspectos prosódicos da comunicação.

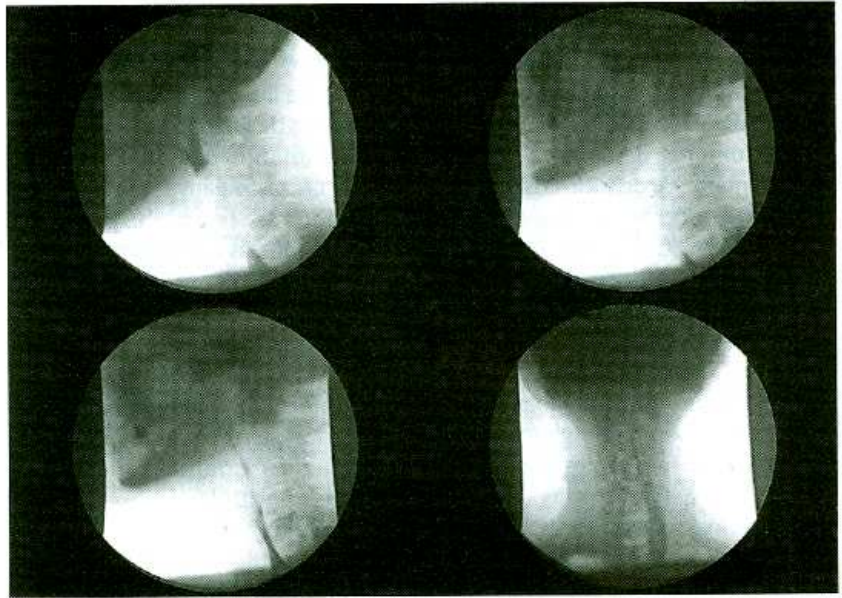
As paralisias podem ser unilaterais ou bilaterais e estarem na posição mediana, paramediana ou lateral, caracterizando assim alterações diversificadas.

As paralisias laringeas, além das alterações vocais tradicionalmente avaliadas e tratadas pelo

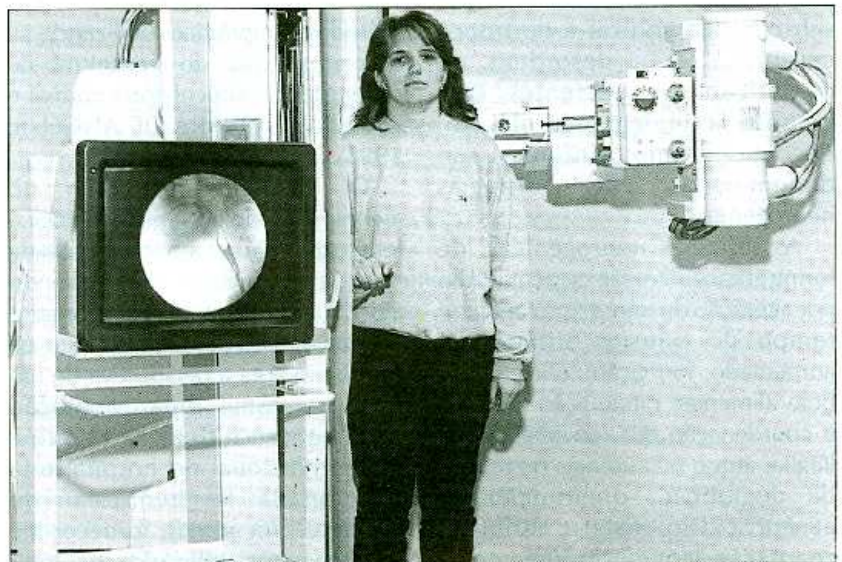
fonoaudiólogo, podem, como já citado anteriormente, ocasionar seqüelas na área de deglutição, as disfagias orofaríngeas, com possibilidade de aspiração de alimentos, principalmente líquidos, devido à incompetência e/ou ausência do esfíncter glótico ou por alterações sensoriais, devido a lesões do laringeo superior. Nestes, há a possibilidade de ocorrência de aspirações silentes, ou seja, sem sinais clínicos, que podem ser responsáveis por pneumonias aspirativas e conseqüente queda do estado físico geral (fig 2).

Como já observado anteriormente em várias áreas relacionadas à Cirurgia de Cabeça e Pescoço, o acesso à avaliação videofluoroscópica da deglutição e à objetividade de dados propiciada pelo mesmo, tem permitido que a Fonoaudiologia abranja outras áreas dentro da oncologia, anteriormente pouco desenvolvidas. A videofluoroscopia tem por objetivo diagnosticar, caracterizar e definir as condutas terapêuticas para os diferentes distúrbios de fonação e deglutição proporcionando ao profissional dados fisiológicos e anatômicos minuciosos, permitindo a avaliação de diferentes consistências e quantidades em diferentes visões. Trata-se de um exame realizado através de aparelho convencional de radiografia acoplado a um videocassete, o qual possibilita análises posteriores, proporcionando melhor caracterização de todos os processos envolvidos na dinâmica da deglutição (fig 3.).

No que diz respeito à Neurologia, a reabilitação de pacientes com seqüelas fonoaudiológicas advindas de lesões neurológicas, particularmente os distúrbios fonoarticulatórios - as disartrias - e as disfagias, foi por muito tempo considerada irrealística e limitada, tanto por médicos quanto pelos próprios fonoaudiólogos. Apenas recentemente inicia-se a compreensão



*Fig 2 - Imagem da videofluoroscopia da deglutição demonstrando aspiração durante a deglutição de bário líquido (10 ml). Paciente do sexo feminino, 80a, após realizar radioterapia pré-operatória, foi submetida a mastectomia radical esquerda e reconstrução com retalho abdominal torácico em 02/84. Em 07/97, bastante emagrecida, foram diagnosticadas metástases pulmonares e ósseas, sendo tratada com quimioterapia e radioterapia. Em 02/98 evoluiu com queixas vocais e de deglutição, e após avaliação laringológica e fonoaudiológica observou-se paralisia laringea esquerda, com prega vocal em posição paramediana, apresentando qualidade vocal rouca-soprosa moderada, fraca intensidade e pitch grave. As manobras de proteção voluntária de vias aéreas à deglutição, associadas ao trabalho de maximização da função laringea através da técnicas de empuxe eliminaram as aspirações e permitiram a melhora do estado nutricional, além de também terem melhorado a qualidade vocal.*



*Fig.03 Equipamento e sala de exame em que se realiza a videofluoroscopia da deglutição e fala no Hospital do Câncer – ACCamargo.*

do exato papel do fonoaudiólogo na melhora da qualidade de vida dos mesmos, com estudos comparando a eficácia deste tratamento (CARRARA-DE ANGELIS, 1997b).

Os tumores de sistema nervoso representam 9% de todos os tumores primários e, no grupo abaixo de 15 anos, 15%. Cerca de 70% dos tumores de adultos são supratentoriais, enquanto que nas crianças ocorre o reverso, 70% são infratentoriais. Aproximadamente 40% das neoplasias intracranianas são de origem neuroepitelial (gliomas). Os tumores mais frequentes nos adultos são os astrocitomas e os glioblastomas; nas crianças, cerca de 50% das lesões primárias são astrocitomas do cerebelo e tronco cerebral (MARQUES et al, 1998).

Os tratamentos cirúrgico e/ou clínico (quimioterapia e radioterapia) podem deixar como seqüelas fonoaudiológicas, alterações da deglutição, da linguagem, da voz e da fala, áreas onde a atuação fonoaudiológica define cada vez mais o seu papel reabilitando as disfagias, as afasias, as apraxias e as disartrofonias.

A dinâmica da deglutição é um processo programado e executado por refinado controle neuromuscular sob controle cortical e do tronco cerebral. As desordens de deglutição em pacientes com comprometimento neurológico, descritas como sintoma, são denominadas de disfagias neurogênicas.

As disfagias neurogênicas, de forma abrangente, são caracterizadas por alteração do trânsito orofaríngeo: tempo do trânsito orofaríngeo aumentado, formação deficiente do bolo alimentar, diminuição de força e coordenação dos movimentos da língua, atraso ou ausência do reflexo da deglutição, diminuição ou ausência de peristalse faríngea, coaptação glótica insuficiente, e disfunções cricofaríngeas levando a aspirações antes, durante ou depois

da deglutição, em graus variados de severidade.

Lesões corticais resultam em déficits de linguagem – as afasias. As alterações de linguagem ocorrem por acometimento das áreas corticais primárias, associativas específicas e associativas não específicas. Basicamente, as afasias podem ser de expressão (ou motoras) e de percepção (ou sensoriais), demonstrando seqüelas parciais ou totais na linguagem oral e/ou gráfica. O número de pacientes afásicos atendidos pelo departamento ainda é reduzido comparado com as demais seqüelas no Hospital ACCamargo.

A orientação fisiológica das disartrofonias enfatiza a avaliação de todas as funções envolvidas na produção fonoarticulatória, bem como seus componentes funcionais, o que foi sugerido por CARRARA-DE ANGELIS et al (1996) num protocolo de avaliação das disartrofonias. Assim, os objetivos de uma avaliação fisiológica são: 1. determinar a severidade e o tipo do envolvimento dos componentes funcionais de cada falante; 2. determinar a presença e severidade de déficits lingüísticos e cognitivos coexistentes, e 3. selecionar e ordenar os objetivos e métodos terapêuticos utilizando-se da compreensão do mecanismo de produção fonoarticulatória normal e alterado (CARRARA-DE ANGELIS, 1998).

O serviço hospitalar no atendimento do paciente oncológico tem como visão a reabilitação voltada para a qualidade de vida do indivíduo enquanto sujeito portador de uma doença nem sempre curável. Tendo em vista a perspectiva de um quadro com uma evolução geralmente difícil, a equipe multiprofissional do hospital está direcionada ao bem-estar do paciente procurando fornecer-lhe todas as possibilidades de uma sobrevida com melhor qualidade.

Os avanços das técnicas

cirúrgicas, dos procedimentos clínicos, das próteses restauradoras, das avaliações objetivas e dinâmicas da voz e da deglutição, das diferentes opções de reabilitação vocal e manobras facilitadoras para a alimentação, possibilitam o aumento da sobrevida do paciente, enfatizando e ampliando o papel de atuação do fonoaudiólogo na área de oncologia.

A vivência do câncer, a perda da comunicação e a modificação no processo alimentar envolvem uma reorganização de toda a visão do indivíduo sobre si mesmo, das relações interpessoais e do mundo. Acreditamos e temos constatado diariamente que a fonoaudiologia, principalmente quando inserida num ambiente hospitalar, pode contribuir de uma forma bastante satisfatória e eficiente na melhora da qualidade de vida dos pacientes com câncer.

Embasado nos dados acima, observamos que a cada ano a atuação fonoaudiológica vem se expandindo de forma intensa, contribuindo assim, eficazmente para a qualidade de vida dos pacientes. Vale ressaltar que, através destas experiências, a fonoaudiologia concomitantemente, e cada vez mais, desenvolve-se como ciência.

■ *Fonoaudiólogas do Hospital do Câncer – A. C. Camargo, São Paulo.*

\* *Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana e doutoranda em Neurociências pela UNIFESP – EPM; docente do Centro Universitário São Camilo e do CEFAC.*

\*\* *Coordenadora da Comissão Científica do Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia da Fundação Oncocentro de São Paulo.*

\*\*\* *Fonoaudióloga do Hospital Ribeirão Pires, São Paulo.*

\*\*\*\* *Mestranda em Fisiopatologia Experimental pela Faculdade de Medicina da USP.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARNOLD, GE - Vocal Rehabilitation of Paralytic dysphonia. *Archives of Otolaryngology*, 76: 76-83, 1962.
- BLOM, ED; SINGER, MI & HAMAKER, RC - An improved esophageal insufflation test - *Arch Otolaryngol*, 111:211-212, 1985.
- BRANDÃO, AP.; MARTINS, NM; CARRARA-DE ANGELIS, E; FURIA, C; MOURÃO, LF - Avaliação da deglutição após laringectomia horizontal supraglótica - III Jornada Científica de Fonoaudiologia do Centro Universitário São Camilo, 1998.
- CAMARGO, Z.A. - Parâmetros vocais e configurações laríngeas na fonação de indivíduos submetidos às laringectomias parciais verticais. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- CARRARA-DE ANGELIS, E; MOURÃO, LF; FERRAZ, HB & ANDRADE, LAF - Avaliação das Disartrofonias. In: MARCHEZAN, IQ; ZORZI, JL - Tópicos de Fonoaudiologia. São Paulo, Lovise, 1996.
- CARRARA-DE ANGELIS, E; FURIA, CLB & MOURÃO, LF - A Fonoaudiologia no Hospital A. C. Camargo. In: LAGROTA, MGM & CÉSAR, CPHAR - A Fonoaudiologia nas Instituições. São Paulo, Lovise, p. 169 - 174, 1997a.
- CARRARA-DE ANGELIS, E; MOURÃO, LF; FERRAZ HB; BEHLAU, MS; PONTES, PAL; ANDRADE, LAF - Efeito da Reabilitação Vocal na Comunicação Oral de pacientes com doença de Parkinson. *Acta neurológica Scandinavica*, 96: 199-205, 1997b.
- CARRARA-DE ANGELIS, E; FURIA, CLB; MOURÃO, LF; MIGUEL, RE; BARROS, AP; AUGUSTO, MC. Videofluoroscopic Evaluation of Glossectomised Patients. International Symposium : Care of the Professional Voice and Phonosurgery, Athens - Greece , September 25-26-27, 1997c.
- CARRARA-DE ANGELIS, E; SANTOS, C; CERVANTES, O; KOWASLKI, LP; ABRAHÃO, M; FURIA, CLB; BARROS, APB; MARTINS, NMS - Objective voice evaluation after radiation therapy for T1 and T2 glottic tumors. - Proceedings of the First World Congress on Head and Neck Oncology. Bologna, Monduzzi, 1998.
- CARRARA-DE ANGELIS, E. - Distúrbios neurológicos da voz. In: PINHO, SMR - Fundamentos em Fonoaudiologia. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, p.81-87, 1998.
- CASPER, JK. & COLTON, RH - Clinical manual for laryngectomy and head neck cancer rehabilitation. San Diego, Singular publishing group, 1993.
- CECCON, FP - Contribuição ao Estudo da Voz alaríngea: análise acústica, temporal e perceptiva da voz traqueoesofágica. São Paulo, 1997. Tese (mestrado) - Universidade Federal de São Paulo .
- CHAUDHRY, M & AKHTAR, S - Bilateral vocal cord paralysis following radiation therapy for nasopharyngeal carcinoma. *Oto Rhino Laryngol.*, 57:48-49, 1995.
- FURIA, CLB; CARRARA-DE ANGELIS, E; MOURÃO, LF - A inteligibilidade de fala nas glossectomias. *Revista PróFono*, 10 (2): 23 - 27, 1998.
- KRAUS, DN; PFISTER, DG; HARRINSON, LB; SHAH, JP; SPIRO, RH; ARMSTRONG, JG; FASS, DE; ZELEFSKY, M; SCHANTZ, SP; WEISS, MH; WANG, RC; BOSL, GJ; STRONG, EW - Larynx preservation with combined chemotherapy and radiation therapy in advanced hypopharynx cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 111:31-7, 1994.
- LAZARUS, CL; LOGEMANN, JA; PAULOSKI, BR; COLANGELO, LA; KAHRILAS, PJ; MITTAL, BB & PIERCE, M - Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy. *Laryngoscope*, 106 (9):1157-66, 1996.
- MARQUES, E.; POLI, M.R.B.; CHOJNIAK, R. - Diagnóstico por imagem. In: BRENTANI, M.M.; COELHO, F.R.G.; IYAYASU, H.; KOWALSKI, L.P. - Bases da Oncologia. São Paulo, Lemar, 1998.
- ROBBINS, KT; FONTANESI, J; WONG, FSH; VICARIO, D; SEAGREN, S; KUMAR, P; WEISMAN, R; PELLITTERI, P; THOMAS, R; FLICK, P; PALMER, R; WEIR, A; KERBER, C; MURRY, T; FERGUSON, R; LOS, G; ORLOFF, L; HOWELL, SB - A Novel organ preservation protocol for advanced carcinoma of the larynx and pharynx. *Arch otolaryngol Head Neck Surg.*, 122:853-857, 1996.
- SALMON, SJ & MOUNT, KH - Alaryngeal Speech Rehabilitation. Texas, Pro-ed Inc., 1991.
- TSUJI, DH - Paralisias das cordas vocais. In: COSTA, SS; CRUZ, OIM; OLIVEIRA, JAA - Otorrinolaringologia: princípios e prática. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. .p.468-73.
- VAN DEN BERG, J - On the myoelastic-aerodynamic of voice production. *NATS bulletin*, may: 6-12, 1958.
- WANNMACHER, L.; FIGUEIREDO, E.S.; VICENTE, L.C.; FORTE, AP.; GONÇALVES, A; MARTINS, L.; SHIMURA, I.; MARONE, M.M.S. - Avaliação cintilográfica de aspiração oro-traqueal em pacientes laringectomizados near-total. Tema livre apresentado no XVI congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 1997.

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

### 1. Das Normas gerais

1.1 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico. Ao CFFa reserva-se os direitos autorais do trabalho publicado, inclusive de tradução permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução, mas com devida fonte.

1.2 O CFFa receberá para publicação os trabalhos redigidos em português, ficando os textos sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão de Divulgação e do CFFa.

1.3 Os trabalhos deverão ser enviados em duas vias (original e cópia) acompanhadas a cada uma das respectivas fotografias originais. Recomenda-se que os autores retenham uma cópia impressa em seu poder e outra gravada em disquete (programa compatível com a editora).

1.4 O CFFa reserva-se o direito de submeter todos os originais à apreciação da Comissão de Divulgação, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação. A Comissão de Divulgação pode, inclusive, representá-los aos autores, com sugestões para que sejam feitas alterações necessárias ao texto e/ou para que os adaptem às normas editoriais de revista. Neste caso, o referido trabalho será reavaliado pela Comissão de Divulgação. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também perante os relatores os nomes dos autores.

1.5 As datas de recebimento e aceitação constarão, obrigatoriamente, no final do mesmo, quando da sua publicação.

1.6 Cada trabalho publicado dará direito a 10 separatas. Por solicitação dos autores, na ocasião da entrega dos originais, poderão ser fornecidas separatas adicionais, sendo-lhe levados débito o respectivo acréscimo.

1.7 Os originais e as ilustrações publicadas não serão devolvidas aos autores, a não ser por solicitação expressa, quando da publicação do trabalho.

1.8 Não serão publicadas fotos coloridas, a não ser em caso de absoluta necessidade, a critério da Comissão de Divulgação.

### 2. Da Apresentação dos Originais

Os originais destinados ao Conselho Federal de Fonoaudiologia deverão ser redigidos de acordo com as seguintes normas: (Baseadas na ABNT - NB 6021 de 1989)

2.1 Os originais deverão ser redigidos na ortografia oficial e datilografados ou digitados em folhas de tamanho ofício e formulários contínuos, com espaço duplo e margem 3 cm de cada lado, perfazendo-se o total de, no máximo, 15 páginas, incluindo as ilustrações (gráficos, tabelas, fotografias e etc.). Os autores deverão manter uma cópia do original em seu poder para possíveis solicitações num eventual extravio. Encaminhar também uma cópia do disquete.

2.2 As ilustrações (fotografias, gráficos, dese-

nhos, quadros e etc.) deverão ser limitados ao mínimo. É indispensável que sejam apresentadas em folhas separadas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos. As respectivas legendas deverão ser claras, concisas, localizadas abaixo das ilustrações e procedidas das numerações correspondentes. Os gráficos, desenhos e fórmulas que servirem à preparação dos glichês deverão ser feitos em tinta nanquim, sob papel branco, evitando papel quadriculado (a menos que seja impressão em azul claro) e terão tamanho suficiente para permitir a redução de glichê ao mínimo de 8 cm no sentido da largura

Deverão ser indicados os locais aproximados no texto, onde as ilustrações serão intercaladas com figuras.

2.3 As tabelas deverão ser numeradas consecutivamente em algarismo arábicos. A legenda será colocada na parte superior do mesmo. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos. Na montagem das tabelas seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicada pelo IBGE, 1979.

2.4 As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos (\*) e restritas ao mínimo indispensável.

2.5 O preparo do original deverá observar, na medida do possível, a seguinte estrutura:

#### PRELIMINARES:

##### a) Cabeçalho

- Título

- Nome(s) do(s) autor(es) - com indicação em nota de rodapé dos títulos universitários ou cargos que indiquem a sua autoridade em relação ao assunto do artigo.

##### b) Resumo

Apresentação concisa dos pontos relevantes do texto, salientando as principais conclusões, e redigido pelo próprio autor. Permite avaliar o interesse do artigo, prescindindo da sua leitura na íntegra. Deve-se dar destaque ao resumo, centralizando-o na folha com margens maiores do que aquelas do texto e sem necessidade de se colocar o título "Resumo". Para redação ou estilo do resumo, observar a ABNT-NBR 6028, de 1989. O resumo deverá também vir traduzido para o inglês.

##### c) Unitermos

Correspondente às palavras ou expressões que indiquem o conteúdo do artigo. Para determinação dos unitermos deverá ser consultada a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DECS", elaborada pela BIREME.

##### d) Texto

Introdução; Material e Método; Resultado Discussão; Conclusões e Agradecimentos (quando houver)

##### e) Referências Bibliográficas

As referências bibliográficas serão baseadas na ABNT - NBR 6023, de 1989, ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do autor, e numeradas em ordem crescente. A ordem

de citação no texto obedecerá essa numeração. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index do Dental Literature - ISL e os periódicos nacionais devem seguir a ABNT - NBR 6032, de 1989.

Exemplo de referências bibliográficas

- Livro com um autor

PLANAS, Pedro. Reabilitação neuro-oclusal. 2 ed. São Paulo: Medsi, 1988. 293p.

- Livro com dois autores

PROFFIT, William R; FIELDS JUNIOR, Henry. Ortodontia contemporânea. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 596p.

- Livro com mais de dois autores

APRILE, H. et al. Anatomia odontológica ou orocervico-facial. 5. Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1973. 794p.

- Capítulo de Livro

STAHL, S.S. Marginal lesion. In: GOLDMAN, H.M.; COHEN, D.W. Periodontal therapy, 5 ed. St. Luis: Mosby, 1973. p.94-98.

- Congressos, Simpósios, Jornadas, etc.

AUTOR DO TRABALHO. Título: subtítulo. In: NOME DO CONGRESSO, número, ano, local de realização. Título da publicação. Local de publicação (cidade); Editora, data. Página inicial - final do trabalho.

TRAINA JUNIOR, C. GEO: um sistema de gerenciamento de base de dados orientados a objetos; estado atual de desenvolvimento e implementação. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE BANCO DE DADOS, 6, 1991, Anais... Manaus: Imprensa Universitária da FUA. P-193-207.

- Tese

ANDRADE, S. B. M. Padrões cefalométricos em amostra de brasileiros dotados de oclusão dentária "normal". Piracicaba, 1994. 158p. Dissertação (Mestrado em Ortodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas.

Artigo de periódico

VARELLA, J.A.P. Fatores biológicos no preparo de cavidade. Ver.Assoc. Paul. Cir. Dent, v 15, n. 3, p. 149-154, maio/jun., 1961.

A Exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

f) Citação (ABNT - NBR 10520, de 1988)

Indireta: O autor não se utiliza do texto original, mas de uma citação feita numa obra que consultou.

SAWYER et al(34). Apud MENEZES(29) realizaram as moldagens e aguardam a presa...

Direta: um autor: MAHLER (30), PESQUISANDO...dois e tres autores: SALOMÃO; MAHLER(38) já afirmaram que... mais de três autores: MAHLER et al (37), em sua pesquisa...

- Do encaminhamento

Os originais deverão ser encaminhados para Conselho Federal de Fonoaudiologia, SCLN 102, Bloco "B", Sala 101, Brasília-DF, CEP 70722-520, Fone: (061) 226-1213; FAX (061)321-0691.E-Mail: fonoaudiologia@fono.com.br

# Arpef

## ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E PESQUISA FONOAUDIOLÓGICA RIO DE JANEIRO CURSO DE FORMAÇÃO NA METODOLOGIA VERBOTONAL

MARÇO DE 1999

Início: 06 de Março - de 8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00 hs

Término: 04 de dezembro de 1999 - Inscrições:

ENDEREÇO: Rua Dezenove de Fevereiro, 163 - Botafogo

TELEFAX: (021) 542 6994 - E.MAIL: arpef@ibm.net

Valores: Inscrição: R\$60,00 - Mensalidade: R\$ 120,00

VAGAS LIMITADAS

## PROGRAMA

MARÇO, 06

AULA INAUGURAL

Helena Dale Couto

ANATOMIA E FISIOLOGIA

DA AUDIÇÃO

Zelinda Braga

ABRIL, 10

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA

MET. VERBOTONAL

Helena Dale Couto

MAIO, 15

CONJUNTO E AUDIOVISUAL

Leticia Cid Bertholo

JUNHO, 12

RITMO CORPORAL

Ana Maria Oliveira

JULHO, 10

RITMO MUSICAL

Andréa Galvão

AGOSTO, 07

INDIVIDUAL

Cristina Braga

APARELHAGEM SUVAG

Lylia Bertholo

SETEMBRO, 11

ACÚSTICA AVALE AASI

Patrícia Camões

OUTUBRO, 02

A CRIANÇA E A FAMÍLIA

Carmem Falcão

NOVEMBRO, 06

OFICINA DE LINGUAGEM

Maria Rosário Souza Leite

DEZEMBRO, 04

BILINGÜÍSMO

Helena Dale Couto

AVALIAÇÃO DO CURSO

Helena Dale Couto

# JORNAL CFFa

O JORNAL QUE FALA  
A NOSSA LÍNGUA

**AGUARDE  
A  
PRÓXIMA  
EDIÇÃO  
EM  
DEZEMBRO!**



**CHEGOU  
CIENTÍFICA BABY,  
CRIADA PARA O  
BEBÊ!**

Super macia, flexível e com limitador de segurança.

Com a escova menor o bebê estimula a gengiva para o nascimento dos dentes, iniciando a higiene bucal. Com a escova maior o adulto poderá completar a higienização.

Fonoaudiólogos acreditam que, com essas escovas o bebê poderá dessensibilizar a cavidade oral.



Informações: (016)636-1371

Sugerimos o uso  
à partir dos 4 meses  
de idade até 3 anos

MACRON

SUPER  
MACIA

## **Alguns Bebês Nascem**



**Ouvindo...**

**O seu  
hospital já  
começou?**

**Outros Precisam**

**de Sua Ajuda.**

[babyoae@ibm.net](mailto:babyoae@ibm.net) - fax: (011) 853-3595

**REVISTA  
FONO BRASIL**



Conselho Federal de Fonoaudiologia

SCLN 102 - Bloco B - Sala 101 - Brasília-DF - CEP 70722-522 - fone: (061) 226-1213 - fax: 321-0691