



Rinoglotalfilia como estratégia enunciativa na interlocução de uma criança com nasalidade excessiva e sua terapeuta

Rhinoglotalphilia as an enunciative strategy in the interlocution between a child with excessive nasality and her speech therapy professional

Rinoglotalfilia como una estratégia enunciativa en la interlocución entre una niña com nasalidade excesiva y su terapeuta

Ana Paula Ramos Souza*
Valdir do Nascimento Flores**

Resumo

Este texto apresenta e desenvolve a hipótese de que a afinidade entre o traço nasal e o envolvimento articulatório da glote na linguagem de falantes com nasalidade excessiva é um efeito da necessidade de prover pistas acústicas ao interlocutor. Analisam-se, com base em uma leitura ampliada da teoria da enunciação de Émile Benveniste, dados de linguagem de uma criança de quatro anos de idade com incompetência velofaríngea por paresia motora, coletados em situação de clínica fonoaudiológica. Utiliza-se metodologia qualitativa para a análise dos diálogos coletados. Os resultados demonstram uma relação entre a dificuldade interpretativa do interlocutor e intensificação da rinoglotalfilia na fala da menina.

Palavras-chave: distúrbios da fala; transtornos da articulação; criança; esfíncter velofaríngeo.

Abstract

This paper shows and analyzes the hypothesis that the affinity between nasal constraint and glotal articulation in speakers with excessive nasality is a consequence of the need to give acoustical cues to the interlocutor. The language data of a four years old child with velopharyngeal incompetence by motor

*Fonoaudióloga; Professora do Curso de Fonoaudiologia da UFSM e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da UFSM. **Linguista; Professor do Instituto de Letras e do Programa de Pós-Graduação em Letras da UFRGS; Pesquisador PQ-CNPq.

paresy, collected in clinical speech therapy situation, are analysed by an amplified approach of Émile Benveniste theory. A qualitative method was utilized for the analysis. The results show the relationship between the interlocutor interpretation limitations and rhinoglotalfilia intensification in the girl's speech.

Keywords: *speech disorders; articulation disorders; child; velopharyngeal sphincter.*

Resumen

Este texto presenta y desarrolla la hipótesis de que la afinidad entre el rasgo nasal y la participación de la glotis en el lenguaje de hablantes con nasalidad excesiva es un efecto de la necesidad de proporcionar señales acústicas al interlocutor. Se analizan, con base en una lectura ampliada de la teoría de la enunciación de Émile Benveniste, datos de una niña de 4 años con incompetencia velofaríngea por paresia motora, recogidos en situación de clínica fonoaudiológica. El método de la análise de los datos coletados es cualitativo. Los resultados demuestran una relación entre la dificultad interpretativa del interlocutor y la intensificación de la rinoglotalfilia en el habla de la niña.

Palabras clave: *transtornos del habla; trastorno de la articulación; niño; esfínter velofaríngeo.*

Introdução

Estudos descritivos, com base na percepção auditiva ou por meio de análises computadorizadas, das compensações articulatórias comuns em casos de fissuras do lábio e do palato ou de disfunção velofaríngea, alguns após técnicas cirúrgicas ou odontológicas específicas¹⁻¹³, evidenciam que pode haver a coarticulação entre um ponto compensatório e a articulação oral. O ponto articulatório compensatório é efetivo para gerar a produção, enquanto o ponto articulatório envolvido no som alvo ocorre de forma simultânea, porém não efetiva¹⁴. Um dos exemplos mais comuns é a co-articulação da oclusiva glotal com movimentos simultâneos de lábios ao produzir a plosiva /p/ ou com movimento da língua ao produzir as plosivas /t/ e /k/. A plosiva glotal também pode substituir as plosivas orais.

O objetivo de Marino et al.¹⁴ é buscar o aprofundamento das informações a respeito dos tipos de articulação compensatória comumente descritos na literatura para, assim, poder discutir as implicações e contribuições da avaliação clínica e instrumental na identificação de produções dessa natureza. O trabalho das autoras é exaustivo e muito bem embasado em sólida bibliografia técnica.

As conclusões de Ramos¹⁵, por outro lado, indicam a necessidade de abordar os efeitos de alterações fonéticas e fonológicas dos casos de fissura como um efeito da rinoglotalfilia. Em Ramos, os

dados, analisados em uma perspectiva gerativista, permitiram observar, na análise da fala espontânea, que quanto maior a nasalidade no enunciado maior também a presença de co-articulação glótica.

A rinoglotalfilia é a afinidade entre o traço nasal e o envolvimento articulatório da glote. Esse autor ressalta não ter encontrado clara relação articulatória entre abaixamento do palato mole e sons laringeos, mas apresenta evidências em diversas línguas com Thai, por exemplo, na qual as vogais [+baixa] ficam [+nasal] após consoantes como [h] e [ʔ]¹⁶.

Considera-se que isso parece acontecer porque as consoantes glóticas não exigem o palato mole abaixado nem elevado, ou seja, elas podem ser articuladas com posição abaixada ou elevada do palato mole. Portanto, o fato de não serem distorcidas por vogais nasalizadas favorece a utilização em co-articulação com as tentativas de consoantes obstruintes nasalizadas, de modo a dar ao interlocutor uma pista consonantal, quando as obstruentes não podem ser totalmente orais, como ocorre na fala de sujeitos que possuam limites orgânicos que afetam o funcionamento do esfínter velofaríngeo, como as fissuras do lábio e do palato¹⁷.

As conclusões de Ramos¹⁵ indicam a necessidade de desenvolvimento de estudos que analisem – com base não somente na fonologia – outras estratégias que possam ser utilizadas por um sujeito com fissura palatina ou disfunção velofaríngea para se fazer compreender pelo interlocutor. Para tanto,

é fundamental assumir uma perspectiva de funcionamento de linguagem¹⁸ e a transversalidade dos níveis linguísticos, na abordagem dos distúrbios de fala, e de modo particular da rinoglotofilia, tema deste estudo.

Portanto, cabe considerar que os distúrbios de fala decorrentes de distúrbios articulatorios, que têm origem em fissuras do lábio e do palato ou em disfunções velofaríngeas, promovem uma perspectiva investigativa em que estão articulados o orgânico e o linguístico por meio da figura do locutor, do falante.

Assim, a evidência da relação do articulatório com o linguístico se dá quando se considera que o fonético e o fonológico são constitutivos da totalidade da linguagem do locutor. Tal abordagem – que toma a linguagem do falante em sua totalidade – é de fundamental importância para a clínica fonoaudiológica, porque permite passar da generalidade da hipótese diagnóstica para a singularidade da hipótese sobre o funcionamento da linguagem (Cf. SURREAUX¹⁸). Dessa forma, a clínica fonoaudiológica da linguagem pode ser enriquecida na medida em que as informações obtidas sobre o funcionamento da linguagem subsidiam a instância clínica, principalmente a partir da elaboração de uma intervenção terapêutica que contemple o funcionamento de linguagem particular de cada paciente. Para abordar esse funcionamento de linguagem, utiliza-se uma perspectiva ampliada da teoria enunciativa de Émile Benveniste^{19,20}.

Émile Benveniste é um linguista que desenvolveu seus estudos entre os anos de 1930 a 1970, na França. Ficou conhecido por seu trabalho como comparatista no estudo de línguas indo-europeias e por ter desenvolvido as bases de uma linguística – hoje em dia chamada, no Brasil, de Linguística da Enunciação – que busca descrever os mecanismos linguísticos utilizados por um locutor para usar, com singularidade, o sistema da língua.

Essa linguística, também denominada Teoria da Enunciação, estuda o sentido que tem a língua, no uso que um locutor faz dela em uma dada situação espaço-temporal. Em termos técnicos, podemos dizer que a análise enunciativa estuda o sentido que um enunciado tem na enunciação.

Considera-se um enunciado um fato linguístico, de qualquer dimensão (fonema, palavra, frase etc.), de qualquer nível da análise linguística. O enunciado é um produto, é o dito. A enunciação é o ato de produzir o enunciado. A enunciação é,

na verdade, o dizer, isto é, ato de utilizar a língua em uma situação de espaço e de tempo, também chamada de situação de enunciação.

Em outras palavras, quando se quer fazer uma análise enunciativa, estuda-se o sentido que tem um enunciado no ato em que é proferido por um locutor em um “aqui” (espaço) e em um “agora” (tempo), em um diálogo. Estuda-se, portanto, o ato, a enunciação, e o produto do ato, o enunciado.

Em Flores^{21,22,23} foi proposto que a enunciação – por ser um ponto de vista que coloca o semântico em primeiro plano na análise linguística – possibilita ver que as marcas do locutor estão presentes em todos os níveis da língua (fonologia, morfologia, sintaxe etc.), tomados separadamente e/ou em inter-relação. A categoria de análise que permitiu a descrição dessas marcas foi a de transversalidade enunciativa (cf. Flores^{21,23}), a partir da qual se vê que as marcas do locutor recobrem todos os níveis da língua. Foi considerado, ainda, que a categoria transversalidade enunciativa evidencia, na análise linguística, como as mudanças em um nível têm efeitos em outros níveis, o que somente pode ser feito na instância enunciativa.

Assim, a análise enunciativa não se restringe a apenas um nível linguístico (o lexical, o sintático, o morfológico, o fonológico etc.). Não existe um nível da língua que seja priorizado para esse estudo. O locutor, quando enuncia, o faz com a língua toda. Logo, todo e qualquer fenômeno linguístico carrega em si a potencialidade de um estudo em termos de enunciação. Pode-se fazer uma pesquisa enunciativa que examine o léxico, a sintaxe, os aspectos fonológicos, ou a prosódia da fala de alguém. Qualquer fenômeno linguístico de qualquer nível pode ser abordado do ponto de vista enunciativo.

Enfim, alguns dos termos-chave da teoria enunciativa de Benveniste são: locutor/interlocutor; diálogo; situação de enunciação (espaço e tempo); enunciado e enunciação. A categoria de análise que permite operar com esses conceitos no campo dos distúrbios de fala é a de transversalidade enunciativa. Em síntese, portanto, para se proceder a uma análise enunciativa é necessário seguir alguns passos básicos:

- 1) levar em conta algum mecanismo do sistema linguístico, que Benveniste¹⁹ chama de índices específicos e procedimentos acessórios. Esses mecanismos serão considerados aqui as “marcas” da enunciação no enunciado;

2) analisar esses mecanismos linguísticos com relação à situação de enunciação (tempo e espaço), tendo em vista o diálogo entre o locutor e o interlocutor;

3) desenvolver um estudo qualitativo do sentido desses mecanismos linguísticos, uma vez que tal sentido sempre é único já que ancorado em uma situação enunciativa única. Esse ponto é muito importante, na medida em que ele permite que a análise não seja generalizada;

4) elaborar um estudo que enfoque a relação entre a forma e o sentido dos instrumentos linguísticos em uma dada situação de enunciação;

5) analisar o fenômeno linguístico em destaque em relação ao conjunto da linguagem do sujeito, o que denominamos de *transversalidade enunciativa*.

Feitas essas considerações, é possível definir o objetivo deste estudo. Ao considerar a *rinoglotalfilia*, um vínculo especial que une as articulações glotais à nasalidade, pretende-se verificar em que medida esse recurso – associado ao conjunto da linguagem de um locutor (*transversalidade enunciativa*) – é utilizado, em uma dada situação espaço-temporal, por um locutor com disfunção velofaríngea para prover pistas acústicas ao interlocutor.

Apresentação do caso clínico

Os dados apresentados são de uma menina com quatro anos de idade, de classe média, em atendimento fonoaudiológico, que procurou a primeira autora deste trabalho para avaliação fonoaudiológica em clínica escola. A avaliação inicial da menina ocorreu no mês de dezembro de 2012. A entrevista inicial trouxe dados de seu desenvolvimento, como o fato de que nasceu prematura, apresentou desenvolvimento de um ponto de vista global normal, exceto a baixa estatura. Em função desse fato, o pediatra indicou e a mãe a levou para avaliação genética, que não identificou síndrome alguma.

A menina vive em casa com pai, mãe, irmãos e babá. Tem boa inserção na escola, mas ressentida da dificuldade de comunicação advinda do excesso de nasalidade em sua fala. O exame otorrinolaringológico identificou uma disfunção velofaríngea. As causas da mesma ainda estão sendo investigadas. Com o que foi até aqui observado, não parece haver comprometimento estrutural do esfíncter velofaríngeo, mas apenas funcional.

Na avaliação, a menina foi filmada em interação com sua terapeuta, e a seguir foi realizada a transcrição e foram escolhidas cenas que permitissem discutir a hipótese lançada neste estudo. A mãe autorizou a pesquisa por meio de assinatura de termo de consentimento livre esclarecido, aprovado em análise do Comitê de Ética da Universidade onde os dados foram coletados, sob número de CAAE 0117.0.243.000-07.

Em relação à transcrição, Aresi e Flores²⁴ afirmam que, em um viés enunciativo, ela deve ser vista também como um ato de enunciação. Dizendo de outra forma: sendo a transcrição o produto da observação de um *fato enunciativo*, e uma vez que a própria observação já é em si um princípio de descrição, feita através de um determinado ponto de vista, essa transcrição necessariamente levará consigo as marcas daquele que a produziu. Com isso, quer-se dizer que a transcrição não foge à singularidade da enunciação, sendo, portanto, única e circunscrita apenas ao propósito de sua produção. Uma mesma cena enunciativa, por exemplo, certamente será transcrita de forma diferente por dois ou mais sujeitos, seja pela finalidade das transcrições, seja pela escuta dos transcritores. E essa escuta tende a ser ainda mais diversificada quando se trata de uma cena clínica, na qual a fala desviante do paciente muitas vezes dificulta a interpretação de sons e de significados. Ademais, o ato enunciativo, uma vez transcrito, sofre uma mudança em sua condição original, já que a transcrição se configura numa enunciação sobre outra enunciação.

A transcrição a seguir é feita resguardando, na medida do possível, alguma proximidade da fala. Usa-se a escrita ortográfica para transcrever a fala da terapeuta (J); a fala da menina (R) é, em sua maioria, transcrita de acordo com a escrita ortográfica, quando, porém, a palavra tem som alterado em função da nasalização o fonema é transcrito de acordo com o alfabeto fonético internacional.

Além dessas normas de transcrição, seguimos também as seguintes:

- (.) um ponto entre parênteses indica que há uma pausa curta intra ou interturnos;
- (...) três pontos entre parênteses indicam que há uma pausa longa intra ou interturnos;
- PALAVRA letra maiúscula indica fala com intensidade acima da fala que a rodeia;
- Pala- hífen indica corte abrupto da fala;

- (comentário) comentário entre parênteses é uma tentativa de “traduzir” o que foi dito pelo paciente;

- () parênteses vazios indicam que o transcritor foi incapaz de transcrever o que foi dito – segmento ininterpretável;

- [] colchetes indicam comentários do transcritor sobre o contexto enunciativo restrito;

Para transcrição das articulações compensatórias foi utilizado o alfabeto fonético internacional.

Após a apresentação de cada cena, seguem as observações, nas quais se busca evidenciar os elementos que comprovam a hipótese deste trabalho.

Para desenvolver tal análise faz-se o seguinte percurso:

a) Apresentam-se recortes de diálogo entre uma menina e sua terapeuta em situação de atendimento fonoaudiológico, denominados de *Cenas*. Tais *cenas* evidenciam o contexto de ocorrência do diálogo e as figuras envolvidas (locutor e interlocutor);

b) Após, destacam-se os turnos que serão objetos da análise e os mecanismos que estarão sob exame.

Análise das Cenas

Cena 1

Contexto enunciativo:

J. e R. estão em uma mesa com miniaturas de panelinha, frutas e verduras, brincando de fazer comida para a boneca.

1) J: O que a gente vai dar de comidinha pro nenê?
2) J: Tu vai ter de escolher? [alcançando o cesto de miniaturas para R.]
3) J: O que tem de comida para ele?
4) R: ãh [pegando a uva do cesto]
5) J: A uva? É. Ele gosta?
6)υ)π)α)*
7) J: A UVA!!!
8) J:O que mais?
9) R: lãlã [em dúvida porque era uma laranja cor de rosa]
10) J: Laranja? [também em dúvida]
11) R: lãlã [fala menos intensa quase desistindo de falar]
12) J: Não achou?
13) R. Não lãlã. ã(ι) (aqui) [mostrando a pera]
14) J: Sabe o que é isso?
15) R:[em silencio mostra a pera para terapeuta esperando que ela nomeie]
16) J: É pera. Tu gosta?
17) R:[faz que sim com a cabeça, soltando a pera e pegando o que parecia ser um milho]
18) J: E esse aí tu conhece?
19) R:Moyá
20) J: [em silêncio sem entender a fala em dúvida quanto ao objeto e fala]
21) J: MILHO!!! [feliz por ter descoberto o objeto]
22)R: `mι)'ιυ) [Milu com golpe de glote e nasalizado]
23) J: Tu não gosta?

24) R: Ἄ ΜᾶΜᾶψ) Νᾶω))! Ἄ ΜᾶΜᾶψ) Νᾶω))! [mamãe, neste caso, pode ser tanto ela quanto sua mãe. Parece ser R como mãe do nenê]	
25) J: A mamãe não! Tu gosta?	26) R: [Faz que não com a cabeça]
27) J: Esse é o chuchu.	
28) R: /υ)/υ). [descobre algo que faz barulho dentro do chuchu e fica balançando um bom tempo]	
29) J: Ele balança lá dentro!	30) R: /υ)/υ). (chuchu)
31) J: O que mais tem?	
32) [R. pega e mostra o alho]	
33) J: Conhece?	
34) R:[fica em silêncio pensando]	
35) J: ALHO	
36) R: ã	
37) J: é de fazer tempero de comida.	
38) R: [olha o alho analisando os detalhes]	
39)J: [terapeuta se distrai olhando a hora no celular]	
40) R: ε)σ)ι)E)α)π)α)η)α) (essa é pera) [bem nasalizado]	
41) J: outra pera !	
42) R: nãã	
43) J: O nenê gosta! Tu gosta?	
44) R: [faz que não com cabeça]	

Na Cena 1, chamam a atenção algumas relações enunciativas:

Nos enunciados (4) **ãh [pegando a uva do cesto]** e (6) υ) ϖ) α), percebe-se que R não emite “uva”. Na verdade, R convoca o terapeuta a falar por ela – o que ocorre no turno (5), **A uva? É. Ele gosta?** – para, então, R repetir de maneira espelhada em (6), utilizando nasalidade e golpe de glote. Em (7), a terapeuta, de certa forma, confirma (6), ao dizer **A UVA**, em intensidade acima da fala anterior.

Há, aqui, um primeiro fato interessante: a ocorrência de “uva”, em (5), funciona como uma espécie de vocalização da resposta de R, articulada por J.

Observe-se que o conjunto do diálogo sustenta essa interpretação, uma vez que nos enunciados anteriores, a terapeuta dirige três perguntas a R: (1) **O que a gente vai dar de comidinha pro nenê?**; (2) **Tu vai ter de escolher?** [alcançando o cesto de miniaturas para R.]; (3) **O que tem de comida para ele?**. Após essas três perguntas feitas pela

terapeuta, R mostra a “uva” – cf. (4) **ãh [pegando a uva do cesto]** – e após mostrar a terapeuta diz (5) **A uva? É. Ele gosta?**.

R entende as perguntas, responde-as através de um gesto, mostrando a “uva”. No entanto, falta-lhe o recurso vocal para enunciar “uva”. É nesse ponto que o espelhamento acontece em (6). Ou seja, R fala “uva”, em (6), repetindo uva dito em (5), mas o faz utilizando nasalidade e golpe de glote.

Não se trata, portanto, de um espelhamento qualquer, mas de um espelhamento que mostra que R entendeu o que disse J e, por isso, R sente-se em condições de repetir.

Isso faz pensar que nasalidade e golpe de glote operam, no interior desse diálogo, como uma espécie de “sinalizador” que indica o esforço de R em se fazer compreender por J. Ou seja, a relação entre nasalização da fala e coarticulação glótica é uma pista para o interlocutor de tentativa de garantia de sentidos na linguagem.

Os enunciados (9), (10) e (11) seguem o enunciado (8) em que J diz **O que mais?**. O enunciado (9), **lālā [em dúvida porque era uma laranja cor de rosa]**, é uma resposta a (8) e o enunciado (11), **lālā [fala menos intensa quase desistindo de falar]**, é uma tentativa de articulação, mas ao reconhecer não ser compreendida, R diminui a intensidade da fala. A palavra **laranja** parece ser muito difícil de articular e, conseqüentemente, de espelhar. O abandono da intenção de dizer laranja se confirma em (13), quando R enuncia: **Não lālā. ā/ʌ) (aqui) [mostrando a pera]**. Ou seja, não é **laranja**, é **pera**. É por isso que, em (15), R apenas mostra a pera para a terapeuta esperando que ela nomeie.

Observe-se que o conjunto desses enunciados evidencia, de um lado, o esforço de R em se fazer compreender; de outro lado, uma espécie de mecanismo de desvio da forma **laranja**, difícil de ser articulada. O abandono de **laranja** é um indicador, também, das possibilidades de entendimento pelo interlocutor que R supõe possuir.

Em (19), **Moyá**, e, em (22), **‘mu’λʌ) (Milho)** é possível, mais uma vez, confirmar a idéia de que

o golpe de glote em conjunto com a nasalização é uma pista que visa ao interlocutor. Na verdade, R enuncia **Moyá** para **milho**, termo ao qual a terapeuta chega em função do objeto. O mais interessante dessa parte do diálogo, é que R, ao dizer **‘mu’λʌ)** (linha22) com coarticulação glotal-nasal, espelha a fala da terapeuta em (21), **MILHO**, utilizando o golpe de glote e a nasalidade para melhorar a produção de consoantes.

Mais uma vez não se trata de uma mera repetição espelhada, mas de repetição que tem uma finalidade: confirmar a fala de J, esforçando-se para se fazer melhor entender via nasalidade e golpe de glote, o que, nesse contexto, funciona como uma marca enunciativa de sinalização ao interlocutor.

Finalmente, em (40), [εσ))ʌE) **‘pāhā]** (**esse é pera**)- **muito nasalizado**, R chama a atenção de J exatamente em um momento de distração da terapeuta. Esse é um dos únicos momentos em que R produz uma frase sem o recurso do espelhamento, embora mantendo a nasalidade acentuada.

Cena 2

R. Sentada no chão embala seu bebê.
J. Sentada a sua frente.

1)J: dormiu? [sussurrando]

2) R: [continua embalando e faz que sim com cabeça]

3)J: Fechou o olho? [voz pouco intensa]

4)R: [não com a cabeça]

5) J. [coloca papel de coberta sobre o olho do bebê]

6) R: [ajeita o papel]

7) J: Fica no escurinho

8) R: [ajeita o papel- bate e olha J. e ri]

9) J: O que tem aí?

10) R: [destapa o bebê]

[A porta abre fazendo um barulhão assustando J. e R.]

11) R: (colocou a mão no rosto e fez cara de espanto)

12) J: Abriu a porta? A porta abriu?

13) R: ã'βt)ω) (abriu) [reproduz a mímica]

14) J: empurrou a cadeira tu. Viu? Acho que era uma titia achando sala tava fazia. O nenê acordou?

15) R: [olha a terapeuta com mão no rosto- espanto]

16) J: O que aconteceu? [faz a voz do nenê como se perguntasse a R]
17) R: [mexe no bebê acalmando]
18) J: Nenê tu acordou porque a cadeira mexeu. Não te assusta.
19) R: ã/ã/e/ã /e/ε)ω) não 'ti ãh)υ)'tã nenê [A cadeira mexeu. Não te assusta nenê]
20) J: Pobrezinho. Ele se assustou com barulho. A gente também se assustou. Eu também.
21) R: (enquanto terapeuta fala segue aconchegando o nenê em seu peito)

Na Cena 2, há vários pontos que chamam a atenção quando analisados de acordo com a hipótese aqui sustentada.

As linhas (2), (4), (6), (8), (10) e (11) são constituídas apenas por indicações dos gestos feitos por R. Apenas em (13), tem-se um enunciado: ã/tω) (**abriu**) [reproduz a mímica]. O enunciado (13) é, na verdade, uma resposta ao enunciado (12) em que a terapeuta diz **Abriu a porta? A porta abriu?**. O enunciado (13) é um espelhamento de (12), produzido com rinoglotalfilia e nos mesmos termos dos enunciados espelhados analisados na Cena 1.

No entanto, há um ponto de grande relevância na Cena 2 e que ilustra claramente a hipótese de que a rinoglotalfilia é uma pista enunciativa de R que visa fazê-la compreender-se para o interlocutor: R diz em (19) **R: ã/ã/e/ã /e/ε)ω) não 'ti ãh)υ)'tã nenê**, o que na transcrição é traduzido como “a Cadeira mexeu. Não te assusta nenê”.

R produz simultaneamente à fala da terapeuta, falando com o nenê. Ela, na verdade, produz um enunciado bem mais longo – o mais longo nas transcrições das cenas 1 e 2 – que é dirigido ao nenê.

Este é um detalhe importante. A frase mais longa é dirigida ao nenê porque este não tem perigo de não entendê-la.

O conjunto do diálogo, aqui é fundamental para que isso seja percebido. Em (14), a terapeuta diz “**empurrou a cadeira tu. Viu? Acho que era uma titia achando a sala tava fazendo. O nenê acordou?**”. O diálogo continua porque R, em (15), olha a terapeuta com mão no rosto, com certo ar de espanto. Em (16), a terapeuta simula a voz do nenê e diz “**O que aconteceu?**”. R está totalmente envolvida no diálogo e responde em (17), fazendo um gesto que busca acalmar o nenê. Em (18), a terapeuta continua a estratégia de dar voz ao nenê, desta

vez, dirigindo-lhe um enunciado “**Nenê tu acordou porque a cadeira mexeu. Não te assusta?**”.

É a partir desse conjunto que R produz (19).

Portanto, mais uma vez, não se trata de mero espelhamento, mas de uma repetição das palavras da terapeuta que registra o perfeito entendimento, por parte de R, da lógica estabelecida no diálogo.

A sustentação enunciativa realizada pela terapeuta, nessa última sequência, é o que se entende como o espaço de interlocução necessário para que R. deseje falar melhor. Nesse momento, a terapeuta investiga as possibilidades de melhora de funcionamento do esfíncter por meio de algumas manobras articulatórias como maior projeção de lábios, o que tem permitido maior clareza articulatória. R. tem-se esforçado para falar frases mais completas e com maior clareza. Parece compreender a necessidade de tentar produzir uma fala mais oralizada e sente-se motivada para tal, tendo em vista a escuta atenta da terapeuta que a faz desejar cada vez mais se fazer entender.

Considerações finais

A análise dos dados acima permite conclusões de duas naturezas: teórico-metodológica e clínica.

Do ponto de vista teórico-metodológico, espera-se ter evidenciado que a análise de dados de distúrbio de fala, considerado o ponto de vista linguístico-enunciativo, exige atenção ao conjunto dos enunciados – denominados aqui de “cena” – com relação à situação-espaço temporal em que ocorrem. É somente desse ponto de vista que foi possível mostrar que as repetições espelhadas de R não são apenas repetições, mas possibilidades de inscrição do locutor na linguagem, possibilidades estas que permitem inferir atitudes de concordância, discordância, aceitação etc.

Do ponto de vista clínico, a análise dos dados permite concluir que a coarticulação glótica com a nasalidade excessiva funcionam, na linguagem de R, como indicações, pistas, que direcionam o interlocutor em relação ao significado do que está sendo dito. O entendimento desse funcionamento específico da linguagem de R possibilita delinear uma intervenção clínica mais dirigida, em especial, com relação às instâncias de avaliação e terapia. Acredita-se que só a partir do respeito às possibilidades enunciativas atuais é que R. poderá engendrar novas possibilidades de fala. Por isso, a terapeuta não assume uma posição corretiva direta da forma como R. fala, preocupa-se com a sustentação de sentidos na interlocução com R., o que tem aberto novas possibilidades inclusive de mudanças articulatórias de R.

Referências Bibliográficas

1. de Buys Roessingh AS, Dolci M, Zbinden-Trichet C, Bossou R, Meyrat BJ, Hohlfeld J. Success and failure for children born with facial clefts in Africa: a 15-year follow-up. *World J Surg*. 2012; 36(8):1963-9.
2. Brunnegård K, Lohmander A, Van Doorn J. Comparison between perceptual assessments of nasality and nasalance scores. *Int. J. Lang Commun Disord*. 2012; 47(5):556-66.
3. Willadsen E. Influence of timing of hard palate repair in a two-stage procedure on early speech development in Danish children with cleft palate. *Cleft palate craniofac J*. 2012; 49(5):574-95.
4. Lohmander A, Friede H, Lilja J. Long-term, longitudinal follow-up of individuals with unilateral cleft lip and palate after the gothnburg primary early veloplasty and delayed hard palate closure protocol: speech outcome. *Cleft palate craniofac J*. 2012; 49(60):6576-71.
5. Kummer AW, Clark SL, Redle EE, Thomsen LL, Billmire, DA. Current Practice in assessing and reporting speech outcomes of cleft palate and velopharyngeal surgery: a survey of cleft palate/craniofacial professionals. *Cleft Palate Craniofac J*. 2012; 49(2):146-52.
6. Fitzsimons DA, Jones DL, Barton B, North KN. A procedure of the computerized analysis of cleft palate speech transcription. *Clin. Linguist. Phon*. 2012; 26(1):18-38.
7. Wermeker K, Jung S, Joos U, Kleinhez J. Objective Assessment of Hypernasality in Patients with Cleft Lip and Palate with the NasalView System: A Clinical Validation Study. *Int. J. Otolaryngol*. 2012; 321319.
8. Jain H, Rao D, Sharma S, Gupta S. Assessment of speech in primary cleft palate by two-layer closure (conservative management). *J Surg Tech Case Rep*. 2012; 4(1):6-9.
9. Pamplona MC, Ysunza A, Chavelas K, Arámburu, Patiño C, Marti F, Morales S. A study of strategies for treating compensatory articulation in patients with cleft palate. *J Maxillofac Oral Surg*. 2012; 11(2):144-51.
10. Barbosa A, Magilli L, Andrade CRF, Alonso N. Fraca pressão aérea intraoral na fala após correção cirúrgica a fissura palatina. *Rev. bras. Cir.pl.st*. 2012; 27(4):542-6.
11. Klintö K, Salameh EK, Svensson H, Lohmander A. The impact of speech material on speech judgement in children with and without cleft palate. *Int. J. Lang. Commun Disord*. 2011; 46(3):348-60.
12. Von Wühlisch FS, Pascoe M. Maximizing health literacy and client recall in a developing context: speech-language therapist and client perspectives. *Int. J. Lang. Commun. Disord*. 2011; 46(5):592-607.
13. Brandão GR, Freitas JAS, Genaro KF, Yamashita RP, Fukushima AP, Lauris JR. Speech outcomes and velopharyngeal function after surgical treatment of velopharyngeal insufficiency in individuals with signs of velocardiofacial syndrome. *J. Craniofac. Surg*. 2011; 22(5):1736-42.
14. Marino VCC, Dutka JCR, Pegoraro-Krook MI, Lima-Gregio AM. Articulação compensatória associada à fissura de palato ou disfunção velofaríngea: revisão de literatura. *Rev CEFAC*. 2012; 14(3):528-54.
15. Ramos APF. Avaliação e Tratamento Fonológico de Crianças Portadoras de Fissuras do Lábio e do Palato Reparadas na Faixa Etária de 4 a 9 anos. [Dissertação]. Rio Grande do Sul (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1991. 259p.
16. Matisoff JA. Rhinoglossophilia: the mysterious connection between nasality and glottality. In: Ferguson CA, Ohala JJ, Hyman LH (ed). In *Nasalfest: papers from a symposium on nasals and nasalization*, Edited by Ferguson, CA; Hayman, LH e Ohala, JJ. Califórnia: Stanford University; 1976.
17. Ohala JJ. Phonetic explanations for nasal sound patterns. In *Nasalfest: papers from a symposium on nasals and nasalization*, Edited by Ferguson, CA; Hayman, LH e Ohala, JJ. Califórnia: Stanford University; 1976.
18. Surreaux LM. "Hipótese sobre o funcionamento da linguagem". *Organon*, 2006; 40/41:157-77.
19. Benveniste E. *Problemas de Linguística Geral I*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP; 1988.
20. _____. *Problemas de Linguística Geral II*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP; 1989.
21. Flores V. "A enunciação e os níveis de análise linguística em dados de distúrbios de linguagem". *Organon*, 2009; 46(23):177-89.
22. _____. "O lugar metodológico da análise da enunciação em relação aos níveis da análise linguística". In: Collischohn G, Battisti E. (Orgs.) *Estudos da linguagem. Perspectivas de investigação*. Pelotas (RS): EDUCAT; 2011. p. 45-57.
23. _____. "Fato, nível da análise linguística e transcrição: três operadores da análise enunciativa". In: Leffa V, Ernest A. (Orgs.) *Linguagens. Metodologias e pesquisa*. Pelotas (RS): EDUCAT; 2012. p.150-64.
24. Aresi F; Flores V. "O funcionamento enunciativo do par pergunta-resposta em situação de clínica dos distúrbios de linguagem". *Calidoscópio*. 2008; 6:86-95.

Recebido em junho/13; aprovado em setembro/13.

Endereço para correspondência

Ana Paula Ramos Souza. Endereço: Rua Raposo Tavares 134, apto. 401, Medianeira, CEP: 97015-560 - Santa Maria-RS.

E-mail: ramos1964@uol.com.br