

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A TERAPIA DA VOZ

Maria Laura Wey Märtz*

Falar sobre terapia vocal implica, num primeiro momento, refletir sobre quais significados atribuímos à voz e, por extensão, à queixa do paciente quando nos procura ou, ainda, aos significados que atribuímos ao trabalho fonoaudiológico com a voz. Abordarei, neste texto, três perspectivas para a compreensão da voz, a saber: *clínico-organicista*, *supra-segmental linguística* e *clínico-terapêutica*, procurando esclarecer algumas de suas implicações na práxis fonoaudiológica.

Tomando a definição de voz como *som ou conjunto de sons produzidos pelo aparelho fonador*, veremos aí uma acepção mais voltada aos aspectos orgânicos, fisiológicos da produção vocal. A descrição detalhada da laringe na função fonatória vem sendo, há muito tempo, objeto de estudo de vários fisiologistas. De meados do século passado, quando se teve notícia da invenção do primeiro laringoscópio (Garcia, 1956), até os dias de hoje, muitos progressos técnicos foram

* Fonoaudióloga, professora da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP, mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC-SP.

realizados. Manuel Garcia, o inventor, contava poder descrever as funções laríngeas para melhor orientar os cantores em seu ofício.

Do detalhamento da função vocal da laringe para os cantores e, posteriormente, do discernimento entre funções normais e patológicas, surgem as especificações técnicas para uma boa vocalização. A terapia da voz, quando centrada nos aspectos fisiológicos de sua produção, busca a detecção da falha que impede o funcionamento conjunto e harmonioso do *aparelho fonador*, expressão essa que merecerá alguma discussão mais adiante.

Se o *ativador* ou o *vibrador* ou ainda o *ressoador* estão com problemas, trata-se de trabalhar a respiração, o tônus muscular das cordas vocais e da musculatura periférica e, ainda, a participação mais eficiente das caixas de ressonância durante a emissão vocal; o trabalho conjunto desses elementos integrantes do *aparelho fonador* costuma ser nomeado como *coordenação pneumofonatória*, ou *pneumofonoarticulatória* se há articulação de palavras implicada nessa emissão. Em suma, trabalha-se relaxamento, respiração, apoio e ressonância na produção vocal, visando um funcionamento normal da fisiologia envolvida nesse processo.

Voltemo-nos, agora, para o paciente: ele se queixa de sua voz, talvez de que sua voz seja rouca, ou fraca, ou que o incomode; talvez ele apresente sintomas subjetivos, como dor na garganta ao falar, boca seca, falta de ar, ardor, etc. Ele se queixa de sua voz mas... quando?

A queixa de voz está necessariamente comprometida com o uso da voz, ou seja, surge quando é necessário estabelecer uma comunicação com o outro. Surge, portanto, na interação verbal (Bakhtin, 1979) – a voz está implicada com a linguagem oral e é nela que ganha sentido, orgânico inclusive. Afinal, não há um aparelho fonador já constituído a princípio no homem. De fato, a laringe, em sua função primariamente fisiológica (Boone e McFarlane, 1994), é um esfíncter de proteção das vias aéreas superiores contra a entrada de corpos estranhos; boca, língua e dentes estão, também, primariamente comprometidos com a função vital da alimentação, assim como ocorre com todo o sistema respiratório e sua respectiva função vital.

Quero com isso afirmar que a produção vocal, tal qual a conhecemos na oralidade, só se tornou possível mediante um desdobramento dessas funções vitais no âmbito mesmo da linguagem. Esse desdobramento exige adaptações fisioló-

gicas substanciais para a produção da voz falada e ainda toda uma série de adaptações mais refinadas quando se trata da expressão artística da voz. Portanto, se os aspectos orgânicos são fundamentais na produção vocal, a linguagem também o é.

Mas, quando se fala em voz na linguagem, facilmente somos remetidos aos elementos prosódicos, que se expressam através de modulações melódicas, rítmicas, variações de timbre e intensidade, de modo a conferir maior teor comunicativo ou expressivo ao discurso. Ou seja, uma vez que o discurso está pronto, trata-se de, a seguir, dar-lhe a forma vocal mais pertinente. A voz, nessa concepção, é essencialmente tomada como elemento supra-segmental. Como consequência, o trabalho a ser realizado relaciona-se ao exercício das qualidades vocais do paciente de modo a adaptá-las aos possíveis discursos orais, de acordo com regras socialmente estabelecidas e especificadas para as mais diversas situações, realçando e enfatizando o que se quer dizer. Trata-se, portanto, de um trabalho de oratória, e não de um trabalho terapêutico.

Mesmo que o fonoaudiólogo faça uso de técnicas semelhantes, algumas delas provenientes de contextos como os da oratória, do teatro ou do canto, a questão que se coloca é: podemos qualificar essas técnicas como o centro de um processo que denominamos *terapêutico*?

Penso que a voz faz parte do movimento incessante da linguagem. Aquilo que um bebê, a princípio, compreende do discurso do adulto é a sua voz, ou seja, as entonações melódicas e não necessariamente as palavras – quando se diz algo, a forma de dizer vem junto. E essa forma varia enormemente, e, muitas vezes, nela aparecem alguns paradoxos da linguagem – a cada palavra dita, por exemplo, corresponde uma penumbra de significações que podem obscurecê-la ou até mesmo negá-la. A voz evidencia também, em variadas situações, o confronto entre sentimentos e idéias contraditórios dentro e fora de quem fala.

Ou seja: não há uma melhor forma de dizer quando nos atemos ao conflito de dizer, isto é, quando a expressão oral está sendo realizada a partir de sensações, pensamentos e sentimentos contraditórios que podem estar presentes, porém inacessíveis à consciência do paciente pelos mais diversos motivos, inclusive pelo desconhecimento de sua existência.

E, muitas vezes, é justamente esse conflito que o paciente nos traz. Sua voz cria ruído naquilo que ele diz – para ele mesmo, para quem o escuta ou ainda para ambos. Há algo em sua voz que trai dificuldade, impossibilidade, porque talvez a voz tenha se carregado de significados outros que não propriamente os das palavras ditas. E esses significados se evidenciam como aspectos apartados, tanto que o paciente muitas vezes se refere à sua voz como algo estranho, que não lhe pertence, ou como algo que precisa ser consertado.

Algumas técnicas podem, então, compênsar e mesmo sanar dificuldades no âmbito orgânico-funcional, mas ao mesmo tempo, em nome da cura e da eficiência, incluem um desconfortável distanciamento de si, de sua voz, e daquilo que se quer dizer. Por meio delas, o fonoaudiólogo pode acabar impondo a seu paciente uma *melhor forma de dizer antes mesmo de as palavras soarem*, o que não corresponde a um trabalho terapêutico, já que, nessa perspectiva de ação, o conflito que a voz expressa torna-se inacessível, tanto ao terapeuta como ao paciente. Por outro lado, se ambos podem reconhecer tal conflito, a investigação no processo terapêutico pode conduzir à construção de conhecimentos pelo próprio paciente, conhecimentos esses que ele reconhece como fruto de seu trabalho de elaboração e não da imposição de formas e padrões fornecidos pelo terapeuta.

Quero aqui ressaltar apenas que, se no contexto da *locução*, ou seja, no âmbito da teoria da comunicação de massa, *há a melhor forma de dizer*, uma vez que a mensagem e seu sentido já estão delimitados, como diariamente ouvimos nos rádios e na televisão, não é isso o que observamos no paciente que nos procura. Ele nos traz a voz como constante confronto entre os sons e as significações que produz. Portanto, *não se trata de substituir os ruídos na voz do paciente por sons mais agradáveis*. Antes, talvez pudéssemos retornar com ele à escuta desses mesmos ruídos e, com ele, descobrirmos variações – ainda que rouca, a voz não é sempre a mesma, não soa sempre igual, e, se isso ocorre, talvez a escuta é que seja sempre a mesma, a espera do som já conhecido, a voz soproza, pastosa, rouca, por exemplo. Aqui estou me referindo ao trabalho com a escuta do paciente, com suas possibilidades perceptivas e reflexivas. Mas não só – também me refiro ao trabalho de escuta do terapeuta, escuta essa que envolve a percepção e discriminação das diversas entonações da voz, mesmo da voz rouca,

agravada, monotonal, e também de suas possíveis significações. Porém, se o terapeuta não possui esses recursos de escuta, será difícil mobilizá-los no paciente.

Quando, por exemplo, gravamos a voz de alguém, não raro são as expressões de desagrado ou de desconhecimento: a voz gravada é a descoberta de um outro em si, um outro até então desconhecido. As imagens, a memória auditiva que tínhamos são marcadas, então, pela descoberta de que, para os outros, soamos de maneira diversa. Não se trata, pois, de substituir a voz para que grave melhor; trata-se, por exemplo, de ampliar a escuta a partir da melodia sempre mutante das falas cotidianas. A ampliação de conhecimentos nesse sentido resulta em possibilidades de escolha e em flexibilidade, e não em rigidez vocal. O que está em questão é, em suma, a autonomia do paciente, inclusive para que ele se utilize do gravador para experimentar, comparar e elaborar diversas formas de expressão, e não para que ele fique preso a um padrão de entonação em função de requisitos técnicos.

Por outro lado, conversar com o paciente sobre sua voz é conversar sobre conhecimentos possíveis de si, de seus modos expressivos, de suas sensações, idéias e sentimentos acerca do dizer, ou de sua impossibilidade: o que sente quando não há voz? Há conflito? Qual é a natureza desse conflito? Será a falha, simplesmente, no funcionamento orgânico? Por que, sabendo da presença de conteúdos emocionais na expressão vocal, muitos fonoaudiólogos lidam com eles como algo a ser controlado organicamente? Por que ignorar também a expressão psíquica da voz, se a sabemos presente?

Há uma intencionalidade no dizer, mas nem sempre ela é inequívoca, principalmente quando esse dizer é a expressão do paciente em terapia.

O que ressoa em nós e nos outros, quando falamos? Sons? Idéias? Palavras? Imagens? Sensações físicas? Afetos de várias ordens, até então insuspeitos? De onde falamos?

A intenção de falar é atravessada por assertividades, angústias, desejos de esclarecimento, poder, sedução, por medo. Nem sempre é possível discernir a intenção, portanto, faz-se necessária uma disponibilidade de escuta do terapeuta para além das categorias vocais por ele já estudadas. *Disponibilidade para o que o paciente diz e para o que ele não diz*, mas que transparece em sua voz, em seu modo de expressão, para que, aos poucos, isso que não se sabe possa ser

conhecido, talvez compreendido. Trabalhar a voz é também trabalhar a escuta da voz. Para que o paciente reconheça e desenvolva recursos expressivos, cabe também ao terapeuta desenvolver sua escuta, ouvindo, discernindo, apontando quando possível. Reconhecendo, a cada momento, a voz em sua origem, ou seja, na linguagem.

Não quero com isso dizer que devemos abandonar nosso conhecimento técnico (Andrade, 1983) e, menos ainda, as técnicas de abordagem corporal e vocal na terapia fonoaudiológica. Nessè contexto, elas podem e devem ser utilizadas, mas não para treino ou educação de habilidades, e sim para conhecimento; *não se trata de fazer mais para fazer melhor, e sim compreender o que se faz e o que está investido nesse fazer*. As técnicas, enquanto propiciam material terapêutico, são fontes de diálogos e conhecimentos possíveis de serem elaborados e aprofundados no percurso que terapeuta e paciente realizam juntos.

Resumo

Este artigo apresenta três diferentes perspectivas para a compreensão da voz, procurando esclarecer algumas de suas implicações na práxis fonoaudiológica. As perspectivas aqui discutidas são: clínico-organicista, supra-segmental linguística e clínico-terapêutica. Dentro desta última, especial ênfase é dada à escuta que o terapeuta realiza, de modo a propiciar ao paciente autonomia para a elaboração de conhecimentos relativos à sua própria voz e aos usos que dela faz.

Palavras-chave: terapia de voz, oralidade, clínica fonoaudiológica.

Abstract

This article intends to discuss three different perspectives on voice understanding, trying to clarify some of its implications for the speech and language pathology praxis. These perspectives are clinical-organic, linguistic suprasegmental and clinical-therapeutic. Inside this last one, special emphasis is given to the listening performed by the therapist, in order to provide the patient with autonomy in the understanding related to his/her own voice and its uses.

Key-words: voice therapy, oral language, speech and language therapy.

Referências bibliográficas

- GARCIA, E. (1956). *Tratado completo del arte del canto*. Buenos Aires, Recorde Americana.
- BAKHTIN, M. (1979). *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo, Hucitec.
- BOONE, D. R. e McFARLANE, S. C. (1994). *A voz e a terapia da voz*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- ANDRADE, M. (1983). *Mário de Andrade – Oneida Alvarenga: cartas*. São Paulo, Duas Cidades.

Bibliografia sugerida

- BION, W. R. (1988). *Estudos psicanalíticos revisados (Second thoughts)*. Rio de Janeiro, Imago.

Recebido em jun/98; aprovado em nov/98