



TEORIA E PRÁTICA TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA NOS DISTÚRBIOS ARTICULATÓRIOS/ FONOLÓGICOS

*Ana Paula Fadanelli Ramos**

Introdução

O objetivo deste trabalho é proporcionar uma reflexão crítica acerca das abordagens fonoaudiológicas na terapêutica dos distúrbios articulatórios funcionais ou desvios fonológicos evolutivos. Para tanto, são analisados dois casos de crianças com queixa de distúrbio articulatório, com o mesmo processo fonológico na fala: a plosivização. Escolhi esses casos pelo fato de a plosivização ser um processo que torna a fala da criança muito ininteligível, ocorrendo até os 3 anos e 6 meses de idade em crianças em desenvolvimento típico de linguagem.

Inicialmente, farei algumas reflexões teóricas sobre as principais abordagens de linguagem e suas contribuições para a terapêutica e a discussão etiológica desses desvios. Depois, abordarei os dois casos e as reflexões que emergem da evolução desses sujeitos.

* Fonoaudióloga, docente da graduação e especialização da Universidade Luterana do Brasil.

O problema teórico

Desde o surgimento de termos como distúrbio articulatório funcional ou orgânico, ou mesmo dislalia, ou desvio fonológico, permanecem, na fonoaudiologia dúvidas acerca da exata definição atribuída a esses termos pelos profissionais. Enquanto, até pouco tempo atrás, em São Paulo, distúrbio articulatório era utilizado sem que houvesse uma discussão explícita sobre sua origem ser fonológica ou fonética, no Rio Grande do Sul, os termos desvio fonético e desvio fonológico já eram utilizados por um pequeno grupo na década de 80 e por um grande grupo na década de 90. Para autores como Hewlett (1990), o articulatório inclui o fonético e o fonológico, sendo o fonético uma alteração no nível de coordenação motora e o fonológico, uma alteração no estabelecimento de contrastes sonoros com veiculação de significado, ou seja, no nível cognitivo-representacional. Se a determinação da própria definição desse desvio ou desses desvios é complicada e heterogênea, pode-se imaginar as dificuldades impostas ao fonoaudiólogo na solução clínica desse distúrbio.

Para que tal solução seja viabilizada e teorizada, para começar, teríamos de discutir a etiologia desse desvio. Observo, em minha prática clínica de 12 anos, uma grande variação nos sujeitos que chegam com esse distúrbio. Nessa variação encontrei, em termos de habilidades, sujeitos com alterações de oclusão dentária interferindo na realização motora dos fonemas, outros que os realizavam, mas não os colocavam em fala espontânea; aqueles que não os realizavam e não tinham aparentemente nenhuma razão motora para tanto (pelo menos do que era possível ver e ouvir).¹ Em termos de reações diante de uma proposição de mudança do padrão de fala pelo terapeuta, vi outra variação que se delineou entre sujeitos que assumiram uma postura de mudança e outros que resistiram à mudança. O que estaria na raiz dessa resistência ou desse incorporar a mudança permanece ainda sem uma teorização satisfatória, mesmo por propostas interacionistas, já que estas ainda esboçam uma aproximação do problema (Benine, 2001). Um verdadeiro passeio entre teorias

1. Análises acústicas têm demonstrado equívocos importantes da avaliação (Collares, 2000).

distintas aplicadas à fonoaudiologia – neurofisiologia, lingüística, psicologia, psicanálise, entre outras – tem sido a saída, que espero momentânea, para abordar o problema, considerando o ideal propormos uma teoria ampla o suficiente para abordar a etiologia, os procedimentos de avaliação e a intervenção terapêutica. Na verdade, observo, dentro dessa combinação de teorias para explicar os fenômenos envolvidos na comunicação/linguagem e na sua ruptura, a contribuição que cada uma pode dar, e até sustentar que, por hora, algum ecletismo se faz necessário, pois, possivelmente, não só os distúrbios articulatorios, mas todos os distúrbios funcionais da comunicação/linguagem – no sentido de não haver lesão explícita que os cause – parecem ser problemas multifatoriais envolvendo os âmbitos do orgânico em seu aparato biológico, a organização e o funcionamento cognitivo-lingüístico, o psíquico considerando as esferas emocional-afetiva (aqui queremos nos referir a uma dinâmica familiar e à posição do sujeito nessa dinâmica – sua constituição como sujeito-interlocutor) e a social, relativa à posição dessa família e dessa criança em um contexto social mais amplo, levando em conta múltiplos fatores, desde o nível socioeconômico até o dialeto falado pela comunidade.

Em Ramos (1996), confrontei modelos cognitivistas e inatistas de abordagem da linguagem, discutindo sua aplicabilidade na clínica fonoaudiológica, sobretudo na investigação dos desvios fonológicos evolutivos. Afirmo que, enquanto os modelos gerativistas puderam, em pesquisa realizada com 25 crianças com DFE, descrever os estágios evolutivos em termos de produção de fala pelos quais as crianças iriam passar (nos casos que aqui serão apresentados, a previsão evolutiva envolve a seqüência /f/, /s/ /v/, /z/ /ʒ/ > /_/), os modelos cognitivistas de aquisição fonológica apresentaram-se produtivos na explicação da relação entre programação motora e representação fonológica, como o de Hewlett (1990). Por esse modelo, é possível hipotetizar que a criança constrói um léxico de *output*, que se constituiria da representação fonética mais informações motoras iniciais. Tal léxico permitiria explicar o fato de a produção da fala ser tão *on-line* quanto é, e o quanto é difícil para a criança vencer a dificuldade de estruturar um novo padrão de fala, sempre parecendo estar fixa a um padrão automatizado. Nos casos a serem analisados neste artigo, a dificuldade de produzir as fricativas em sílabas e palavras parece ser uma evidência disso, pois as crianças produzem a

fricativa e, ao tentarem colocar na sílaba, produzem, por exemplo, /bolaš-ta/ ao tentar enunciar a palavra “bolacha”. Pelo modelo de dois léxicos de Hewlett (ibid.), isso seria uma dificuldade de eliminar o automatismo do léxico de saída. Numa visão interacionista, isso é tomado como algo que paralisa no nível sonoro da fala (Benine, 2001).

Em Ramos (1996), afirmei ainda que a hipótese inatista não consegue explicar como a criança constrói representações, por exemplo, do léxico de *output*, e como ela se desequilibra para ir de um estágio a outro. O gerativismo que a embasa consegue, no entanto, fornecer uma sistemática de descrição de dados e, sobretudo, a relação hierárquica entre as formas sonoras que permitem prever as estruturas comumente mais afetadas, bem como fornecer hipóteses muito prováveis a respeito da organização interna das representações fonológicas. Situei os enfoques gerativista e cognitivista como complementares, demonstrando que a abordagem cognitivista serviria para a pesquisa etiológica direcionada a habilidades, e a gerativista, para explicar a estrutura interna da língua da qual o sujeito deve apropriar-se. Essas hipóteses não podem, contudo, explicar como a fala do “outro” interfere ou não na evolução da fala da criança e como fatores da história da criança direcionam a construção de sua posição como interlocutor ou mesmo a posição discursiva. Para tanto, seria importante analisar as sessões terapêuticas de um ponto de vista interacionista.

Benine (2001) – ao fazer uma crítica na qual ressalta a inutilidade de visões gerativistas e cognitivistas na clínica fonoaudiológica, pois elas incidem sobre a fala das crianças sem considerar o falante – afirma a existência de um ecletismo terapêutico que não é ultrapassado nos 30 anos que separam Van Riper das propostas fonológicas e propõe que se busque uma nova forma teórica que responda a questões como:

– Como o terapeuta provoca a mudança na fala do sujeito?

– Que seja explorado o “a mais” que movimenta a fala da criança que, segundo a autora, os exercícios encobrem e não é computado pelo terapeuta, ao menos na leitura que a autora fez de estudos de caso (Ramos, 1999), nos quais o enfoque do relato residia na evolução da fala e não na relação terapeuta-sujeito (falante).

– A investigação do efeito da interpretação na mudança da fala e na posição do sujeito diante da própria fala.

A autora (Benine, 2001, p.136) justifica a nova abordagem, pois objetiva demonstrar as limitações de outras abordagens, com a detecção de três fatos comuns na clínica na qual a fala é analisada e não o falante:

- 1) ela não promove mudança (a criança se mostra refratária a ela);
- 2) ela promove mudança em sessão, mas não afeta a fala espontânea;
- 3) o problema de pronúncia desaparece.

Essa heterogeneidade evolutiva, segundo a autora, só poderia ser resolvida com a proposição de uma teoria que relacionasse língua-fala-falante.

A proposta deste artigo é confrontar as contribuições das visões gerativista, cognitivista (processual) e interacionista a partir de um mesmo sinal na fala, cujo desdobramento terapêutico foi individual, embora com similaridades no que concerne à ordem de aquisição dos fonemas da classe de fricativas. Esse fato já adianta o poder descritivo da fonologia, mas não necessariamente explicativo, como já pontuei em Ramos (1996), e como era a intenção ressaltar em Ramos (1999), embora de uma forma que ainda parecesse corretiva, já que se focava na evolução da fala e não no processo terapêutico.

Material e métodos

Serão apresentados dois casos, de crianças entre 3 anos e 7 meses e 5 anos, sujeitos atendidos por mim entre 1997 e 1999. Os responsáveis assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, permitindo o relato dos casos.

Todos os casos foram avaliados por meio de anamnese, coleta de fala espontânea e elicitada pela avaliação fonológica da criança (Yavas, Hernandorena e Lamprecht, 1991), exame oro-facial. Interações com a mãe foram avaliadas dentro e fora das sessões. A interação comigo foi continuamente avaliada.

Os sujeitos não apresentaram sinais de deficiência auditiva ou problemas neurológicos. Os demais aspectos do desenvolvimento apresentaram-se normais na avaliação em atividade lúdica. Ambos possuíam bom desempenho escolar.

Relatos das sessões terapêuticas ressaltando a interação terapeuta-paciente também foram analisados, com a intenção de discutir alguns pontos propostos a partir dos questionamentos de Benine (2001), anteriormente assinalados.

Relato e discussão dos casos

Caso 1

O sujeito 1, um menino, com 3 anos e 7 meses chegou à clínica com plosivização nas duas línguas que estava adquirindo: o português brasileiro e o alemão. O motivo pelo qual a mãe resolveu buscar a terapia foi a observação da professora de alemão quanto ao menino ficar muito em silêncio em suas aulas, “fugindo” de falar. Esse foi o motivo principal de aceitarmos a idéia de uma intervenção terapêutica, apesar do fato de o menino estar em uma faixa etária em que talvez estivesse ainda em aquisição típica.

Em entrevista com a mãe, observamos que era filho único, que recebia muita atenção, tanto do pai, quanto da mãe, sendo muito valorizado como interlocutor.

Na primeira seção, conversamos e brincamos, sendo possível observar a plosivização e ausência do ‘r’ fraco em todas as posições em que ocorre; possuía, portanto, o que se chama, em fonologia clínica, limitações do traço [+contínuo] presente em todas essas consoantes ausentes em seu sistema contrastivo. Na solicitação de imitação desses sons, pudemos perceber dificuldades em produzir as fricativas.

Na seção seguinte à da avaliação, planejamos, considerando os pressupostos fonológicos para a intervenção, a marcação e os pedidos de reparo do fonema /_/. No entanto, o sujeito, que havia chegado ao consultório um pouco antes do horário, disse-me que havia uma surpresa no banheiro:

– *Eu tenho uma [tupeda pa] ti.* (Eu tenho uma surpresa pra ti.)

A surpresa era um grupo de bonecos de borracha personagens do conto *Branca de Neve e os sete anões*. Entramos na sessão e buscamos o livro com esse conto. Ele pediu que eu lesse e depois encenamos a história com os bonecos. Ao identificá-los, surgiu a oportunidade de pedir um reparo (O quê?) du-

rante a enunciação do nome do personagem Feliz, e o menino ficou olhando para mim, ao que respondi afirmando que havia um outro jeito de fazer aquela palavra. Perguntei se gostaria de aprender esse outro jeito e manifestou que sim. Demonstrei a produção com *scape-scope* na boca. Ele pegou o mesmo e fez inúmeras vezes o fonema em várias palavras, sobretudo a palavra “feliz”. Repetiu a palavra “feliz”, parecendo que estava feliz em produzir desse novo jeito. Seguiram-se sessões nas quais pedidos de reparo faziam com que ele tentasse a produção das seis fricativas, sem que necessitássemos qualquer demonstração. Algumas vezes, selecionava a fricativa /s/ ao invés de /f/. A mãe relatava que ele saía da sessão produzindo fricativas como se fosse um jogo ou uma curiosidade. As sessões eram lúdicas, surgindo conversações acerca de personagens e a leitura de contos de fadas, que era a atividade predileta do sujeito.

Em quatro semanas, tomando como referência a fonologia adulta, adquiriu o contraste [+contínuo] *versus* [-contínuo], já que passou a produzir as fricativas em sessão e fora dela. As fricativas palatais não surgiram nesse primeiro momento, necessitando que demonstrássemos diante do espelho sua produção, já que as fazia com ceceio anterior. Tal ceceio parecia, em parte, relacionar-se a uma relação de maxilares desequilibrada, na qual a mandíbula ainda era pouco desenvolvida, já que o crescimento facial não se completara. Além disso, havia um modelo para essa produção: a mãe possuía o mesmo ceceio e, apesar de ter realizado intervenções ortodôntica e fonoaudiológica, não obteve o sucesso que desejava. Considerando tais aspectos, observei a produção das fricativas palatais melhorar, mas não intervim na produção de /s,z/, pois considerava desfavorável a posição de maxilares para a automatização de um novo padrão que exigisse oclusão, ao menos topo a topo, posição muito difícil para ele. Além disso, e talvez mais importante, o sujeito possuía um modelo em casa que talvez não o levasse a desejar uma alteração desse padrão.

Após aquisição das fricativas, seguiu em terapia e busquei que percebesse o ‘r’ fraco. Em uma sessão, desenhou uma baleia e perguntei:

– *Onde ela vive?*

Ao que respondeu:

– *No may.*

Eu perguntei:

– *No mar ou no may?*

O sujeito respondeu:

– *No mar.*

Na seqüência, espontaneamente, disse que a baleia era [marior] do que os outros peixes e, na sessão seguinte, convidou-me:

– *Ana Paula, vamos [binkar] de [teatru]?*

Na semana seguinte a essa, adquiriu o ‘r’ fraco em todas as posições e recebeu alta quando se acostumou com a idéia de não me ver e após melhoria da produção das fricativas palatais ainda anteriorizadas.

Considerando as perguntas sobre o que teria causado um efeito na fala desse sujeito, pude notar que o mesmo, embora não enunciasse o porquê de estar indo ao meu consultório, parecia ter um reconhecimento de que sua fala diferia da fala de seus pares e isso o incomodou a ponto de calar-se nas aulas de alemão. Com seu progresso na aquisição de fricativas em português brasileiro, adquiriu as fricativas do alemão (houve um relato da professora de alemão sobre essa evolução) e passou a falar mais em sala de aula.

Cabe ressaltar um fato importante, referente a uma entrevista com a professora regular (falante do português): o seu desejo de que “corrigíssemos” o ceceo e sua dificuldade em perceber o progresso do menino em relação às demais fricativas. Expliquei por que não era possível tal mudança naquele momento, e isso me levou a uma posição delicada diante da escola, já que não houve entendimento da professora acerca dessa limitação. A mãe e a professora de alemão concordaram comigo. Outro fato interessante foi que, após as férias seguintes, a mãe relatou que o sujeito não apresentava mais o bruxismo, o qual ela atribuía à presença estressante da professora de português.

Considerando as perguntas quanto ao que fez a fala desse sujeito mudar, apresentam-se algumas considerações. A primeira é de que havia uma demanda sua em falar de outro modo, pois possivelmente a marcação feita pelos colegas na aula de alemão o motivou. É interessante que a demanda surgiu na aula de alemão e não em português, sua língua dominante, uma vez que a professora de português parecia, na entrevista, estar muito preocupada com a correção da fala desse sujeito e parecia oportunizar menos o diálogo em aula pelo seu estilo autoritário. A professora de alemão apresentou-se muito afetiva e relatou que suas

aulas eram com música, diálogos e, possivelmente, havia uma interlocução mais solta e fluída do que na aula da outra professora. Talvez nessas aulas tenha aparecido mais a dificuldade de comunicação desse sujeito e sua diferença como falante/ouvinte, porque havia mais comunicação e ser um bom interlocutor era mais importante. Além disso, os sujeitos e sua linguagem eram valorizados, pois o olhar da professora de alemão demonstrava claramente seu cuidado e carinho com seus alunos. É curioso notar, portanto, que o estranhamento à própria fala surgiu primeiro em relação à segunda língua, para depois surgir na primeira, e que os motivos se relacionaram com a forma como a interação ocorria.

Outro fato que considero importante é que a sessão com esse sujeito era extremamente prazerosa e a demanda primordial era diversão por meio da linguagem, uma vez que o conto era a atividade eleita por ele. Isso levava a rupturas reais de comunicação e facilitações para a produção das fricativas na fala espontânea. Possivelmente, conseguiu-se uma posição semelhante, em sessão, àquela detectada nas aulas de alemão, conforme discursos da professora e da mãe.

Caso 2

O sujeito 2, um menino de 5 anos de idade, chegou à terapia com plosivização de fricativas. O irmão mais velho também havia feito terapia comigo, um ano antes, por apresentar redução de encontro consonantal. Além do irmão mais velho, tinha uma irmã de 2 anos de idade.

Em seu histórico e no de seu irmão, um fato que a mãe marcava como relevante ou preocupante era o desmame abrupto de ambos. No caso do irmão mais velho, teria sido mais abrupto, logo ao nascimento desse sujeito. A mãe parecia sentir-se culpada pela forma como o desmame ocorrera.

Diferentemente do irmão, que apresentava como característica a dificuldade de incluir o “outro” na brincadeira e, quando o fazia, era de modo dirigido por ele, esse sujeito era extremamente afetivo, com demanda constante da presença do terapeuta em todas as atividades.

Logo na primeira sessão, após brincar e me observar muito, disse-me, um pouco antes de ir embora:

– *Quero te [diter] uma [koydiña]* (quero te dizer uma coisinha).

A seguir, desenhou a si e seus irmãos na praia. O irmão mais velho tomava conta de mais de 50% da folha, a irmã de mais uns 40% e o sujeito em questão apenas 10%. Ele se apresentava espremido no canto da página.

Outro fato importante observado nesse sujeito, durante a terapia, era a fixação por seios. Na terceira sessão, levou uma figura de uma heroína na qual os seios eram ressaltados por sutiã de couro. Na mesma sessão, após várias observações sobre os “tetes” dela, quis ver os meus seios. Ao que respondi, simplesmente, que não iria mostrar. Perguntei se já não havia visto os seios da sua mãe. Disse que sim, mas queria ver “seios de verdade”.

Isso, que interpretei como uma transferência materna para a terapeuta, confirmou-se em outro desenho, no qual eu e ele aparecíamos. Eu empurrando um carrinho com ele dentro, e esta cena dentro de um sol. Portanto, pode-se observar que a transferência materna em relação à terapeuta era significativa.

Em algumas sessões, marquei as fricativas para observar a reação do sujeito, e ele me olhava, ria e fazia de conta que não percebia. Passei para uma abordagem mais direta sobre o porquê de estar ali comigo e expliquei que ele falava algumas coisas de um jeito distinto dos demais, dando exemplos. Notei que não compreendeu muito bem. Então, em uma sessão em que ele pintava, pediu-me que alcançasse o [Roda] (rosa) e eu dei-lhe uma roda disponível. Ele me olhou, riu e me repreendeu: *O roda de pintar*. Expliquei que ele falava ambas as palavras do mesmo jeito e que, portanto, a confusão era possível.

Além desse momento, em outro, em que conversávamos sobre falar de um novo jeito e eu o fiz imaginar uma ida à sorveteria e a atendente não entendendo o que ele queria [*torbeci*] (sorvete), ele respondeu:

– [*atu ki bo te ki pala tertu*] (acho que vou ter de falar certo).

Seguiram-se as sessões, nas quais eu marcava e facilitava para o sujeito a produção da fricativa através da re-silabação: por exemplo, [bolaš-a]. Com essa facilitação, ele já era capaz de produzir a fricativa, mas não a passava para a fala espontânea. Isso só ocorreu em uma sessão em que, após me imobilizar no chão durante aproximadamente cinco minutos, agarrando fortemente meu pescoço, sentou na cadeira e pediu:

– *Eu quero uma bolacha.*

A partir daí, ele automatizou as fricativas em fala espontânea, na ordem prevista por estudos fonológicos. A etapa que antecedeu a essa automatização levou cerca de três meses, e a automatização, aproximadamente, três semanas.

Outro aspecto importante foi a percepção da própria mãe sobre a qualidade da relação com os filhos. Essa temática foi abordada entre nós, já na terapia do irmão mais velho, e, na época, a mãe procurou orientação psicológica. Na sequência, conversamos sobre a relação entre sua disponibilidade e os comportamentos do menino. A mãe demonstrou compreensão e iniciativas no sentido de melhorar as interações. Podemos observar, neste caso, que havia uma demanda relacionada à figura materna que pode ter sido reparada na relação comigo, uma vez que, por um lado, considerava-o um interlocutor de 5 anos e o tratava como tal, e, por outro, apresentava disposição para ouvir sua problemática. O momento em que me imobilizou deve ter sido importante como marco dessa superação. Talvez algo como ter a mãe para si, já que eu tinha “seios de verdade”. Nesse espaço materno, eu me dispunha a uma interlocução e projetava um crescimento. Creio que, por isso, aceitou minha demanda pedagógica.

Aos poucos, fui espaçando seu atendimento e, em uma das últimas sessões, eu elogiei seu novo jeito de falar, ao que respondeu:

– *Eu cresci, né, Ana Paula.*

Desses dois casos, parece que o “a mais” referido por Benine (2001) parece ter sido, em parte, um novo tipo de interlocução em sessão terapêutica e, além disso, mudanças de postura da mãe no caso 2.

É interessante observar que, enquanto o sujeito 2 era irmão do meio e se ressentia disso, o sujeito 1 era filho único, e isso também trazia outras exigências, não se delineando uma estrutura familiar comum aos dois casos.

Um aspecto comum aos dois casos é que não havia causas motoras detectáveis na produção da característica básica dos fonemas ausentes: fricção ou, em fonologia, o traço [+contínuo], mas o sujeito 1 apresentou dificuldades de origem oclusal para produzir as fricativas coronais anteriores /s,z/. Neste caso, portanto, o limite da mudança de fala estava estabelecido pelo conhecimento que se tem da relação entre oclusão dental, crescimento facial e fala, sendo necessário o aporte da área de motricidade oral para dar conta do caso.

Realmente semelhante nos dois casos foi a evolução em termos percentuais da aquisição de cada fricativa que confirmou as previsões da teoria gerativista na aquisição do português brasileiro (Mota, 1996; Ramos, 1996), de fricativas anteriores surdas antecederem às sonoras e essas quatro às fricativas palatais. Apenas no caso 2 marcamos uma fricativa mais generalizante, o /ʃ/ e a ordem de aquisição foi a mesma nos dois casos, embora o sujeito 1 tenha apresentado dificuldades motoras com a palatal em função da relação de maxilares.

Considerando a evolução dos dois casos, uma série de pontos se torna relevante para a discussão da atuação terapêutica em fonoaudiologia:

- Qual a contribuição de técnicas ou instrumentais como a fonologia clínica?
- Como se dá essa mudança de posição do sujeito, de alguém que parece não se importar ou ter consciência de suas trocas na fala para alguém que busca falar melhor?
- Que significados têm esse falar melhor para o sujeito e sua família?
- Como seria um modelo teórico que abordasse os distúrbios da comunicação de modo efetivo na clínica fonoaudiológica?
- Qual a posição do fonoaudiólogo: pedagógica ou analítica, ou ambas?

Considerando a primeira questão, acerca da contribuição da técnica ou instrumental fonológico para a terapia das crianças com desvios fonológicos evolutivos/distúrbios articulatórios, parece que as afirmações presentes em Ramos (1996) já abordavam essa questão. A fonologia pode prever o *locus* no qual as trocas fonológicas vão se dar porque pode prever a complexidade hierárquica das estruturas. Com esse tipo de previsão, pode também prever a evolução da fala da criança. Em uma abordagem mais formal, com utilização de técnicas fonético-motoras para correção da fala, esse saber é importante, já que a ordem de aquisição é fundamental para o planejamento terapêutico. Por outro lado, em uma abordagem não diretiva, isso não é relevante, pois basta seguir o que o sujeito sinalizar como desejo de mudança, ou seja, o que surgir espontaneamente como vontade de falar melhor no sujeito. No entanto, ainda assim, esse saber prevê a generalização como um processo ativo no sujeito e que não demanda o trabalho exaustivo que se fazia, antes da década de 90, de trabalhar, por exemplo, nos casos relatados fricativa a fricativa.

Vejamus que uma abordagem com base na correção, sem consideração do fato de o sujeito desejar ou não, entender ou não a mudança de padrão na sua fala, pode levar às situações 1 e 2 expostas por Benine (2001), nas quais o sujeito pode ser refratário à terapia ou modificar em sessão, mas não em fala espontânea.

Além disso, uma ausência total de demanda pedagógica, que aguarde surgir espontaneamente do sujeito um sinal para a mudança na fala, pode não promover mudança alguma na posição do sujeito diante de sua própria condição de falante/ouvinte.

O que podemos observar, nos dois casos aqui relatados, é que a mudança de posição no caso 2 pode ter ocorrido, por um lado, pelas orientações dadas à mãe e sua mudança de postura, que tornaram o sujeito mais permeável às marcações. Por outro, a posição analítica inicial, na qual eu ouvia o sujeito, facilitou o vínculo e a aceitação da demanda pedagógica (mudar a fala). Por fim, as facilidades para a produção das fricativas em sessão, depois de aceita a demanda pedagógica, constituem-se na última contribuição da terapia. Já no caso 1, não foi necessário um grande empenho na motivação do sujeito, mas simplesmente o estabelecimento de uma comunicação que entusiasmou para a fala e o auxílio motor/fonológico na produção da classe de fonemas ausente. De qualquer modo, a ordem de aquisição foi semelhante nos dois sujeitos, sendo a velocidade dessa evolução dependente de fatores da esfera afetiva no sujeito 2 e fatores motores no sujeito 1. Portanto, a fonologia clínica apresenta a seqüência evolutiva, mas é incapaz de explicar por que a criança se movimenta na mesma; ou por que, mesmo motivada, pode apresentar limites biológicos para evoluir.

A explicação dessa mudança de posição parece condicionada a fatores como:

– Valorização como interlocutor no ambiente familiar e terapêutico, como se pode observar nos dois casos;

– Fatores ambientais escolares, como a cobrança dos colegas ou a percepção da diferença de sua fala no grupo, como se viu no caso 1;

– Resoluções da esfera emocional passíveis de serem implementadas pela simples possibilidade de o fonoaudiólogo apresentar-se disponível para uma escuta analítica, embora esse não seja seu espaço de intervenção. Parece que o sentir-se ouvido permite que a transferência ocorra e que haja a aceitação da

demanda pedagógica presente na terapêutica fonoaudiológica, ou seja, na intervenção instrumental. Jerusalinsky e Coriat (s.d.) ressaltam a diferença entre aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento, colocando a linguagem entre esses últimos. Considerando que a linguagem é o objeto de estudo fonoaudiológico, isso coloca a terapêutica fonoaudiológica como um instrumental. Daí, no entanto, surge uma contradição difícil de ser equacionada nessa atuação, que é o deslizamento natural de uma posição pedagógica (que demanda um instrumental) para uma posição analítica, uma vez que a linguagem é, ao mesmo tempo, instrumental e subjetividade (Goldgrub, 2001). Nos dois casos aqui relatados, foi constante a demanda pedagógica apresentada por mim. Os dois sujeitos sabiam que eu objetivava uma mudança em seu padrão de fala. No entanto, creio que se não tivesse estado, ao menos em alguns momentos, no espaço de escuta analítica, sobretudo no caso 2, os sujeitos poderiam ser refratários ao objetivo terapêutico de mudança em seu padrão de fala (Benine, 2001). Isso é mais explícito no sujeito 2, que necessitou de mais tempo para poder resolver ou reparar suas demandas afetivas e, então, pensar em “crescer” conforme ele mesmo enunciou.

Em relação aos significados do falar melhor ou certo, parece que, para o sujeito, isso está relacionado a um crescimento, a uma mudança de posição de bebê para menino ou, discursivamente, de uma dependência para uma autonomia. Isso é explícito no caso 2, pois o menino se desenhava em um carro de bebê comigo empurrando. Em contrapartida, ao final do trabalho, enunciou um “eu cresci”. O falar melhor, que parecia ter um significado para o sujeito 1 antes do ingresso na terapia, adquiriu valor para o sujeito 2 durante o processo terapêutico. Isso parece delinear ao menos dois momentos terapêuticos neste caso: um pré-instrumental, no qual o terapeuta ocupa uma posição mais analítica, mesmo que ele mantenha sua preocupação pedagógica (como foi o meu caso), e busca trabalhar a posição discursiva do sujeito; e um segundo momento do trabalho instrumental, no qual há um trabalho com objetivos e, por isso, pedagógico. Temos a certeza de que esses períodos podem ser paralelos, porque demandas analíticas ocorrem o tempo todo no processo terapêutico fonoaudiológico. No entanto, o que queremos pontuar é que pode haver um período em que a demanda pedagógica não seja possível. Ele pode ser mais ou menos longo, dependendo do caso. Justamente esse período precisa ser melhor teorizado e entendido.

No primeiro momento, parece haver uma necessidade do sujeito (como ocorreu com S2) de depender discursivamente do “outro”, já que a inteligibilidade de sua fala fica na dependência da disponibilidade do interlocutor em interpretá-lo. Isso coloca esse “outro” em uma posição de esforço constante, pois necessita fazer uma espécie de tradução, sobretudo em falas com o processo de plosivização. Portanto, na primeira fase terapêutica, era a posição de falante/ouvinte que acreditamos que estava sendo trabalhada, a partir de nossa leitura de Benine (2001). Embora, na época em que realizei a terapia desse sujeito, não estivesse muito concentrada em aspectos discursivos, observamos hoje essa evolução como um trabalho bem-sucedido nesse ponto, mesmo sem saber o que exatamente na relação terapêutica foi o motor da evolução de S2. Talvez, em um momento de maior teorização, pudessemos buscar outras formas, além da catarse, pelas quais o sujeito pudesse trabalhar sua posição discursiva. Acredito que se eu tivesse assumido mais radicalmente uma posição analítica com S2, talvez seu progresso fosse mais rápido. Apesar de minha sensibilidade para as questões subjetivas, não tinha, na época da terapia de S2, condições teóricas adequadas para assumir tal posição.

Já no segundo momento, é possível intervir na fala, trabalhá-la e utilizar técnicas (no sentido de ações refletidas e não no sentido behaviorista do termo). Essas técnicas demandam, em minha opinião, conhecimento da ordem de aquisição fonológica, teorias de aprendizado motor (fonético) e fonológico. Uma teoria de aprendizagem que acho interessante, para fugir de abordagens behavioristas, é a teoria sociointeracionista de Feurstein, cujas bases estão em Vygotsky (1991) e que possui princípios claros de aprendizagem, como o do significado que assinala a importância de um novo aprendizado possuir significado para o sujeito (e por isso a fase I), a intencionalidade do terapeuta na organização de atividades ou no aproveitamento do lúdico para expor o objetivo pedagógico (com foi o meu caso) e a reciprocidade, que foi a manutenção do sujeito ativo em todo seu aprendizado. Um aspecto que considero importante é que o uso do lúdico não foi feito para disfarçar o objetivo terapêutico em nenhum momento, mas como um modo de relação que permite a escuta analítica. Houve momentos, no entanto, em que o lúdico foi usado conscientemente como forma de trabalho com fonemas e isso já passou de brinquedo livre para jogo (Winnicott, 1975). Cabe, finalmente, ressaltar que essas fases não são estanques, podem se sobrepor e ser

alternadas. Eu vivi outro processo terapêutico, de um sujeito que alternava períodos de intervenção instrumental e momentos em que demandava uma escuta analítica mais acentuada da minha parte. No entanto, vejo como mais comum uma fase inicialmente mais analítica, na qual se estabelece a relação entre terapeuta e sujeito, e outra mais instrumental, na qual há aceitação da demanda pedagógica.

Por fim, sobre o modelo teórico, creio que, especificamente em relação aos distúrbios articulatórios, ele teria de abordar três eixos de análise e intervenção terapêutica:

– Eixo biológico: no qual localizo aspectos da sensório-motricidade. Como ouve? Como movimenta os órgãos fonoarticulatórios? Como estão suas funções orais, quais os limites estruturais para uma mudança no padrão articulatório? Apresenta maturidade neurológica para concentrar-se e aprender? Enfim, várias perguntas que levam a procedimentos de intervenção quando respondidas.

– Eixo psicolinguístico: basicamente, a pergunta seria como percebe e produz sons? Quais classes sonoras estão afetadas na sua fala?

– Eixo interacional: neste eixo, combinam-se análises interacionistas como a posição que o sujeito ocupa como interlocutor com questões da esfera afetiva.

Pensar esses eixos, no entanto, parece demandar teorias distintas (pelo menos até o momento), cuja combinação clínica pode representar um ecletismo inaceitável para alguns. No entanto, funcionou nesses casos, já que houve uma mudança na posição de falante/ouvinte e na fala. Há que se considerar que a clínica demande uma combinação teórica, pois teorias acerca do desenvolvimento infantil, em distintas esferas (motora, cognitiva, afetiva, linguística, etc.), concentram-se em objetos distintos. Talvez aí não falemos em ecletismo, mas em teorias complementares. Minimamente, há que se pensar em teorias de linguagem, cognição (aprendizagem) e psiquismo infantil, de preferência não contraditórias.

Outra questão é o que priorizar em cada momento terapêutico. Parece que os terapeutas priorizam mais o que sabem do que o que o sujeito necessita. Observo, em nosso ambiente clínico, que profissionais que estudam questões motoras mais a fundo priorizam mais esse aspecto do que a posição discursiva do sujeito, enquanto outros, com formação psicanalítica, passam a olhar demasiadamente para questões subjetivas e não conseguem trabalhar questões instrumen-

tais, pois os pais evadem da terapia por falta de resultados na fala. Neste aspecto, a fonoaudiologia não pode negar que a busca dos pais é pedagógica e que há um tempo de tolerância para uma abordagem analítica, sobretudo se eles estiverem fora dela. Por fim, há aqueles que supervalorizam modelos behavioristas de aprendizagem e estudos de fonologia clínica e que não conseguem olhar questões discursivas ou motoras e que, muitas vezes, conseguem progressos na sessão sem resultados fora dela se não respeitam o sujeito. Há várias combinações possíveis e, apesar disso, na média, parece haver progresso nos distúrbios articulatorios. Talvez os terapeutas nem percebam que são sensíveis para questões discursivas sem olhá-las teoricamente, como foi meu caso na época da terapêutica, e aqueles que defendem um purismo teórico acabam por utilizar técnicas instrumentais, às vezes bem behavioristas. Um fato é que os sujeitos parecem se apaixonar por seus terapeutas e aceitar a demanda pedagógica, mesmo que ela seja exposta de distintas maneiras. O que aparece por trás de tudo é o princípio da relação terapeuta-sujeito, como aquele “a mais” que Benine (2001) afirma. Teríamos de olhar muitos casos para descobrir o que foi esse “a mais” para, então, poder teorizar satisfatoriamente sobre esse período, que chamei de pré-instrumental.

Considerações finais

Cabe ressaltar, nestas considerações, alguns pontos ou princípios básicos que a fonoaudiologia já incorporou em sua experiência clínica e em sua teorização:

– Há uma alternância entre posição pedagógica e analítica para quem trabalha com linguagem, e conhecer os requisitos de cada uma é fundamental para o terapeuta. Algumas noções básicas da psicanálise são fundamentais para lidar com isso, mas a fonoaudiologia terá de criar sua própria teorização a respeito;

– O princípio da relação é básico e quem não consegue estabelecer vínculo terapêutico está na profissão errada. Para tanto, sobretudo para os iniciantes, afirmo que a sintonia com os sujeitos que atendemos é fundamental. Assim, objetivos pedagógicos são hierarquicamente menos importantes do que a relação com

o sujeito que atendemos. Esta deve ser verdadeira e não se pode atropelar o sujeito em nome da técnica. Para esse aspecto, a teoria interacionista dá subsídios importantes;

– O conhecimento de teorias de aprendizagem/aquisição (motora, auditiva, fonológica) é fundamental para o fazer instrumental. O saber construído pela motricidade oral, pela fonologia clínica, pela teoria da mediação, pelas teorias de percepção auditiva são fundamentais para o fonoaudiólogo que trabalha com linguagem oral, sobretudo fala.

Finalizo esta reflexão ressaltando que tenho dúvidas importantes sobre como fazer uma adequada teorização da prática bem-sucedida, a qual sei que eu e a maioria dos fonoaudiólogos temos, e que talvez, do ponto de vista de alguns colegas, não seja tão bem-sucedida, já que os critérios variam conforme a concepção teórica adotada. Este artigo foi uma tentativa de, ao menos, trazer à tona os muitos problemas que teremos para enfrentar esse desafio.

Resumo

Este artigo analisa dois casos com o mesmo processo de fala, mas com evoluções terapêuticas distintas. A discussão aborda a complementariedade de teorias na descrição e na explanação dessas evoluções, sem, contudo, defender o ecletismo.

Palavras-chave: *distúrbio fonológico; teorização; prática.*

Abstract

This paper analyses the therapeutic evolution of two children with phonological disorders. The discussion is about the complementarity of the theories on the description and explanation of these therapeutic evolutions, without a eclectic position.

Key-words: *phonological disorder; theories; practical approach.*

Resumen

Este artículo presenta el análisis de dos casos con el mismo proceso de habla, pero con evoluciones terapéuticas distintas. La discusión aborda la complementariedad de teorías en la descripción y explicación de esa evolución sin con todo defender el eclecismo.

Palabras claves: *distúrbio fonológico, teorización, práctica.*

Referências

- BENINE, R. (2001). "Ómideio!" – *O que é isto?: questões e reflexões sobre dislalias, Distúrbios articulatorios funcionais e desvios fonológicos*. Tese de doutorado. São Paulo, Pontificia Universidade Católica.
- CORIAT, L. e JERUSALINSKY, A. (s.d.). Aspectos estruturales y instrumentales del bebé. Buenos Aires, Centro Lydia Coriat. *Cadernos del desarrollo infantil*.
- GOLDGRUB, F. W. (2001). *A máquina do fantasma: aquisição da linguagem e constituição do sujeito*. Piracicaba, Editora da Unimep.
- HEWLETT, N. (1990). "The processes of speech production and speech development". In: GRUNWELL, P. (ed.) *Developmental speech disorders: clinical issues and practical implications*. Edinburgo, Churchill Livingstone.
- MOTA, H. B. (1996). *Aquisição segmental do português: um modelo implicacional de complexidade de traços*. Tese de doutorado. Porto Alegre, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- RAMOS, A. P. (1996). *Processos de estrutura silábica em crianças com desvios fonológicos: uma abordagem não-linear*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- _____. (1999). "A generalização estrutural silábica e segmental no tratamento de fala de crianças com desvios fonológicos evolutivos". In: LAMPRECHT, R. R. (org.). *Aquisição da linguagem: questões e análises*. Porto Alegre, EDIPUCRS.
- VYGOTSKY, L. S. (1991). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes.

Ana Paula Fadanelli Ramos

- YAVAS, M.; HERNANDORENA, C. L. M. e LAMPRECHT, R. R. (1991).
Avaliação fonológica da criança. Porto Alegre, Artes Médicas.
- WINNICOTT, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago.

Recebido em jun./03; aprovado em dez./03.

Endereço para correspondência:

Ana Paula Fadanelli Ramos
Rua Cabral, 201/301
CEP 90420-120 – Porto Alegre – RS
E-mail: anafara@uol.com.br