

Termos utilizados na clínica fonoaudiológica da voz: a questão dos paradigmas

Grazielle Capatto de Almeida Leite*

Léslie Piccolotto Ferreira**

Silvia Friedman***

Iara Bittante de Oliveira****

Resumo

Com base em material publicado anteriormente, que concluiu que o emprego de termos e conceitos para a avaliação perceptivo-auditiva da voz falada, na sua maioria, é convergente, esta comunicação desenvolve algumas reflexões sobre aspectos relacionados aos dois paradigmas que sustentam a clínica fonoaudiológica da voz, a saber: aquele que toma o sintoma como foco principal e aquele que considera as marcas próprias a cada sujeito articulando o orgânico, o psíquico e o social. Para organizar a discussão, escolheu-se analisar qualitativamente as convergências e divergências no uso de termos e conceitos a respeito do parâmetro TIPO DE VOZ, mostrando como autores filiados a cada um dos paradigmas explicitados empregam o mesmo conjunto de termos e conceitos.

Palavras-chave: Clínica fonoaudiológica, voz, paradigmas.

Abstract

Based on the previously published article, which concluded that the use of the terms and concepts for perceptual voice evaluation of the speaking voice is mostly convergent, this communication will discuss the aspects related to the 2 paradigms that sustain the speech language pathology clinic: those who consider the symptom as the main focus and those who consider each individual's characteristics in context of the organic, psychological, and social aspects. In order to organize this discussion, it was chosen a qualitative analysis of the convergence and the divergence of the terms and concepts of the voice quality aspect. This analysis shows that the authors, who are associated with each of the different paradigms listed, will use the same group of terms and concepts.

Keywords: Speech pathology clinic, voice, paradigms.

* Mestre em Fonoaudiologia pela PUC/SP, Especialista em Voz pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

** Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP-EPM; Professora Titular da Faculdade de Fonoaudiologia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP; Coordenadora do Curso de Especialização em Fonoaudiologia – Voz da PUC-SP/COGEAE. *** Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora Titular da Faculdade de Fonoaudiologia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP; Coordenadora do Curso de Especialização em Fonoaudiologia – Linguagem da PUC-SP/COGEAE. **** Doutora em Psicologia Como Ciência e Profissão pela PUC – Campinas, Professora da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC – Campinas.

Resumen

Con base en material anteriormente publicado en que se concluye que el empleo de términos y conceptos para la evaluación perceptivo auditiva de la voz hablada es, en grande parte, convergente, esta comunicación desarrolla algunas reflexiones sobre aspectos relacionados a los dos paradigmas que sostienen la clínica fonoaudiológica de la voz, cuales sean: aquel que toma el síntoma como foco principal y aquel que considera las marcas sencillas de cada sujeto entretejiendo lo orgánico, lo psíquico y lo social. Para organizar la discusión se ha escogido analizar cualitativamente las convergencias y divergencias en el uso de términos y conceptos respecto al tipo de voz, mostrando como autores afiliados a cada uno de los paradigmas explicitados, emplean el mismo conjunto de terminos y conceptos.

Palabras claves: *Clínica fonoaudiológica, voz, paradigmas.*

Introdução

Esta COMUNICAÇÃO pretende desenvolver algumas reflexões sobre aspectos relacionados à clínica fonoaudiológica da voz, partindo de termos e conceitos presentes na avaliação fonoaudiológica.

O material utilizado como base para esta reflexão pertence à dissertação de mestrado de Leite (2004), que teve como objetivo analisar as convergências e divergências de termos e conceitos presentes na avaliação perceptivo-auditiva da voz falada, no campo da Fonoaudiologia, a partir da descrição de sete das obras mais utilizadas na formação de fonoaudiólogos em 27 cursos existentes no Brasil, conforme publicado por Leite e Ferreira (2006).

As autoras puderam concluir que o emprego de termos e conceitos para a avaliação perceptivo-auditiva da voz falada, na sua maioria, foi convergente em todas as obras analisadas. Tais termos e conceitos foram: articulação; extensão vocal; tipo respiratório; capacidade vital; modo respiratório; ataque vocal, bem como as seguintes classificações dos tipos de voz: rouca, áspera, soprosa, sussurrada, bitonal, diplofônica e pastosa e ainda altura/*pitch*; intensidade da fala/*loudness*; cociente de fonação/ quociente fônico simples; tempo de emissão/ tempo máximo de fonação/ tempo de fonação; e relação s/z / consoantes s/z / proporção s/z.

Também foram encontradas alguns termos e conceitos com convergência parcial, por terem sido citados em menor número de obras. Estes foram: zonas articulatórias dos sons da fala; pronúncia; resistência vocal; tipo articulatório; gama tonal; tom habitual; tessitura vocal; quociente composto; fluxo aéreo adaptado; tempo de emissão seqüencializada; sopro, bem como as seguintes classifi-

cações do tipo de voz: fluida, gutural, comprimida, tensa-estrangulada, polifônica, monótona, trêmula, branca ou destimbrada, crepitante, infantilizada, feminilizada, virilizada, presbifônica, hipernasal, hiponasal, nasalidade mista, o aspecto astenia da escala GRBAS, o aspecto tensão da escala GRBAS, cochichada, clara, escura; fonetograma/ perfil de extensão vocal; extensão dinâmica/ extensão do *loudness*; e qualidade da emissão/ estabilidade da emissão.

Foram encontrados ainda uns poucos termos e conceitos com convergência denominada de parcial nas obras, por não haver consenso quanto à sua classificação. Estes foram: registro vocal; ressonância e coordenação pneumofonoarticulatória. Ao se analisar as definições desses termos, percebe-se consenso na utilização clínica, havendo, todavia, maneiras diferentes quanto à classificação. Para explicitar essa convergência parcial descrevemos o termo Ressonância, também nomeado de Sistema Ressonantal e Sistema de Ressonância, que apresentou consenso em relação ao conceito e, apesar de existir mais de um termo, todos conceituam esse parâmetro da mesma maneira. No entanto, notou-se uma falta de consenso principalmente em relação aos nomes empregados na classificação desse parâmetro entre as diversas obras, e não foi possível perceber sinonímia em todas as denominações das classificações da ressonância. Houve um consenso quanto aos nomes utilizados para identificar situações em que o foco de ressonância era extremo, como foi o caso da ressonância com foco nasal, que apresentou diversos nomes; mas todos fizeram referência a um predomínio de uso da região nasal, tais como hipernasal e rinolalia aberta.

Frente às variações quanto à classificação da ressonância, não foi possível estabelecer rela-

ção entre as diversas denominações dadas pelos autores. Por exemplo, na ressonância hiponasal, ocorrem variações nas definições que dificultam o consenso, tais como as classificações de ressonância hiponasal, rinolalia fechada e denasalidade. Esses exemplos mostram a quantidade de termos que podem nomear a diminuição da ressonância na cavidade nasal; no entanto, tais termos não podem ser considerados sinônimos, pois suas definições mostram diferenças na aplicação de cada um. Apesar de as possibilidades de classificação variarem no parâmetro da ressonância, entender o conceito de cada uma das classificações, segundo os autores das obras, facilita o entendimento da forma como foram considerados durante a avaliação da voz. Não pode ser deixado de lado o fato de a ressonância ser um parâmetro de difícil avaliação na clínica da voz, o que provavelmente dificultou o consenso quanto à terminologia.

Finalmente, foram encontrados alguns termos e conceitos que apresentaram divergência entre os autores das obras analisadas. Estes foram: o aspecto R (rugosidade) da escala GRBAS; o termo “tipo de voz” que se confunde com qualidade vocal; e ritmo e velocidade de fala. Estes últimos, em algumas obras analisadas nesta pesquisa, são vistos como sinônimos enquanto que em outras foram conceituados como parâmetros diferentes. Ritmo e velocidade de fala devem ser vistos como parâmetros distintos, porém considerados como relacionados tanto entre si como com o aspecto articulação.

Nesse contexto, a discussão que se estabelece na presente comunicação é: se conforme mostram nossos dados a convergência de termos é bem maior que a divergência, como entender isto diante do fato de termos encontrado pelo menos dois paradigmas distintos orientando a atuação clínica fonoaudiológica nos processos diagnósticos e terapêuticos da voz?

Paradigmas, segundo Kuhn (2001:13) são realizações científicas modelares que durante algum tempo sustentam a produção científica dentro de uma área de conhecimento. Nessa perspectiva, dentro da clínica fonoaudiológica da voz, é possível haver pode se ter uma forma de atuação apoiada num paradigma centrado no sintoma – o cartesia-

no positivista, e a outra apoiada num paradigma centrado no sujeito – o dialético histórico¹. O paradigma cartesiano positivista pode ser associado a uma vertente de clínica e de pesquisa chamada de descontextualizada ou da objetividade (Palladino, 2000; Souza, 2000; Tassinari, 2000; Oliveira e Friedman, 2006), e o paradigma dialético histórico, a uma vertente de clínica e de pesquisa chamada de contextualizada ou da subjetividade (Palladino, 2000; Souza, 2000; Tassinari, 2000; Oliveira e Friedman, 2006).

Na primeira, a lógica da clínica e da pesquisa funcionam recortando a voz do contexto histórico social do falante, ou seja, focaliza-a independentemente de quem fala, para quem fala, em quais situações e circunstâncias fala. Por meio desse recorte, considera-se exclusivamente a produção orgânica da voz e permite-se estabelecer uma relação linear entre a voz e seus problemas, que se objetiva pela possibilidade de mensuração e quantificação (Oliveira e Friedman, 2006).

Na segunda, a lógica da clínica e da pesquisa funcionam situando a voz no contexto do acontecimento de linguagem, sustentando um modelo que integra o sujeito, a linguagem, a intersubjetividade e o social (Ferreira, 1992; Märtz, 1999; Palladino, 2000; Souza, 2000; Tassinari, 2000; Pinheiro e Cunha, 2004; Oliveira e Friedman, 2006). Tal pressuposto entende que a relação entre a voz e seus problemas não é linear, e sim complexa, de tal modo que a objetivação por meio de mensurações e quantificações dão conta de parte do problema, nem sempre a mais importante, sendo necessário entender também questões intersubjetivas e sociais ligadas ao problema vocal.

Nesse contexto, a discussão que se segue pretende considerar como atuações clínicas fonoaudiológicas inspiradas em diferentes paradigmas podem fazer uso de um mesmo conjunto de termos e conceitos.

Discussão

Para organizar a discussão, escolheu-se analisar qualitativamente as convergências e divergências no uso de termos e conceitos a respeito do parâmetro TIPO DE VOZ, mostrando como autores

¹ Uma explicação detalhada do modo de funcionamento da clínica fonoaudiológica em cada um desses paradigmas pode ser encontrada no capítulo “A clínica da gagueira: diferentes paradigmas e suas conseqüências” Oliveira P., Friedman, S. em David, R.H.F., Barbosa, P.S. (org.), Cadernos da Fonoaudiologia – série linguagem – vol.1, 2006: 7-13

filiados a cada um dos paradigmas explicitados empregam o mesmo conjunto de termos e conceitos. Escolheu-se esse parâmetro especificamente, porque ele oferece inúmeras possibilidades de classificação, como se pode observar nas obras dos diversos autores, e isso favorece a possibilidade de detectar divergências.

Na vertente cartesiano positivista encontramos autores que se apóiam na anatomia e traduzem o que percebem em termos de emissão sem vibração das pregas vocais; rigidez de mucosa; irregularidade de vibração das pregas vocais. Outros se apóiam nos sentidos humanos e traduzem o que percebem por meio, por exemplo, do tato, referindo-se à voz áspera; ou da visão, referindo-se a um desnivelamento de pregas vocais; vibração de pregas vocais e pregas ventriculares concomitantemente. Outros, ainda, recorrem a critérios de agradabilidade traduzindo as impressões daquilo que é escutado das vozes em termos como agradável ou desagradável; o que resulta em difícil aceitação, por se tratar de terminologia inespecífica, de superficialidade implícita.

Certos autores parecem considerar que o caminho mais adequado para superar possíveis divergências e alcançar consenso na avaliação é apoiar suas percepções, numa correlação entre aquilo que percebem auditivamente, o funcionamento das pregas vocais e a anatomia. Nesse tipo de escolha, entendemos que o componente “auditivo” da avaliação perceptual é colocado em segundo plano e o mais valorizado são os dados advindos de exames médicos.

Na direção de apoiar a percepção auditiva da voz na anatomia e em dados de exames médicos, temos, ainda, autores que estabelecem relações de causalidade entre tipo de voz e alterações de laringe, assim, relacionam voz rouca a nódulos, edemas e pólipos; voz áspera a rigidez de mucosa das pregas vocais; voz bitonal a sulco vocal; voz diplofônica a fonação ventricular e a fonação ariepiglótica, entre outros. Relaciona-se, portanto, o TIPO DE VOZ à condição da laringe no que se refere à presença e tipo de alteração. Nesse procedimento, entendemos que os tipos de voz acabam sendo impostos pelos distúrbios da laringe como “caricaturas” vocais (Ferreira, 2000).

Analisando agora as relações entre tipo de voz e valores ou opiniões, tomou-se como exemplo nas obras analisadas, uma relação entre voz áspera e rudeza ou qualidade desagradável e até mesmo,

qualidade irritante da emissão; uma relação entre voz rude como sendo aquela com *pitch* agudizado considerada de difícil aceitação social; uma relação entre voz fluida e emissão agradável, solta e relaxada; entre voz infantilizada e tom agudo não correspondendo à idade do falante ou à maturidade psicoemocional.

Apesar da aparente variação de articulações entre tipo de voz e valores/opiniões, observou-se que certas classificações do tipo de voz apresentaram, em diversas obras, convergência entre termo e conceito, a saber: voz rouca como sendo voz áspera, voz soproso como sendo voz infantilizada (Leite e Ferreira, 2006).

O que se depreende dessa busca de convergência no uso dos termos e conceitos no que respeita aos valores/opiniões sobre TIPOS DE VOZ, é a tentativa de garantir a objetividade da avaliação por meio da fixação de uma única direção possível para o julgamento auditivo atribuído à voz.

A busca dessa mesma direção, dessa linearidade, também é o que se depreende das relações estabelecidas entre o padrão vocal e a anatomia; o padrão vocal e os sentidos humanos; ou entre o padrão vocal e quadros patológicos. Esses tipos de definições conduzem ao entendimento de que sempre há um tipo de voz definido, relacionado a alterações específicas. Nelas se percebe a herança da Medicina no fazer fonoaudiológico e, com ele, o predomínio do caráter biológico/orgânico centrado predominantemente em algum tipo de imagem das pregas vocais como garantia da objetividade da avaliação e, conseqüentemente, de sua exatidão.

Nessa valorização do aspecto orgânico, a voz é vista como ato laríngeo que, em todas as situações patológicas do mesmo tipo, apresenta um mesmo padrão. Entende-se que nessa relação entre alteração orgânica ou doença e tipo de voz, tenta-se fazer com que a avaliação perceptiva busque uma correlação exata entre o perceptivo/auditivo do fonoaudiólogo e o perceptivo/visual do médico, registrado no exame realizado. Tal relação, como já se dissemos, parece determinar que, se houver uma alteração laríngea específica, visualmente diagnosticada, o auditivo sempre será igual.

A realidade clínica do dia a dia, entretanto, mostra que, muitas vezes, pacientes com alterações laríngeas semelhantes produzem vozes diferentes. Assim, entendemos que acreditar na possibilidade de fixar uma única voz típica de nódulo, de cisto, entre outras, é defender uma visão reducionista

de voz; é seguir uma direção em que não se reconhece um sujeito produtor da voz, com uma história singular que molda ou constrói seu distúrbio vocal, dando-lhe nuances sonoras únicas. Nesse sentido concordamos com Simão e Chun, (1997) em que, marcada pela herança advinda de outras ciências que colaboraram em sua criação, a clínica e a pesquisa fonoaudiológicas da voz apresentam muitas vezes, abordagens segmentadas, parciais e tecnicistas, que propõem tratar da voz de forma determinada e invariável dentro de padrões preestabelecidos.

A literatura cartesiano positivista mostra, assim, em síntese, uma busca de convergência no uso de termos e conceitos em relação à avaliação da voz, como forma de garantir uma objetividade sempre idêntica a si mesma que pode, desse modo, ser quantificada e mensurada. Como já se dissemos, entretanto, a prática clínica e a pesquisa oferecem variações quanto às maneiras pelas quais se pode entender uma queixa de voz, ou seja, esta é interpretada de modo distinto de acordo com a concepção, ou o paradigma, que o profissional adotar no seu fazer clínico e investigativo (Simão e Chun, 1997; Ferreira, 2000; Felice, 2003). As condutas fonoaudiológicas daí decorrentes buscam a eliminação da doença ou do erro (Felice, 2003). A cientificidade nesse tipo de abordagem está nos testes, nas escalas, e nos grupos controle (Oliveira e Friedman, 2006).

Nesse sentido, considera-se a clínica centrada no sujeito, que valoriza tanto os parâmetros visíveis, palpáveis e mensuráveis, quanto a história singular de cada caso. A partir dessa visão, pode-se considerar, por exemplo, que vozes roucas ou soproas podem adquirir múltiplos sentidos e não somente os que foram acima definidos pela literatura de vocação positivista. O mesmo pode ser dito para as demais maneiras de garantir a objetividade da avaliação pela unidirecionalidade entre o perceptivo/auditivo do fonoaudiólogo e o perceptivo/visual do organismo.

Para ilustrar tal condição, podemos referir algumas pesquisas que evidenciaram ser a voz mais do que uma produção de sons passível de ser fixada em parâmetros rígidos; pesquisas que evidenciaram a voz em suas qualidades singulares relacionadas à história de vida e às condições de trabalho de cada sujeito. Assim, Giannini e Passos (2006), ao pesquisarem três professoras readaptadas da rede municipal, por exemplo, mostraram que mais do

que um sintoma a ser eliminado, a alteração vocal é uma demanda a ser compreendida. Ao analisar as histórias desses professores da rede municipal de São Paulo, o sintoma de voz aparece enredado em histórias de impedimento, medo, frustração, aflição, ansiedade e conflitos. As autoras propõem que os profissionais de saúde considerem em seus métodos clínicos, além do sofrimento físico e fisiológico causado pela alteração vocal, o desgaste advindo das relações cotidianas, a forma como cada um vive as condições ambientais e organizacionais de seu trabalho.

Outro exemplo é o artigo de Vilela e Ferreira (2006) que analisaram, por meio de entrevistas com fonoaudiólogos responsáveis por atendimento em grupo a pacientes com distúrbios vocais, os procedimentos e resultados terapêuticos dessa prática. Na análise do material transcrito, as autoras apontam para a importância das relações de troca e identificações; para o fato da presença do outro ser elemento facilitador no processo terapêutico; para a importância de colocar o saber sobre a doença de maneira que faça sentido para o indivíduo; para a necessidade do terapeuta preocupar-se a respeito da aceitação e percepção do que o paciente sente e pensa sobre suas dificuldades.

Petroucic e Friedman (2006) também pesquisaram, por meio de entrevistas, os sentidos da perda da voz para profissionais e não-profissionais da voz com e sem queixa vocal e concluíram que a perda da voz é algo complexo que envolve as dimensões subjetiva, orgânica e sociocultural. As autoras enfatizam a importância do fonoaudiólogo compreender, no trabalho com sujeitos com alteração vocal, o componente afetivo articulado à voz a partir da singularidade e da história de cada um.

Outro exemplo, ainda, pode ser dado pelo trabalho de Salfatis e Cunha (2006) que descreveram a importância da singularidade no atendimento vocal, estudando um paciente com alteração vocal em que a relação voz e psiquismo estava simbolicamente marcada, ou seja, a relação entre psiquismo e voz influenciando a qualidade vocal.

Defenderam ser crucial que o profissional não considere o sintoma, somente como uma alteração orgânica, mas investigue o que ele está manifestando pela voz. Defenderam que o fonoaudiólogo deve identificar os elementos que afetam a totalidade do sintoma. As autoras ainda consideraram que o entendimento de que corpo e mente são inseparáveis, possibilita a compreensão de que

o sintoma vocal não diz apenas sobre um corpo doente, mas sobre um sujeito que sofre e recorre ao sintoma para ser escutado.

Essas produções marcam a influência psicanalítica e psicossocial no fazer fonoaudiológico, e, com ele, o predomínio da história de vida com suas relações intersubjetivas mediadas preponderantemente pela linguagem. Nessa medida, é possível chegar à interpretação dos sintomas a partir da esfera psíquica, pela sua expressão por meio da atividade dialógica (Salfatis e Cunha, 2006). Neste tipo de produção ocorre um deslocamento no que se refere à busca de unidirecionalidade e de exatidão, acima tratadas. Assume-se justamente o oposto, ou seja, a singularidade de cada padrão vocal, constituído no contexto de uma história de vida particular.

Tal perspectiva não significa perda da objetividade, visto que a descrição de um padrão vocal, a partir de sua articulação com um contexto particular, é igualmente um modo de objetivar a condição vocal de alguém sem recortá-la do contexto em que foi construída. Essas objetivações também possuem potencial para levar pesquisadores e clínicos a ver/entender regularidades e, portanto, padrões nos problemas de voz, numa dimensão circunscrita não apenas ao orgânico, mas a condições de vida dos falantes. Quanto à exatidão, esta não se refere mais à busca de um mesmo padrão vocal que se associe fielmente a uma específica condição orgânica; se refere, sim, à qualidade com que um conjunto de dados relativos a um caso específico são expostos para conhecimento de uma comunidade científica interessada.

O interesse, ao se assumir o paradigma dialético histórico, está em considerar as marcas próprias a cada sujeito, incluindo o orgânico, o psíquico e o social em seu movimento de mútua articulação. O material empírico para tal é, como dissemos, o dizer individual e único de cada sujeito sobre sua voz e sua vida. Como diz Märtz (1999), a intenção de falar é atravessada por assertividades, angústias, desejos de esclarecimento, desejos de poder, desejos de sedução, medos, e nem sempre é possível discernir, de imediato, qual a intenção; por isso, é necessária uma disponibilidade de escuta do terapeuta que vá além das categorias vocais por ele estudadas.

Desse modo, a voz é entendida tanto em sua materialidade audível e visível e, portanto, como fenômeno acústico e orgânico, quanto no sentido que

assume para o sujeito e, portanto, como linguagem (Chun, 2000; Oliveira, Friedman, 2005). As condutas fonoaudiológicas daí decorrentes envolvem processos dialógicos estabelecidos entre terapeuta e paciente que visam identificar a inserção do sujeito disfônico no seu real mundo, com o objetivo de conhecer e compreender a singularidade da sua alteração (Ferreira, 1992). A cientificidade nesse tipo de abordagem está nos estudos de caso, nas entrevistas abertas, no contexto interativo (Oliveira, Friedman, 2005; Salfatis, Cunha, 2006).

Conclusão

No paradigma cartesiano positivista os termos e conceitos sobre voz são propostos pela lógica do materialmente audível, associado ao materialmente visível e passível de ser apreendido pelo instrumental clínico. A partir disso, pretende-se gerar uma explicação linear e ordenada, entendida como ato laríngeo, circunscrito, exclusivamente ao seu formato biológico.

No paradigma dialético histórico os termos e conceitos sobre voz são propostos a partir da lógica de compreensão de um sujeito constituído na relação dialética entre sua história e o seu sintoma de voz.

Diante do exposto, os autores deste comunicado defendem que o fonoaudiólogo deve estar atento para perceber tanto os sintomas orgânicos que marcam a queixa que mobilizou o sujeito, quanto aqueles que sinalizam questões de natureza subjetiva.

Para finalizar, é importante apontar que com este trabalho não se teve a intenção de antagonizar as formas de clínicas e de pesquisa aqui explicitadas, mas sim desmistificar as aparentes convergências no uso de termos e conceitos, para minimizar os problemas advindos de uma atuação fonoaudiológica clínica ou investigativa em que as diferenças de paradigmas não são explicitadas.

Referências

- Chun RYS. A voz na interação verbal: como a interação transforma a voz [tese de doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.
- Felice A. Através dos discursos a construção do saber na fonoaudiologia. São Paulo: EDUC; 2003.
- Ferreira LP. A avaliação da voz: o sentido poderia ser outro?. In: Ferreira LP, organizadora. Um pouco de nós sobre voz. São Paulo: Pró-fono; 1992. p. 29-38.



Ferreira LP. Voz e sistema sensório motor oral: o problema dos objetos. In: Freire RM, organizadora. Fonoaudiologia: seminários de debates. São Paulo: Roca; 2000. v. 3, p.128-30. (Interfaces, 3)

Kuhn T. A estrutura das revoluções científicas. 6ed. São Paulo: Perspectiva; 2001. p. 257.

Leite GCA. Avaliação fonoaudiológica da voz: convergências e divergências terminológicas e conceituais [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.

Leite GCA, Ferreira LP. Convergências e divergências de termos e conceitos utilizados na avaliação fonoaudiológica da voz. Fono Atual 2006;8(34):34-42.

Märtz MLW. Algumas reflexões sobre a terapia da voz. Disturb Comun 1999;10:205-11.

Oliveira PS, Friedman S. A clínica da gagueira: diferentes paradigmas e suas conseqüências. In: David RHF, Silva PB. Cadernos da Fonoaudiólogo – série Linguagem 2006;1:7-13.

Palladino RRR. A objetividade e a subjetividade na fonoaudiologia. Disturb Comun 2000;12:61-73.

Petroucic R, Friedman S. Os sentidos da perda de voz. Disturb Comun 2006;18(1):39-49.

Pinheiro MG, Cunha MC. Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise. Disturb Comun 2004;16:83-91.

Salfatis DG, Cunha MC. Laryngeal focal dystonia: body investigations that address the mind. Pro Fono 2006;18(2):207-12.

Simão ALF, Chun RYS. Do movimento a voz surge naturalmente. In: Lacerda CBF, Panhoca I, organizadores. Tempo de fonoaudiologia. São Paulo: Cabral Ed. Universitária;1997. p.62-82.

Souza LAP. Objetividade, subjetividade e um caminho pelo meio. Disturb Comun 2000;12:11-9.

Giannini SP, Passos MC. Histórias que fazem sentidos: as determinações das alterações vocais do professor. Disturb Comun 2006; 18(2):245-57.

Tassinari MI. Objetividade e subjetividade nos processos terapêuticos fonoaudiológicos. Disturb Comun 2000;12:75-89.

Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. Disturb Comun 2006;18(2):235-43.

Recebido em setembro/07; aprovado em março/08.

Endereço para correspondência

Grazielle Capatto A. Leite

Rua Araldo Ferreira Kluwe, 56 – Jardim Prudência

São Paulo – SP

CEP 04648-160

E-mail: gracapato@hotmail.com

