

(*com*)passos no silêncio



Carl Anderson

Ana Clélia de Oliveira Rocha

2007

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do IEL - Unicamp

R582c Rocha, Ana Clélia de Oliveira.
(Com)passos no silêncio / Ana Clélia de Oliveira Rocha. --
Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : Nina Virgínia de Araújo Leite.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto
de Estudos da Linguagem.

1. Fala. 2. Silêncio. 3. Crianças. 4. Clínicas. 5. Fonoaudiologia. 6.
Psicanálise. I. Leite, Virgínia de Araújo. II. Universidade Estadual de
Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.

Título em inglês: Paces of silence.

Palavras-chaves em inglês (Keywords): Speech; Silence; Children; Clinic; Speech
therapy; Psychoanalysis.

Área de concentração: Lingüística.

Titulação: Doutor em Lingüística.

Banca examinadora: Profa. Dra. Nina Virgínia de Araújo Leite (orientadora), Profa
Dra. Ângela Maria Resende Vorcaro, Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry, Profa.
Dra. Suzana Magalhães Maia, Profa. Dra. Viviane Veras, Dra. Flávia Trocoli Xavier
da Silva (suplente), Profa. Dra. Alessandra Fernandes Carreira (suplente) e Profa.
Dra. Rosana do Carmo Novaes Pinto (suplente).

Data da defesa: 24/05/2007.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Lingüística.

Ana Clélia de Oliveira Rocha

(*com*)passos no silêncio

Tese apresentada à Banca Examinadora do Curso de Lingüística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Lingüística.

Orientadora:
Profa. Dra. Nina Virgínia de Araújo Leite

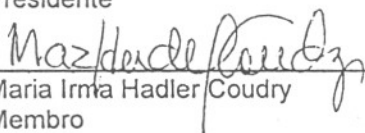
UNICAMP
Instituto de Estudos da Linguagem
2007

BANCA EXAMINADORA:



Nina Virginia de Araújo Leite (matr. 119920)

Presidente



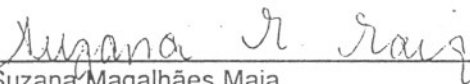
Maria Irma Hadler Coudry

Membro



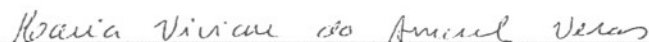
Angela Maria Resende Vorcaro

Membro



Suzana Magalhães Maia

Membro



Maria Viviane do Amaral Veras

Membro

Membros da Banca

Profa. Dra. Nina Virgínia de Araújo Leite

Profa. Dra. Ângela Maria Resende Vorcaro

Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry

Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia

Profa. Dra. Viviane Veras

Suplentes:

Profa. Dra. Rosana do Carmo Novaes Pinto

Profa. Dra. Flavia Trocoli Xavier da Silva

Profa. Dra. Alessandra Fernandes Carreira

Ao grupo - *Mauro Spinelli, Silvana Rabello, Adela Gueller, Marta Gimenez,, Julieta Jerusalinsky* - e a *Lucila Pastorello*, pelas parcerias na improvisação de tantos compassos.

A Luísa e Clarinha: *"Olha as minhas meninas, as minhas meninas, pra onde é que elas vão se já saem sozinhas as notas da minha canção vão as minhas meninas tão iluminadas de sim, passam por mim e embaraçam as linhas da minha mão, as meninas, as minhas meninas do meu coração."*

A Rica:

*"há mulheres que dizem:
Meu marido, se quiser pescar, pesque,
Mas que limpe os peixes.
Eu não. A qualquer hora da noite me levanto,
Ajudo a escamar, abrir, retalhar e salgar.
È tão bom, só a gente sozinhos na cozinha.
De vez em quando os cotovelos se esbarram,
Ele fala coisas como "este foi difícil"
"prateou o ar dando rabanadas"
e faz o gesto com a mão.
O silêncio de quando nos vimos a primeira vez
Atravessa a cozinha como um rio profundo
Por fim, os peixes na travessa,
Vamos dormir."
(Adélia Prado)*

AGRADECIMENTOS

A Nina, orientadora e acolhedora deste trabalho. Pelas questões que abriu na minha clínica e que me permitem ir além. Pela escuta atenta e pela *"palavra boa, não de fazer literatura, palavra, mas de habitar fundo o coração do pensamento."*

A Luizinho e Fernando, companheiros da infância. Pela amizade que construímos na vida.

A Suzana Maia, por me acompanhar - desde meus tempos de menina - no exercício da clínica fonoaudiológica. Pelas contribuições que generosamente dá ao meu trabalho, da graduação, passando pelo mestrado, pela qualificação até este momento.

A Viviane Veras, pela palavra precisa e por tudo que me ajuda neste percurso campineiro: o "curso", o projeto, a qualificação e o agora.

A Alfredo Jerusalinsky, Mauro Spinelli e Ângela Vorcaro, super visores de uma clínica. A Ângela, em especial, minha admiração e respeito por me falar *"de coisas bonitas que eu acredito que não deixarão de existir: amizade, palavra, respeito, caráter, bondade, alegria e amor."*

À música – e aos músicos - por quebrarem o silêncio da escrita. A Chico Buarque pelo dom de colocar meus sonhos em canto.

Aos amigos – paulistanos, paulistas, barãogeraldenses, argentinos, cubanos, sorocabanos, goianos, mineiros, brasilienses - pelas escapadas que tornaram este caminho mais leve. A Eliana Benguela. Um brinde!!!

Aos amigos do SEMASOMa, lugar de parcerias campineiras.

Às crianças, que fazem história no meu caminho, e às famílias. Aos bons encontros e à inquietude que nos move. *"Toda criança quer, toda criança quer crescer, toda criança quer ser um adulto e todo adulto quer e todo adulto quer crescer para vencer e ter acesso ao mundo. E todo mundo quer, e todo mundo quer saber de onde vem, pra onde vai..."*

À família OliveiraRochaVidovixPessoaGoriRibeiroFernandezGuellerZanovelloKokron RosanoCardosodosSantos. A Anna e a Ismênia, minhas avós que aos 90 anos são testemunhas deste percurso.

A Jô, Valdemir e Celita, pelo carinho que dão as minhas meninas, imprescindível nesta minha fase.

Aos professores e funcionários do IEL pelo ensino e pelo auxílio durante esses anos.

Enfim, a Luiz e Celita por me mostrarem que o belo está na parceria. A meu pai, com quem aprendi a falar em silêncio. A minha mãe, que me transmitiu o amor ao trabalho.

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro.

... a gente sabe que esses silêncios estão cheios de mais outras músicas.

(Guimarães Rosa)

Resumo

Esta tese é escrita a partir das interrogações geradas pela clínica fonoaudiológica com crianças que apresentam o dito “retardo de aquisição de fala”. Essas interrogações incidem sobre a própria nomeação que tais casos recebem nessa área; sobre a prática fonoaudiológica e suas articulações com a Psicanálise; sobre as improvisações em que o tempo da constituição de um sujeito falante é composto. Os (a)casos com os quais a Fonoaudiologia se depara e se surpreende no exercício de sua prática clínica impuseram esta escrita: não há criança sem fala; há crianças que exigem um tempo singular na sua constituição como falante. A clínica fonoaudiológica atua sobre os retardoS de fala, reconhecendo a pluralidade e a particularidade que está em cena no atendimento dessas crianças. Escutar no silêncio da criança uma fala que se improvisa e sustentar uma prática em um tempo outro da constituição dessa criança como falante é possível, quando se toma a interdisciplinaridade como fundamental na atuação clínica. São essas parcerias que permitem compassos no silêncio.

Palavras-chave: Fala/Silêncio. Criança. Clínica. Fonoaudiologia. Psicanálise.

Abstract

This thesis was written in view of some issues raised in the treatment of children presenting the so-called “delayed speech acquisition”. These issues focus on the very names used in this area, on the Speech Therapy practice and its articulations with Psychoanalysis; and on the improvisations that also compose the time of constitution of a speaking subject. The cases (as well as chances) — and the surprises — faced by Speech Therapy imposed this work: there is no child without speech; some children demand a singular time for their constitution as a speaker. The clinic treats delayS in speech acquisition, taking into account the plurality and the particularity at work while these children are being treated. It is possible to hear in the child’s silence a speech improvisation and sustain a certain practice in a different time of the constitution of this child as a speaker, as long as one takes interdisciplinarity as a fundamental approach to the clinical practice. These partnerships permit paces of silence.

Keywords: Speech/Silence; Child; Clinic; Speech Therapy; Psychoanalysis.

Sumário

Introdução	
A criança sem fala	1
Capítulo 1	
O retardo na Fonoaudiologia	9
1.1 O que significam os retardos de aquisição de linguagem na Fonoaudiologia	12
1.2 Rotas e caminhos da Fonoaudiologia	14
1.3 Experimentando caminhar a partir da Fonoaudiologia	27
1.4 Além/aquém do retardo: o descompasso na Fonoaudiologia	29
Capítulo 2	
Tocando de Improviso	
notas sobre o tempo, a linguagem, o fantasma e o silêncio	33
2.1 Retardo na clínica: de que tempo falamos?	33
2.2 O retardo pode ser bemolizado	39
2.3 De quem (se) trata e de que clínica	41
2.4 Do que se trata: língua, fala e linguagem – o eterno mal-entendido da Fonoaudiologia	47
2.5 Improvisações sobre (re)capturas	51
2.6 Silêncios	56
Capítulo 3	
A Clínica Fonoaudiológica: efeitos dos RESTOs de fala	63
3.1 O caso	64
3.2 A questão do sintoma	71
3.3 O saber clínico: a posição do terapeuta	74
Capítulo 4	
Os (a)casos	81
4.1 Renam	85
4.2 Henrique	90
4.3 Ricardo	96
Capítulo 5	
(H)A criança sem fala (?)	105
Capítulo 6	
Compassos no silêncio	121
Referências Bibliográficas	129

Introdução

A criança sem fala

"O teu silêncio é um leque – um leque fechado,
um leque que aberto seria tão belo, tão belo..." (Fernando Pessoa)

Pinduca¹ é um personagem de história em quadrinhos do tempo de minha infância. Mudo, careca e sem boca, Pinduca tinha amigos, estava na escola e, misteriosamente, eu não conseguia entender por que ele não falava. Na minha cabeça, o que faltava era fazer um traço no quadrinho, desenhando uma boca e... pronto! Ele teria como falar. Pinduca ficou na minha infância com a marca da ausência desse traço.

Quando entrei no curso de Fonoaudiologia, no meio de uma explicação sobre esse trabalho com crianças que tinham problemas para falar, recebi um conselho da minha avó: "Ora, para fazer uma criança muda falar, é só colocar um peixe vivo na língua dela... mas não pode ser a mãe. Ela, também, não pode saber". Perguntei, então: "Quem é esse outro que não pode ser a mãe?" Minha avó só disse: "Tanto faz".

É nesses acasos que somos fisgados pelo destino, e muitos Pinducas apareceram na minha clínica...

Atendi um garoto de 8 anos que apresentava um distúrbio articulatorio severo. Desde os dois anos, passava por terapias fonoaudiológicas, pois demorava a falar. Quando chegou até mim, a queixa da mãe era a de que ele "fala um pouco, mas não entendemos nada". Na entrevista inicial, os pais contaram que, quando ele era muito pequeno, mal

¹ Pinduca (Henry), criação de Carl Anderson, Histórias e desenhos de Don Trachte e John Liney. Atualmente é editado pela Ed. Opera Graphica. A primeira aparição do personagem foi em 1932, nos EUA.

falava, e a fonoaudióloga mandava fazer exercícios com uma hóstia (não benta, é claro) para fortalecer a língua. Ele chorava muito e a mãe, também angustiada, segurava sua boca e continha seu corpo para realizar tais exercícios em casa, pois "quanto mais eu o ajudasse, mais rápido ele melhoraria". Isso não garantiu que Gustavo falasse corretamente; ao contrário, ele foi se tornando frágil perante esses pais, e sua fala, e mesmo seus fonemas foram faltando...

Não é à toa que o exercício que a memória da mãe nos dá é o da hóstia: a transformação do pão em corpo. É justamente isso que se coloca em jogo em casos como este: fazer-se corpo, fazer-se um sujeito falante. Talvez essa mãe soubesse algo a esse respeito, mas tentou, por muito tempo, continuar nesse exercício. O equívoco estabelecido pela Fonoaudiologia talvez residisse nisto também: "segurar sua boca (...) conter seu corpo". Logo, como colocar essa criança em outra cena, se o que se repetia era justamente isto: segurar – a boca – e – conter – o corpo – da criança, em uma mesma cena?

Pinduca não tinha boca. A de Gustavo era tapada.

Atendo Felipe, um menino de 4 anos, portador de um silêncio absoluto. Em uma sessão, ele destruiu toda a minha sala e, pela primeira vez, me bateu muito. Não consegui detê-lo e convoquei a mãe a entrar em cena e ajudar-me a acalmá-lo. Ela me disse: "O Felipe é assim, bate em todo mundo". Felipe era o nome do pai do garoto também, e o que escutei, naquele momento, era que ela falava do pai, pois, até então, ao referir-se ao filho, dizia Felipinho. A sessão terminou ali. O menino retornou e, a partir de então, começou a falar comigo. Primeiro começou a me chamar para o banheiro (um novo cenário) e, lá, ele ia para um canto, chamava-me para perto dele e cochichava no meu ouvido. Eu me colocava em cena e lhe dava meu ouvido, mas nunca consegui compreender aqueles murmúrios. Felipe precisou repetir essa cena algumas vezes para voltar à sala de atendimento e me pedir, com uma articulação clara, um pão de queijo.

Fica claro que a mudança ocorre depois dessa crise², e algo também ressoa na minha cabeça: “O Felipe bate muito”. De que Felipe a mãe falava? Felipe, o filho, me responde em ato. E responde justamente colocando-se em outra cena. Seu silêncio absoluto mostrava o quê?

Impossível, também, não lembrar a fala de uma mãe que, apesar de levar seu filho com paralisia cerebral a uma instituição, marca uma consulta comigo e me diz: “Quanto mais eu o levo lá; quanto mais participo do grupo de mães no Setor de Fonoaudiologia, mais pareço escutar: “seu filho não vai falar”. O paradoxo é que a proposta desses grupos tem como objetivo ensinar as mães a estimular a fala de seus filhos. Lina vem procurar uma escuta de suas questões numa fonoaudióloga fora da instituição. Seu medo, ela traduz, é “perder os parâmetros”. É o medo de perder a capacidade de se angustiar diante disso que ela vê na instituição e no próprio filho – um organismo, e não um corpo que não responde. Lina parece saber disso, desse manejo extremamente técnico do outro sobre o corpo de seu filho, fundando, ou melhor, mantendo-o em silêncio.

A hóstia no céu da boca calando Gustavo, a fala murmurada num canto de outra cena e o oráculo do silêncio transformaram-se em uma pergunta que precisava se escrever, e é isso que venho procurar num Doutorado. Talvez eu deva começar por tentar responder voltando ao título do primeiro ensaio desta escrita³ – (H)a criança sem fala(?), que pode ser pensado ou lido como uma constatação: há crianças sem fala; como uma questão: há crianças sem fala?; como uma descrição: a criança sem fala. Talvez seja também a hora de me perguntar: o que leio nisso que acabo de escrever?

² Lembrando o que dizem Berges & Balbo (203, p.136): "O termo crise que vem do grego KRISIS, e significa momento suspensivo, sempre anunciador de algo novo, criador. A crise não era vivida pelos gregos como algo puramente negativo. Ao contrário, era um momento suspensivo pelo qual o que era conhecido ou sabido até então iria dar outro passo."

³ Que nesta versão nomeia o capítulo 4.

Sempre⁴ trabalhei com crianças que apresentam questões importantes⁵ de linguagem. O primeiro garoto que atendi – eu, ainda muito jovem – tinha 8 anos, apresentava uma disfluência leve na fala e um atraso escolar. Nas aulas de Estudo Clínico⁶, o Professor Mauro Spinelli me fez uma pergunta a partir do meu relato do caso e do material que apresentei; pergunta que não entendi, mas que ficou na minha memória: “Você acha difícil pensar que ele possa ter uma deficiência mental?”. Por que eu acharia difícil? Será que eu havia me enganado na avaliação do garoto?

Muito tempo se passou até que, em 1992, já formada, atendi por dois anos um menino com “retardo de fala”. No dia em que fui dar alta para a mãe⁷, pensando que ela iria agradecer meu trabalho, elogiar, etc., etc., para minha surpresa, ela perguntou: “Ana, e agora, o que eu faço com ele falando?”

Essa pergunta, ao contrário da primeira do professor, provocou em mim um enorme mal-estar. Primeiramente, fiquei com a sensação de um trabalho incompleto e, em segundo lugar, eu estava me perdendo na teoria que tanto estudava ainda: se falar era o objetivo do tratamento fonoaudiológico e se eu havia conseguido que esse menino falasse, por que, agora, a mãe faz essa pergunta??? Minha resposta imediata foi encaminhá-la a uma psicóloga, pois algo de “anormal” estava acontecendo ali.

Nessa época, iniciando o Mestrado, escrevo uma dissertação cujo título é “A clínica fonoaudiológica escutando a mãe de crianças com Fra X” – a partir de entrevistas que faço com uma mãe que tem três filhos portadores de X-frágil, numa ilusão de que havia encontrado uma resposta:

⁴ Este ‘sempre’ iniciou-se em abril de 1985, quando estava no terceiro ano do curso de Fonoaudiologia na PUC/SP e começaram as disciplinas práticas. Desde então, venho dedicando-me ao trabalho clínico, atendendo, na grande maioria, crianças.

⁵ Friso a palavra ‘IMPORTANTES’ porque, ao longo do meu trabalho, ela toma diferentes definições.

⁶ Não é à toa que essa questão aparece nessa disciplina e não em Supervisão Clínica que, naquela época, ensinava as técnicas que deveríamos empregar nos atendimentos.

⁷ E não para a criança. “Ela não irá entender”, eu pensava...

Como clínicos, devemos pensar nas possibilidades que temos para trabalhar, o que, de início, nossos sujeitos nos permitem; quais são as nossas possibilidades de entrada para, assim, vislumbrarmos caminhos. Nesta família, Dona Márcia era este sujeito. Falando sobre, ela pode dividir e sair do papel de censor/censurada. Ela pôde agir e as terapias conseguiram existir. (ROCHA, 1994, p. 72).

Essa certeza de que eu havia dado conta da escuta da mãe está também presente no título deste trabalho, quando tomo minha escrita como definidora: **A** clínica fonoaudiológica, no lugar de **Uma** clínica; e também quando escrevo **a mãe**, e não **uma mãe**. Novamente, aqui, na pretensão de um discurso novo, singular, tomo a posição da ilusão da verdade e do saber, na repetição do que me propunha a criticar. O intervalo entre esse momento e o atual foi preenchido por uma busca de respostas que os Pinducas, mesmo sem bocas, iam me fazendo. Nesse percurso, supunha que encontraria essas respostas na Psicanálise.

Dunker⁸, em um texto precioso para a Fonoaudiologia, instiga-nos a pensar nesses caminhos que percorremos, nessa busca incessante que leva a Fonoaudiologia a buscar a solução de seus mistérios em outras áreas, e nos adverte, ao observar que “a deriva vocabular, conceitual, ou técnica exige uma espécie de quarentena, ao risco de transformar-se em hibridismo, ecletismo ou gerar descaracterização de seu campo clínico.” (Dunker, 2000, p. 56).

Esta tese inscreve-se no programa de pós-graduação em Lingüística, no Instituto de Estudos da Linguagem da Unicamp, tendo como orientadora uma psicanalista. São efeitos das mudanças que a prática clínica me trouxe. A ligação de fala e escuta na Fonoaudiologia torna imperativo um estudo da linguagem no qual possa ressoar uma visada psicanalítica, e esse enlaçamento faz efeito na clínica fonoaudiológica.

⁸ Dunker, C.I.L. – Clínica, Linguagem e Subjetividade. **Rev. Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, 12(1):39-60, dez.2000.

Contudo, a questão fundamental que me proponho a responder (ou a elaborar, reelaborar) é a que já estava posta em 1985 (ou desde muito) e que marca o título deste trabalho e toda a minha prática clínica: o que há de mistério no silêncio de uma criança? Há silêncio numa criança? Por que não se desenha uma boca? Quem sabe/pode desenhar essa boca?

Através dos relatos de casos, marco meu percurso e interrogações em torno desse tema, tomando como base minha vivência clínica como fonoaudióloga e minhas elaborações teóricas nesse campo, elegendo a Psicanálise como interlocutor indispensável e a música como metáfora que sustenta este percurso.⁹

Saber conduzir uma clínica fonoaudiológica nesse caminho em que há um silêncio do/no saber, acreditando que ele não pode ser preenchido por uma técnica específica, indiscutível e igual... eis o dilema. O apelo à Psicanálise pode também não passar de um deslocamento canhestro dos conceitos desse campo, mesmo que se revele um trabalho bem aplicado. Que tarefa resta-nos aqui? Sustentar ou construir uma posição que seja nossa, da Fonoaudiologia, como um ouvido que é oferecido para que Felipe possa cochichar, murmurar. Sustentar, acolher, suportar a angústia que há na possibilidade de poder fazer essa criança passar a outra cena, onde a falta e a fala possam estar... eis uma possibilidade de não permanecermos à deriva. Talvez, tentar compreender por que os murmúrios incompreensíveis de Felipe se fizeram ouvir por mim. Escutar esse sussurrar como uma improvisação, uma improvisação de fala e, por que não, uma improvisação dele mesmo. Na música, a improvisação¹⁰ sempre se dá em cena e a cena exige um público.

⁹ "[...] seria uma tolice poética imaginar que as pessoas se possam comunicar cotidianamente por meio da música, mas creio, isso sim, que quando a palavra e as frases por passadas, ocas, ou inexpressivas, não conseguem descrever estados de almas demasiadamente sutis – essa é a hora de recorrer à música". (Érico Veríssimo, 1987, p. 16)

¹⁰ Improvisação: "a criação de uma obra musical, ou de sua forma final, à medida que está sendo executada. Pode significar a composição imediata da obra pelos executantes, a elaboração ou ajuste de detalhes numa obra já existente, ou qualquer coisa dentro desses limites". Dicionário Grove de Música.

Como na simpatia que minha avó me ensinou, outro, que não seja a mãe, deve colocar o peixe vivo na boca da criança para que um movimento aconteça e ela fale. Aqui, para ouvir, também precisamos de um instrumento, de alguém que o toque e de um movimento, tal como na música. Talvez, agora, essa simpatia comece a fazer sentido, a tornar-se sinfônica.

A clínica fonoaudiológica: (com)passos no silêncio. É disso que se trata.

Capítulo 1

O Retardo na Fonoaudiologia

Qualquer direção era a mesma rota vazia e iluminada, e ele não sabia que caminho significaria avançar e retroceder... na verdade em qualquer lugar onde o homem experimentou se pôr de pé, ele próprio se tornou o centro do grande círculo, e o começo apenas arbitrário de um caminho.

(Clarice Lispector, *A maçã no escuro*)

Parto de Clarice Lispector para pensar que, nesta revisão bibliográfica, minha pretensão (também no sentido de *estender para diante*) é ressaltar que um caminho vai ser percorrido pela leitura de textos fonoaudiológicos, com atalhos, desvios e, certamente, chegada...

Uma vez escrevi¹ que “todo o trabalho com criança que não fala está nas mãos, ou melhor, nas bocas daqueles que falam dela e por ela”. Aqui eu acrescento também as mãos que põem em palavras, alinham em uma escrita, o que dela se diz.

Em um trabalho publicado em 1994, baseado em pesquisas de Spinelli & Tabith (1992) e Robinson (1987), Spinelli informa que 75% dos casos de retardo de linguagem apresentam fatores orgânicos. Este trabalho pretende pensar os 25% de casos *outros*. Por que tomar essa porcentagem *outra* como uma questão? No momento, respondo que são justamente esses 25% que nos colocam nesta encruzilhada, neste impasse: de que/de quem e quem se trata aqui? Quem trata aqui? Fazendo eco a esses tratos, seus sujeitos e objetos, uma outra questão: essa “demora” para falar é patológica?

Arantes (2003, p. 61) assinala que “a queixa de não falar compreende coisas bastante diferentes entre si” e que, de certa forma, não existe uma rota (rotina) de orientação, mas “encaminhamentos distintos para casos semelhantes”. Contudo, há balizas, e uma criança é

¹ Num trabalho de final da disciplina Aquisição de Linguagem, em 2004.

comumente definida como portadora de um retardo de aquisição de linguagem com base na defasagem entre a sua idade cronológica e “o que se espera”; tempo de espera determinado pelas definições sobre quantidade e qualidade da fala/articulação sonora que ela produz. Mesmo considerando que não há limites rígidos entre as variações normais na idade em que a criança começa a falar e distúrbios com significado clínico, Rutter (1987) sugere critérios para identificar o que seja um “retardo”: a severidade de um atraso, isto é, não falar nenhuma palavra aos 24 meses, e não usar frases aos 33 meses. Spinelli (1987) aponta critérios coincidentes com os de Rutter.

Para Zorzi (1997), a idade é um dos parâmetros utilizados na caracterização dos quadros de retardo de linguagem:

Crianças que chegam à faixa etária dos 2 anos sem terem adquirido linguagem merecem uma atenção especial, pois podem estar revelando dificuldades quanto ao desenvolvimento lingüístico. Neste caso, o critério que está sendo empregado refere-se à própria linguagem, ou seja, um possível atraso só estará sendo considerado depois de ter sido ultrapassada a idade em que comumente as crianças adquirem linguagem. (p. 894)

Scheur, Befi-Lopes e Wetzner (2003, p. 5) apontam que “o período entre 18 e 24 meses traz importantes mudanças nas habilidades conversacionais das crianças. Elas começam a compreender a necessidade de responder com fala à fala do outro...” Para tais autoras, o desenvolvimento de linguagem é “um processo muito organizado e previsível...” (p. 4).

Trabalho há 20 anos como fonoaudióloga; e esse é um tempo que me permite afirmar que uma criança que até os 3 anos não fala, ou fala pouco, traz uma enorme angústia para seus pais e, por isso, eles nos procuram. Esses pacientes pequenos atribuem-nos, assim, uma responsabilidade imensa, e trazem uma questão extremamente delicada para a clínica, uma vez que aqui estamos diante de uma criança em pleno processo de aquisição de fala; um processo nada fácil e tranquilo de definir, especialmente em casos ditos patológicos.

De modo geral, tanto teoricamente quanto na prática clínica, a idade das crianças diagnosticadas com retardo de aquisição de linguagem compreende uma faixa que varia dos 2 aos 5 anos de idade. É importante ressaltar, nesse contexto, que trabalhos recentes na área questionam essa “idade crítica” para a aquisição da fala e para a sua “reabilitação”. Trago dois textos exemplares dessas críticas de pesquisadoras que, mesmo ocupando posições distintas na Fonoaudiologia, reconhecem que deixar-se guiar pelo parâmetro idade/tempo é, no mínimo, questionável.

Para Santana, fonoaudióloga:

Não se trata, em essência, de saber se existe ou não idade crítica, e sim o que tem sido considerado para a sustentação dessa hipótese. De modo geral, têm sido considerados aspectos isolados, e o cerne da questão seria apenas a maturação cerebral. Partindo desse pressuposto, qualquer explicação que não leve em conta a plasticidade cerebral como contínua, que não considere os aspectos interativos do sujeito e seu contexto social, que não leve em conta as mudanças nos processos cognitivos que ocorrem em decorrência de nossas interações sociais, é restrita, pois negligencia o fato de que a organização cerebral se dá em meio a práticas sócio-culturais. Se nenhum desses aspectos tem sido levado em conta nessa discussão, na há como concordar com o postulado de um período crítico rígido e definido por critérios unicamente quantitativos e endógenos para explicar a aquisição de linguagem. (2003, p. 95)

Para Lier De-Vitto, lingüista:

O apelo à cronologia do desenvolvimento indica que a qualidade específica do sintoma resiste a ser apreendida como déficit na linguagem, ela também não é solução – a prática de notação de idade da criança visa delinear o patológico independentemente da qualidade de uma fala. (apud CERQUEIRA, 2005, p. 24)

Se levarmos em conta a prática de notação de idade da criança na apresentação de exemplos, podemos dizer que, na Aquisição de Linguagem, ela serve ao propósito de tentar apreender mudanças significativas na fala da criança com vistas ao estabelecimento de um “padrão” de desenvolvimento... De fato, o que acaba definindo um quadro patológico de linguagem é menos um “déficit” na linguagem, mas a insistência /persistência de algo que é reconhecido como “fora do tempo” – algo que não é mais esperado ocorrer numa certa idade. Casos de patologia corresponderiam a defasagens ou desarranjos entre linhas de desenvolvimento. (2001, p. 249)

Penso, sustentada em uma prática clínica, que crianças podem falar em outros tempos. Essa “idade-chave” para falar (ao redor de 3 anos) e seu limite (ao redor dos 5) é o que lança criança e família numa trama às vezes complicada e rígida, na qual o “fora do tempo” é lido, ou

compreendido, como fora da norma. Esse é um ponto fundamental para a nossa clínica, já que aqui se instala uma patologia em que se inscrevem os 25% dos casos que pretendemos abordar nesta tese.

Quando os fatores orgânicos passíveis de visibilidade médica são descartados, torna-se imperioso perguntar se outros campos do saber como a Fonoaudiologia, a Psicologia e a Lingüística, por exemplo, teriam respostas. Em *A criança com(o) ponto de interrogação*, De Lemos coloca em evidência a necessidade de refletir sobre:

(...) as restrições que a teoria lingüística impõe à teorização sobre o vir-a-ser da criança como sujeito falante: um primeiro passo nesse sentido é reconhecer na fala da criança esse vir-a-ser, isto é, que essa fala não coincide com a fala do adulto, nem com a interpretação que o adulto – mãe e investigador – lhe atribui, levado por uma semelhança que descarta sua diferença. (1999, p. 49)

A essas reflexões eu acrescento que, em relação à Fonoaudiologia, a partir de padrões tomados como normativos, pais e profissionais pré-conceituam o silêncio ou a pouca fala de uma criança justamente pela semelhança, pela conformidade a um modelo que, uma vez ideal, também não permanece o mesmo.

1.1 O que significam os retardos de aquisição de linguagem na Fonoaudiologia

Pensar os significados da palavra ‘retardo’ e o modo como incidem na literatura fonoaudiológica é a proposta desta “revisão”. Para tanto, abordaremos os textos representativos da Fonoaudiologia, no Brasil, a partir da década de 80.

Começemos pelos significados registrados em dicionários. O dicionário Aurélio² traz as acepções:

² Ferreira, A. B. H. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

Retardo (s.m.) 1. Psiq. Retardamento 2- mús. Em harmonia, prolongamento de um dos sons dum acorde no acorde seguinte; suspensão.

Retardamento (s.m.) 1.v. retardação 2. Psiq. Estado ou condição do indivíduo mentalmente retardado; retardo.

Retardado. Adj. 1. Que se retardou; atrasado 2. Que demora: demorado, moroso 3. Adiado 4. Psiq. Diz-se do indivíduo cujo desenvolvimento mental é inferior ao índice normal para a sua idade.

O Houaiss³ acrescenta ainda uma acepção militar. Nesse caso, trata-se daquele elemento que, num artefato de ação retardada, é intercalado entre o estopim e o detonador, de forma a permitir uma explosão retardada em relação ao acendimento do estopim. Nesse sentido, o retardado é também o procrastinado, desviado de um projeto.

A palavra ‘retardo’ está estritamente associada à idéia de desenvolvimento e designa o estado das pessoas que demoram a adquirir determinado comportamento ou têm uma performance inferior ao normal para sua idade⁴. Poderíamos pensar nesta série: retardo – atraso – lentidão – mentalmente inferior. É interessante pontuar que, para a música, o significado é um pouco diferente. Voltaremos a comentar esse ponto posteriormente, levando em conta também que Houaiss apresenta uma alteração da acepção musical de retardo, afirmando que a nota consonante em um acorde, que se prolonga no acorde seguinte, prolonga-se como dissonante.

³ Houaiss, A e Villar, M. de S. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

⁴ São inúmeros os casos relatados no meio fonoaudiológico de pais que, ao receberem um diagnóstico de que seu filho porta um retardo de fala, escutam que ele tem um retardo mental. A palavra retardo é o que ressoa no ouvido desses pais e, muitas vezes, alocam essa criança num lugar que não é o seu.

1. 2 Rotas e caminhos da Fonoaudiologia

Spinelli, médico foniatra, emprega o termo **distúrbio específico do desenvolvimento da linguagem (DEL)** e classifica-o, em 1981, quanto à severidade dos sintomas, em:

DEL I – leve; retardo articulatorio. Compreensão normal, vocabulário e gramática normais.

DEL II – moderado; retardo articulatorio mais acentuado, retardo no desenvolvimento do vocabulário e da gramática.

DEL III – severo; retardo de fala e linguagem ainda mais acentuado que no grau II.

DEL IV – muito severo; retardo muito acentuado de fala e linguagem.

Para o pesquisador, "estes quadros podem ser decorrentes de uma afasia adquirida, por lesão precoce, ou hereditários. Os sintomas de atraso no desenvolvimento da fala seriam, assim, causados por fatores hereditário ou por lesões precoces." (SPINELLI, 1981, p.18)

O termo – DEL – é uma expressão que deve ser usada quando não se conta com diagnósticos mais exatos, pois, segundo Spinelli (1981, p. 17), permite separar “os casos de alteração de linguagem primária (e preponderante) dos casos secundários a; deficiência mental, deficiência auditiva periférica, paralisia cerebral, psicose”. O termo afasia é empregado somente nos casos de lesão cerebral, após a linguagem ter atingido um grau razoável de desenvolvimento.

Em um artigo intitulado *Fatores Emocionais na Origem do Retardo da Linguagem*, no primeiro número da revista *Distúrbios da Comunicação*, Spinelli explicita que a Foniatria atribui pouco valor a aspectos emocionais como fatores causais do retardo de linguagem. Para ele, **retardo de linguagem** define-se como:

(...) atrasos no aparecimento ou do desenvolvimento lento da comunicação pela fala, seja em compreensão e expressão, seja apenas neste último aspecto. Trata-se de um conceito puramente sintomático e de expressão simplificada, uma vez que em verdade o que se vê são distúrbios de comunicação em sentido amplo, verbal e não verbal. (SPINELLI, 1986, p.169).

Para o autor, não há uma única causa para tais distúrbios:

(...) a idéia de etiologia única em distúrbios do desenvolvimento da linguagem é pouco adequada à realidade. Uma vez que os fatores que influem nesse desenvolvimento são muito diversificados, pode-se ter no máximo a possibilidade de determinar fatores preponderantes e fatores desencadeantes. (p.170)

Ainda nesse artigo, ressalta a necessidade de, nesses casos, dar uma atenção maior “às relações entre o desenvolvimento da linguagem e as forças dinâmicas que atuam entre adultos e crianças, no curso do desenvolvimento infantil.” (SPINELLI, 1986, p. 178)

Numa publicação posterior, em 1994, Spinelli ainda sustenta o nome DEL, mas os casos que apresentam fatores emocionais como causa central são renomeados **Distúrbios de Linguagem Emocionais**. Esses distúrbios, sem determinação de fatores orgânicos, não são raros e “as manifestações clínicas não se restringem ao não aparecimento da fala, à infantilização articulatória, à entonação de bebê” (1994, p. 77). A terapia fonoaudiológica “tem um papel predominante nos distúrbios do desenvolvimento da linguagem” (p. 178) e seus resultados não têm sido apresentados com a frequência e a clareza necessárias. “O acompanhamento de casos de forma individual e em grupos tem permitido observar a alta efetividade dessa terapia” (p.178).

Em 1996, no artigo *Pensando a Linguagem*, o autor observa que se deve falar sempre em **distúrbio de linguagem**, e não em patologia, uma vez que a palavra patologia:

(...) vem perdendo o seu significado original, referido ao ramo da Medicina que estuda as alterações produzidas no organismo pelas doenças. Falar da patologia (do corpo social) como metáfora é cabível, e diferente do uso da palavra quando a utilizamos na expressão patologia da Linguagem no campo científico específico. (Spinelli, 1996, p.20)

E ressalta que as limitações na capacidade criativa verbal “caracterizam a presença de distúrbio de linguagem, não de patologia, porque a linguagem, mais ainda do que a fala, não é concretizável, nem passível de ser delimitada a fenômeno orgânico, e aos seus revezes, biológicos ou não, não é cabível o rótulo doença”. (1996, p. 21).

Em 1997, o autor cujo percurso acompanho nesta escrita e junto ao qual minha prática como fonoaudióloga foi construída, complementa toda essa questão, afirmando que, nos casos de distúrbios de desenvolvimento, não se deve ter um olhar separado para as questões de linguagem e do psiquismo, pois:

(...) distúrbios de linguagem e do psiquismo inter-relacionam-se de maneira muito mais rica do que por simples oposição ou por equalização – há boa constituição psíquica apesar de severas dificuldades de linguagem, há perturbações psíquicas que se escondem atrás de boas formas verbais. (SPINELLI, 1997, p. 29)

O modelo clínico que Spinelli emprega, na sua prática clínica

(...) focaliza a clínica de linguagem com a concepção de que o ambiente, a família e a cultura são constitutivos, não intervêm como puro estímulo; com a idéia de que dinâmicas e produções inconscientes fazem parte do processo clínico e favorecem a sua compreensão, não a obscurecem; o clínico não está fora do processo, livre de se questionar quanto à sua intervenção. (1997, p. 24)

Os trabalhos de Spinelli explicitam um caminho singular: ele parte de uma terminologia fortemente marcada pelo discurso médico para caracterizar os casos que denomina DEL, descrevendo uma sintomatologia associada a um quadro classificatório. Essa posição é revista, como podemos constatar nas renomeações de tais quadros: Retardo de Linguagem e, por último, Distúrbios de Linguagem Emocionais, em que apresenta uma distinção entre fala e linguagem; ressalta que não é possível tomar a linguagem como doente e que ela não pode ser separada dos fatores psíquicos, principalmente, quando se trata de distúrbios do desenvolvimento.

Enfatizo que a preocupação primeira desse autor era, como médico, o diagnóstico. Ele reconhece, na sua prática clínica e nos artigos que publica, que a atuação fonoaudiológica com essas crianças é fundamental:

Nessa clínica, apesar das especificidades, fonoaudiologia, medicina terapêutica e psicanálise seguem eixo comum, quanto às concepções de sujeito e da função do clínico. O conhecimento das especificidades faz parte do repertório de habilidades clínicas, favorece encaminhamentos adequados. (1997, p. 28)

No trabalho com o grupo clínico coordenado pelo autor, do qual faço parte desde 1987, atendemos inúmeras crianças com patologias de linguagem e sempre tivemos como cuidado central discutir que caminho tomar com cada criança, como nomeá-las, que terapêutica indicar. Foi ao longo desses anos e no contexto dessa vivência que Spinelli não só discutia, reescrevia, renomeava os casos dessas crianças que apresentavam um descompasso na fala, como também enfrentava, de modo extremamente ético, o que de singular fazia traço em cada atendimento. Penso que essa necessidade de renomear que comparece em seus artigos reflete justamente o que vivenciamos na clínica: a impossibilidade de dar um único nome a crianças tão singulares.

Na literatura fonoaudiológica, o trabalho do fonoaudiólogo Zorzi , é bastante difundido. Esse autor aborda as questões dos distúrbios da comunicação a partir da teoria piagetiana e emprega a expressão **retardo de aquisição de linguagem** para designar os distúrbios de linguagem que “mais comumente afetam o desenvolvimento da criança pequena” (ZORZI, 1997, p. 896)

No texto *Distúrbios de Linguagem em Crianças Pequenas*, presente em um livro referência para a área, Zorzi classifica os retardos de linguagem em dois grupos: o grupo I, no qual os retardos de linguagem fazem parte de um atraso global do desenvolvimento, e o grupo II, que incluem o Retardo Simples de Linguagem. O grupo I pode ser subdividido em subgrupo A – “crianças apresentando ausência de condutas simbólicas, com comportamentos organizados a nível sensoriomotor” (1997, p. 894); e subgrupo B – crianças com atraso global de desenvolvimento e que já apresentam algum grau de simbolismo em suas condutas que, apesar de presentes, estão defasadas em relação ao esperado para a idade (p. 895). O grupo II corresponde a um grupo de crianças ouvintes que:

(...) embora já possam estar revelando um desenvolvimento mais avançado em condutas simbólicas, como o brinquedo de faz-de-conta e a imitação diferida, não apresentam uma evolução correspondente no plano da linguagem. Embora possam revelar uma boa compreensão de linguagem, a capacidade expressiva pode estar ausente, ou em fases mais elementares do que a esperada para a idade e o desenvolvimento geral que a criança apresenta. (ZORZI, 1997, p.896)

Em seu livro *Aquisição da Linguagem Infantil – Desenvolvimento, Alterações e Terapia*, editado em 1993, Zorzi define linguagem como:

um modo particular da função simbólica, e só vai se tornando acessível à criança em razão dos progressos de seu pensamento. É, portanto, um produto da inteligência, mas um produto que repercute sobre essa mesma inteligência no sentido de vir a facilitar a transformação dos esquemas sensório-motores em conceitos. (1993, p. 95)

É possível acompanhar o percurso que leva Zorzi a essa definição retomando alguns comentários que a antecedem. Na página anterior, o autor afirma: “constata-se no período sensório-motor, antecedendo o aparecimento da linguagem, o desenvolvimento de uma lógica de ações” (p. 94); nesse caso, torna-se possível afirmar em seguida que “o enfoque está centrado no caso de crianças pequenas que, embora já tenham ultrapassado a idade na qual a linguagem costuma surgir, apresentam um quadro caracterizado pela ausência ou desenvolvimento rudimentar dessa linguagem.” (p. 97). Em tal contexto, o terapeuta deve “propiciar situações que permitam a ação e a descoberta por parte das crianças” (ZORZI, 1987, p. 124), visando a “incentivar a ação da criança no sentido de alcançar aquele nível de organização cognitiva necessária para a evolução de toda a atividade representativa.” (1987, p. 115)

Vemos que Zorzi está, na verdade, englobando linguagem e fala; dito de outro modo: refere-se a uma faculdade de linguagem, comum a todos, e deixa de lado a fala, lugar do heterogêneo, do singular, da mudança, das inovações e, mais ainda, do que desvia. Ora, se tudo se reduz a um retardo no desenvolvimento, como explicar que tais crianças revelem uma “boa compreensão de linguagem” (1987, p. 96), ou seja, que sofram os efeitos daquilo que ouvem? Ao terapeuta caberia, então, o papel de fornecedor de materiais que auxiliariam as crianças no

desenvolvimento cognitivo e, conseqüentemente, lingüístico? Nesse cenário, a criança que habita essa clínica, e que é nomeada portadora de um retardo de aquisição de linguagem, traz como marca e identificação do patológico, exclusivamente, a defasagem cronológica.

A partir da expressão ‘Falantes Tardios’, Rubino, fonoaudióloga vinculada à PUC/SP e que desenvolve uma prática teórica que também contempla um descompasso na aquisição de fala das crianças, discute o problema que enfrentamos na clínica:

(...) o de se decidir se está diante de uma criança que, embora se mostre mais lenta no processo de aquisição de linguagem, estaria dentro da variação individual normal ou se se trata de uma condição que já configura uma patologia de linguagem (ainda que se trate de uma patologia em constituição). (RUBINO, 2001, p. 626)

Tal expressão – falantes tardios – aparece na literatura sobre distúrbios de linguagem desde o final da década de 80, e remete-nos ao campo da aquisição de linguagem, mais especificamente, “às diferenças individuais no ritmo em que se dá esse processo” (RUBINO, 2001, p. 625). Os falantes tardios, segundo Rubino, não representam uma categoria clínica mas, nesse grupo de crianças, algumas serão consideradas “casos de atrasos de linguagem, necessitando de intervenção clínica” (p. 626). A autora relata estudos com falantes tardios definidos como *follow up*⁵, que “não chegam a resolver o impasse que se coloca para o fonoaudiólogo” (p. 627), uma vez que este continua não tendo parâmetros seguros que lhe permitam definir a necessidade de um trabalho terapêutico com essas crianças. Para a autora, esses casos produzem na clínica uma *hesitação significativa* em que o fonoaudiólogo permanece e que só define ao tomar ou não uma criança como paciente: “a difícilíssima tarefa de dizer se a linguagem de uma criança de 2 anos mostra-se ou não normal só se torna possível porque ela é

⁵ São os estudos sobre falantes tardios, esclarece Rubino: "Definidos como estudos *follow-up*, eles acompanham o desenvolvimento da linguagem dos falantes tardios por um determinado período, com o objetivo de identificar variáveis capazes de prever se uma determinada criança alcançará ou não a normalidade ao final do período estudado." (2001, p. 626)

realizada pelo fonoaudiólogo a partir da maneira singular como a lentidão na aquisição da linguagem é falada pelos pais da criança”. (p. 629).

Com base em alguns dados de avaliação de linguagem de uma criança de 2a.1m, Rubino ilustra o modo como o discurso da família pode ter um papel central na decisão do clínico⁶ por atender ou não uma criança:

Creio ter sido possível indicar de que modo o discurso dessa família, em que a lentidão na aquisição da linguagem aparece como um sintoma, e um sintoma que é lido como uma herança, constitui um elemento chave na interpretação que foi sendo formulada ao longo do processo de avaliação de linguagem. Essa interpretação aponta para a posição de risco em que se encontra essa criança, e é em função dela que uma intervenção terapêutica é, nesse caso, considerada indicada. (2001, p. 631)

Em um texto mais recente⁷, a autora apresenta uma questão: “O que orienta a decisão do fonoaudiólogo de encaminhar para a clínica psicanalítica uma criança com queixa de atraso de linguagem?” (2003, p. 71). Observa, então, que as queixas dos pais em relação à “fala/linguagem” das crianças são diferentes, pois podem referir-se a outro problema que diz respeito à estruturação subjetiva do filho e, nesses casos, implica como resposta “um diagnóstico que o processo de avaliação de linguagem não pode efetivamente produzir, uma vez que um diagnóstico estrutural da criança não é algo que uma avaliação de linguagem tenha como objetivo estabelecer.” (p. 72). Acrescento, em consonância com essa fala, que, além de não ser esse o objeto da avaliação fonoaudiológica, esse profissional (se estamos falando na profissão de fonoaudiólogo) não tem formação para realizar um diagnóstico estrutural.

Existem queixas que incidem somente sobre a fala/linguagem dos filhos. Para Rubino, porém, essa ausência não impede que, ao longo da avaliação de linguagem, o clínico não se coloque tal questão. Nesses casos, o atendimento fonoaudiológico faria sentido se produzisse efeitos: “se o sintoma da criança ganhasse, para os pais, o estatuto de enigma e que eles pudessem engajar-se na sua decifração, implicando-se subjetivamente neste sintoma” (Rubino,

⁶ Termo empregado pela autora.

2003, p. 79). Esse comentário revela que a posição da autora é a de que a Clínica Fonoaudiológica poderia produzir tais transformações, desde que algumas condições estivessem “necessariamente asseguradas”: “O que pretendo apontar aqui é que essas condições, que dizem respeito à possibilidade de sustentação de uma posição de escuta para a fala dos pais, talvez tenham menos a ver com a formação acadêmica do fonoaudiólogo e mais com a sua própria análise” (RUBINO, 2003, p. 80).

Rubino nos traz questões singulares para este percurso que estamos fazendo nesta "revisão". A autora problematiza a questão que entra em cena traduzida em uma queixa comum – "meu filho fala pouco..." –, perguntando-se o que se revela nesse não falar; faz menção (ainda que nesses textos não apareça definida) à diferença entre fala e linguagem e a expressão “Falantes Tardios” induz-nos a refletir sobre o quão delicado e importante é considerar uma delonga como patológica. A expressão não renomeia uma patologia nem se faz sinônimo de retardo, ela nos faz pensar que há normalidade no descompasso de um processo de aquisição de fala. Seu trabalho aponta para os limites desta clínica, a fonoaudiológica, diante do que uma ausência de fala pode significar para cada criança, ao reconhecer que esse sintoma pode ser efeito de questões estruturais subjetivas e que aí a fonoaudiologia não pode estar sozinha.

Para Rubino, o fonoaudiólogo pode ter uma posição de escuta possível a partir da própria análise pessoal, mais do que pelos méritos de sua formação acadêmica. Portanto, não adianta pensarmos que o chavão "a escuta fonoaudiológica" seja algo a ser ensinado exclusivamente na faculdade. Talvez o que seja possível e ético é reconhecermos, como fonoaudiólogos, que os casos de crianças com atraso no desenvolvimento de fala podem revelar questões extremamente importantes da constituição psíquica e que esse atraso deve ser contemplado no espaço terapêutico levando em consideração os limites da área. Querer que um profissional em formação possa sustentar uma posição de escuta é exigir que todos façam sua própria análise, o que não é pré-requisito na Fonoaudiologia.

Docente do Curso de Fonoaudiologia da USP, Befi-Lopes assume, em relação à questão de que estamos tratando, outra posição. Em um artigo⁸ que integra a coleção *Fonoaudiologia: Informação para a Formação*, a autora destaca o fato de que “as crianças com alterações de linguagem não são um grupo homogêneo” (2003, p. 28); apresenta diversos autores com posições distintas em relação às desordens da linguagem, concluindo que “nenhuma delas está ainda validada pela literatura, demonstrando que nenhum estudo, até o momento, conseguiu explicar todos os fatores e variações envolvidas nas alterações do desenvolvimento da linguagem” (BEFI-LOPES, 2003, p. 28).

Segundo a autora, as alterações de linguagem, antes mesmo de serem avaliadas, devem ser pensadas segundo um processo de identificação que teria como objetivo confirmar ou não a hipótese levantada por outro (pais, professores, médicos) que acompanha o desenvolvimento de uma criança. As questões envolvidas nesse processo dizem respeito a dois pontos de divergência:

(...) os conceitos de linguagem e de desordem da linguagem não são bem estabelecidos e, em decorrência da grande variação individual no desenvolvimento da linguagem, torna-se difícil estabelecer quando um determinado padrão deve ser considerado como variação normal do processo ou como patológico. (BEFI-LOPES, 2003, p. 19).

Em outro trabalho, a partir de um levantamento dos pontos mais relevantes para diversos pesquisadores, Befi-Lopes sustenta que “o modelo pelo qual nós comparamos a performance individual da criança e as condições sobre as quais realizamos nossas observações são fatores fundamentais na identificação de alterações” (2001, p. 20). A terminologia que emprega em tais casos, seguindo vários autores – Stark e Tallal, 1981; Lahey, 1990; Bishop, 1992 –, é

⁸ BEFI-LOPES, D.M. Alterações de Desenvolvimento da Linguagem. In: *Fonoaudiologia: Informação para a Formação*, Limongi, S.C. (Org.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Impedimentos Específicos da Linguagem (Specific Language Impairments – SLI)⁹, entre os quais a autora distingue Retardos e Desordens ou Distúrbios de Linguagem:

A afirmação de que uma criança apresenta um **Retardo de Linguagem** implica que comportamentos específicos de linguagem surgem ou se desenvolvem de forma lenta, mas que a criança adquire os comportamentos na mesma seqüência observada no desenvolvimento normal e que o grau de retardo é basicamente o mesmo para todos os fatores e aspectos da linguagem. Por outro lado, o termo **Desordem ou Distúrbio de Linguagem** implica o desvio do padrão usual de aquisição de um ou mais aspectos da linguagem (por exemplo, semântica e sintaxe, em graus variados; em decorrência dessa assincronia no padrão de aquisição, a seqüência normal do desenvolvimento é rompida. (LEONARD, 1972, 1979; CURTIS et al., 1992; REED, 1994). (2003, p. 24, grifos da autora)

Independentemente das diferenças nessas definições, Befi-Lopes (2001, p. 24) afirma que “algumas crianças com alterações de linguagem têm sido referidas como apresentando Retardos de Linguagem, enquanto outras, com características similares no desempenho lingüístico, são diagnosticadas como apresentando Desordem ou Distúrbios de Linguagem”. A autora completa a diferenciação entre retardo e distúrbio sustentando que, no retardo, a criança apresenta um atraso generalizado na aquisição e desenvolvimento de todos os Componentes da Linguagem, enquanto nos distúrbios ocorre um desvio; a criança apresenta uma “assincronia na aquisição dos componentes da Linguagem” (2001, p. 25).

No *Tratado de Fonoudiologia*, editado em 2005, Befi-Lopes inicia seu trabalho pontuando que as alterações de linguagem em crianças, quando primárias, não apresentam uma terminologia única para defini-las:

Neste capítulo será adotado o termo **distúrbio específico de linguagem – DEL** (considerando que este quadro compõe o espectro de alterações do desenvolvimento da linguagem), que é um termo genérico. Juntamente com o retardo de linguagem, que muito embora também seja uma desordem que comprometa o desenvolvimento da linguagem, é transiente, ou seja, é superada sem deixar qualquer conseqüência no desenvolvimento da criança, como propõem vários autores.¹⁰ (2005, p. 987, grifos da autora)

⁹ A tradução da expressão *Specific Language Impairments* já carrega a concepção da autora, uma vez que *impair* pode significar, de acordo com o Macmillan Students Dictionary, “*damage, make less strong*”, ou seja, dano, prejuízo, perda, fazer menos forte. Impedimento, no inglês, seria *obstruction, obstacle*.

¹⁰ Os autores a que a autora faz referência são: Kamhi, Bishop, Edmundson, Lahey e Reed.

A diferença entre os retardos de linguagem e os distúrbios específicos de linguagem, a partir dos mesmos pesquisadores já mencionados pela autora, é que, no primeiro caso, são transitórios, “passíveis de superação sem qualquer outro prejuízo” (BEFI-LOPES, 2005, p. 987); nesse caso, evidenciam-se na avaliação de linguagem “comportamentos típicos de faixas anteriores, a reabilitação é rápida e a criança alcança os patamares de seus pares em idade cronológica num período relativamente curto de tempo” (p. 987). No caso do DEL, os problemas são “persistentes e acompanham o indivíduo por toda a vida, acarretando dificuldades escolares, sociais, comportamentais e de adaptação” (p. 897).

A autora salienta que, no Brasil, as publicações sobre o DEL evoluíram muito pouco desde o primeiro artigo publicado na década de 80¹¹; no âmbito internacional, em contrapartida, houve um aumento significativo e que o fato de não haver um padrão único para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem infantil traz uma dificuldade em avaliar “desordens” nesse processo. O DEL pode ser caracterizado, de acordo com essa pesquisadora, a partir dos 5 ou 6 anos, quando a criança apresenta “padrões atípicos de desenvolvimento e mantendo dificuldades significativas com linguagem ao longo da vida, principalmente na escolaridade” (2005, p. 988). Esse diagnóstico é dado, muitas vezes, por exclusão de qualquer outro aspecto orgânico e nenhuma alteração no desenvolvimento cognitivo, motor; enfim, qualquer outra intercorrência que não seja estritamente de linguagem:

No DEL ocorre o desvio do desenvolvimento, que pode ser caracterizado por atraso significativo, no qual a criança apresenta uma assincronia na aquisição dos componentes da linguagem – fonologia, semântica, morfossintaxe e pragmática, ou déficits específicos em um aspecto lingüístico e/ou a união de componentes com desenvolvimento normal e com atraso na aquisição. (BEFI-LOPES, 2005, p. 988)

Apesar de reconhecermos que o inédito é raro nos textos que produzimos, já que sempre somos falamos a partir de outras falas, tentar apreender nos textos de Beffi-Lopes a sua

¹¹ Refere-se ao artigo de Spinelli já citado aqui.

concepção foi uma tarefa árdua. A preocupação excessiva com o que é validado pela literatura, principalmente e quase exclusivamente pela literatura internacional torna o discurso da clínica algo que parece traduzir o discurso científico ou reduzir-se a ele. Não há menção à questão da fala; a única referência é a linguagem, que é tomada de acordo com o que pode apresentar de comportamentos e habilidades.

As desordens de linguagem são definidas em relação a padrões e normas, embora essa autora escreva, diversas vezes, que o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem seja variável. Contudo, se dar um nome (DEL) à questão apresentada pela fala dessas crianças significa elevá-la a uma categoria, a um enquadramento, no qual certamente a terapêutica já deva estar pré-inscrita, como contemplar, então, o que de particular se apresenta em cada caso?

O particular de cada caso vai levar os pesquisadores a buscar outras explicações para as desordens de linguagem. Fernandez, fonoaudióloga docente do curso de Fonoaudiologia da USP, participa da coleção *Fundamentos em Fonoaudiologia*¹², com um capítulo intitulado **Os atrasos de aquisição de linguagem**. Para a autora, os diferentes termos utilizados para “designar as alterações nos padrões temporais normais de aquisição de linguagem” são, geralmente, “determinados pelas hipóteses psicolinguísticas a respeito da aquisição e desenvolvimento da linguagem que estão subjacentes” (FERNANDEZ, 1998, p. 23). Se, por um lado, o artigo mencionado abrange apenas “algumas reflexões a respeito dos atrasos de desenvolvimento de linguagem relacionados a fatores ambientais e afetivos” (p. 23), seu ponto de referência são as teorias de desenvolvimento de linguagem que apresentam perspectivas de abordagem pragmática, visto que “permitem a efetiva abordagem da linguagem na atuação fonoaudiológica, na medida que a contextualizam” (p. 23).

¹² *Fundamentos em Fonoaudiologia: Linguagem*. Goldfeld, M. (org.), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

A linguagem é considerada pela autora “em suas interfaces com os aspectos cognitivo e social, num processo de mudanças que se prolonga por toda a vida” (1998, p. 24). Para ela, “a valorização da criança enquanto interlocutor e da linguagem enquanto meio de conhecer e atuar no mundo são tão essenciais para o desenvolvimento da linguagem quanto o oferecimento de padrões de fala corretos e hábitos orais adequados” (1998, p. 24). Aparece, então, uma distinção entre fala e linguagem e uma referência à língua, atribuindo à linguagem um papel diferenciado que exige “estreita relação com a cultura, além do domínio da língua, para que possam ser manifestos pela fala ou por outro meio comunicativo” (p. 25).

É nesse contexto que Fernandez propõe que se considere, no diagnóstico de atraso de linguagem, “tanto os aspectos formais de articulação, vocabulário e sintaxe, quanto os funcionais” (1998, p. 25). Para a autora, a partir de uma fundamentação na literatura pragmática sobre a linguagem, o foco terapêutico desloca-se necessariamente para “o sujeito, pois, nesse sentido, mudanças na linguagem implicam mudanças no sujeito”(p.36). As alterações de linguagem na criança, associadas às alterações psiquiátricas são diagnosticadas como Transtornos do Espectro Autístico.¹³

Fernandez apresenta uma posição particular em relação às questões de linguagem na criança ao eleger a teoria pragmática como ponto de referência na clínica fonoaudiológica com crianças que apresentam um atraso de fala. Há uma diferença, no seu trabalho, em relação ao que sejam fala, linguagem e língua, e um avanço na rota seguida por ela é o fato de não fazer do atraso de linguagem uma falha exclusiva da criança, relacionando a linguagem à cognição, à afetividade e à sociabilidade. A grande questão por ela enfocada é que as mudanças no sujeito acarretariam mudanças na linguagem. Dessa maneira, há uma separação, uma divisão entre o que

¹³ Há um capítulo de Fernandez intitulado *Terapia de Linguagem em crianças com Transtornos do Espectro Autístico*, no livro “Tratado de Fonoaudiologia”, editado em 2005.

é da ordem de sujeito e o que é da ordem da linguagem, parecendo impor certa hierarquia, posição que não contemplamos em nosso trabalho.

A nomenclatura – Transtornos do espectro Autístico – é definida por Perissinoto, fonoaudióloga, docente do Curso de fonoaudiologia da UNIFESP, no capítulo 74¹⁴ do *Tratado de Fonoaudiologia* 2005. Os transtornos caracterizam-se por alterações na compreensão e expressão da linguagem em seus diferentes aspectos e formas, envolvendo “as fronteiras da linguagem nas relações sociais e na aplicação de conhecimentos. A expressão espectro autístico reúne os quadros de autismo leve, de alto e de baixo funcionamento, traços autísticos, autismo clássico e de Asperger, assumindo a função de diagnóstico inicial” (PERISSINOTO, 2005, p. 934-935). O que podemos aprender, nesses quadros, é que as crianças apresentam um desvio, e não um atraso no seu processo de evolução:

As falhas no desenvolvimento da linguagem da criança pertencente ao espectro autístico não se iniciam com a ausência ou grande defasagem na emergência da fala. Ao contrário, uma quantidade considerável de pesquisas demonstra que as inabilidades estão presentes em maior e menor extensão nos comportamentos considerados precursores da comunicação, nos sinais de aquisição do processo da linguagem, como as habilidades de partilhar atenção e dar respostas no contexto e, com a proximidade da demanda do interlocutor, de imitar comportamentos e participar de jogos recíprocos e simbólicos. (PERISSINOTO, 2005, p. 935)

Ressaltamos que essa nomeação não é proposta pela Fonoaudiologia e, como as questões psíquicas definem o diagnóstico primário, essa questão, de certa forma, faz pensar que parcerias nos atendimentos com crianças podem ser necessárias.

1.3 Experimentando caminhar a partir da Fonoaudiologia

Embora os textos até aqui apresentados tenham sido selecionados para este trabalho pelo que representam na literatura fonoaudiológica, pelo modo como iluminam o retardo de aquisição

¹⁴ PERISSINOTO, J. – Diagnóstico de linguagem em Crianças com Transtornos do Espectro Autístico. In: *Tratado de Fonoaudiologia*. Ferreira, L. P.; Befi-Lopes, D. M. & Limongi, S. C. O. (Orgs.) São Paulo: Ed. Roca, 2005.

de linguagem, fica evidente que a variação terminológica do quadro é bastante vasta, fato já posto por diversos autores. Contudo, essa “variação” acaba por mostrar que atraso e retardo são tomados como sinônimos e que o conceito de linguagem se perde na terminologia, uma vez que tanto é significadora como um comportamento, quanto como uma forma de comunicação e, nesse caso, é de fala que se trata.

O que *retardo* designa nesses textos, no discurso da Fonoaudiologia, é uma patologia que ocorre em crianças que apresentam uma lentidão/atraso no desenvolvimento da linguagem considerando linguagem e fala sinônimos. Fernandez, por exemplo, parece distanciar-se desse “geral”, a partir do momento em que relaciona, de certa forma, o processo de aquisição de linguagem às outras questões da criança, definindo o que é da ordem da fala, da linguagem e da língua. Poderíamos pensar que, a partir dessa diferenciação, a autora assume outra terminologia para os casos de crianças com uma questão psíquica fundamental – os transtornos do espectro autístico, definidos por Perissinoto – em que teríamos as alterações de linguagem como desvios, como questões secundárias no desenvolvimento da criança. Nos textos de Rubino, por sua vez, encontramos uma questão singular: o não falar pode estar anunciando uma questão em relação ao processo de constituição subjetiva da criança.

Seja como for, algo se mantém nos textos percorridos, algo que me traz de volta a epígrafe tomada de *A maçã no escuro*: qualquer lugar em que se experimente pôr o pé pode tornar-se o começo, mas o começo sempre arbitrário de um caminho. Neste caminho, constatamos que a questão do tempo é a grande marca dessa patologia que as nomeações tentam capturar; que as definições trazidas pelos dicionários repartem em acepções diversas, o que me faz retomar o que foi adiado, suspenso, no item 1.1: o retardo na música, como um:

recurso de harmonia em que se cria uma dissonância retardando-se uma nota de um acorde com o qual ela é consonante até o acorde seguinte, em que ela é dissonante; a dissonância é resolvida quando essa nota sobe ou desce um grau na escala; suspensão, prolongamento de um acorde no acorde seguinte (...) continuidade.¹⁵

¹⁵ Cf. *Dicionário de Música*, de Luiz Paulo Hortiz.

É também no tempo que encontramos o ritmo, destacado, nas palavras de Roland Barthes (1975, p. 167) como desvio: “Note-se que o ritmo não é forçosamente regular: Casals dizia muito bem que o ritmo é o atraso”.

1. 4 Além/aquém do retardo: o descompasso na Fonoaudiologia

Os trabalhos de Jean Bergés, neuropsiquiatra e psicanalista francês, e Gabriel Balbo, psicanalista, levantam questões fundamentais para pensarmos, na Fonoaudiologia, a constituição da criança como sujeito falante.

No texto intitulado *Retardo de Linguagem e Afetividade* (1988), Bergés¹⁶ apresenta três tipos de abordagens para pensar os retardos de linguagem e as perturbações afetivas da criança:

1- Os retardos de linguagem nas síndromes regressivas: nesses casos, deve-se pensar, no diagnóstico, o retardo de linguagem na “história atual da criança em sua globalidade” (1988, p. 21). O retardo de linguagem é apenas um dos aspectos que a criança apresenta, porém um dos mais notados pelos familiares:

É necessário acentuar que aqui está em causa um fator que tentaremos esclarecer mais adiante, isto é, as relações que podem existir entre a situação de perda, de separação, e o caráter específico da emissão da voz, que, de um certo modo, pode se traduzir em termos de alguma coisa que se perde porque ela sai da boca, do corpo da criança. (p. 23)

Nesses casos, Bergés relaciona os retardos de linguagem a “uma posição muito protetora e infantilizante da mãe, da avó, ou da ama”, referindo-se a eles como “retardo simples de

¹⁶ Este artigo faz parte do número 2 da Revista *Escritos da Criança*, publicada pelo Centro Lydia Coriat de Porto Alegre, em 1997, somente com textos de Jean Bergès. Neste trabalho, este é o único texto escrito somente por esse autor, os demais são em parceria com Gabriel Balbo.

linguagem”¹⁷ (p. 23), e fatores hereditários e familiares deixam claro que é desejo dos pais que o filho permaneça na posição de *infans*.

2- Os retardos de linguagem como transtornos da comunicação: aqui, os transtornos envolvem a comunicação entre a criança e o mundo interior, na relação mãe-criança. O autor fala da questão do choro, das mamadas, e observa que, quando o bebê:

(...) fica sem resposta e só tem como eco o silêncio que ele veio romper, a criança volta-se para a autocomunicação repetitiva do balanço (...) como se a estesia e a exploração de seu próprio corpo fossem as únicas vias abertas, por onde derivar seu apelo. (Bergès, 1988, p. 26)

3- Os retardos de linguagem através das vicissitudes da posição da criança com relação à lei, à regra: essa reflexão, para o autor, afasta-se das “vias originais da linguagem”, uma vez que constituem “implicações afetivas dos retardos de linguagem, na perspectiva da posição da criança quanto à lei que se procura esboçar aqui; trata-se das regras do código e que devem ser respeitadas” (p. 28). Nesses casos, “as palavras não saem ou são retidas. As regras são aborrecidas, não levadas em consideração; pode-se dizer que elas não existem senão na medida em que não são aplicadas, ou são consideradas inaplicáveis” (p. 29). As questões da lógica do discurso familiar são decisivas no desenvolvimento de uma lógica do discurso, e propõe:

(...) ao espírito de pesquisa e à experiência clínica situar, nesta perspectiva dos problemas de origem, as perturbações tão características dos retardos sintáticos da linguagem, referentes à organização temporal da narração, a má utilização dos tempos, o desconhecimento do depois, do antes, do tempo social, as inversões; desvios estes encontrados tanto na linguagem falada como na escrita. (1988, p. 29)

Bergès e Balbo, no livro *A Criança e a Psicanálise* afirmam que o desenvolvimento não é harmônico: “todos os trabalhos da neurologia do desenvolvimento, da psicologia genética às concepções mais empiristas ou inatistas, por sua diversidade e pela qualidade de cada um dos exploradores, parecem finalmente nos obrigar a abandonar nossa ilusão de uma harmonia

¹⁷ O autor ressalta que emprega essa terminologia a partir dos trabalhos de Mme Borel e Clément Launay.

preestabelecida ou estatística” (1997, p.13). É nessa desarmonia que surge “a verdadeira coerência do corpo que adquire consistência pelos significantes que a mãe vem nele engatar, significantes não apenas relativos à sua imagem , mas sobretudo a suas próprias funções, tomadas por seu funcionamento simbólico” (p. 15). Para os autores, o silêncio da criança é rompido na medida em que é dado ao corpo um estatuto de palavra:

O corpo não está engajado apenas no funcionamento das funções: também o está na palavra. E, para começar, pelo grito. Os órgãos da fonação, a boca, a língua, a traquéia, a respiração, são tomados nessa emissão de voz, nesse apelo, que só é apelo na medida em que lhe é respondido, retornando, de outro modo, ao silêncio e não tendo mais, desde então, nenhum sentido. Mas, desde que seja respondido por uma palavra, por um olhar ou por um gesto, ele se transforma em uma demanda. (1997, p. 15)

Em *Psicose, Autismo e Falha Cognitiva na Criança*, a ausência de fala na criança aparece no trabalho desses autores a partir da

incapacidade da mãe de, por seu transativismo, fazer a hipótese de uma demanda em seu filho, ou de permitir “o golpe de força” pelo qual ela lhe demanda se identificar seu discurso, tem por efeito deixar a criança na necessidade, excesso de necessidade impossível de elaborar no simbólico. Isso tem como conseqüência o não-acesso à fala, partindo do retardo de linguagem até o mutismo: ou seja, a passagem da necessidade para o lado do corpo. (BERGÈS & BALBO, 2003, p. 67)

As crianças psicóticas são excluídas da linguagem. Os autores afirmam que, com elas, “não se chega nem mesmo ao código” (2003, p. 65). E complementam:

Na pluralidade dos modos de entrada da criança na psicose, devemos sublinhar um fator que nos parece constante: a ausência de hipótese pela mãe (ou por quem toma o seu lugar) de uma demanda no filho, que é para ele constitutiva de um traumatismo que o obriga a instalar funções defensivas que chamamos psicóticas. O sistema defensivo do psicótico é então caracterizado pelo fato de ele ser excluído da linguagem. (p. 66)

Essa visão do que afeta uma criança, a partir dos textos instigantes de Bergès e Balbo, faz-nos pensar que, na nossa área, um retardo “simples” de fala, um sintoma fonoaudiológico, remete-nos a outras tantas questões das quais essa clínica não pode esquivar-se.

Se o que procuramos na fala é a resposta do outro (Cf. LACAN, 1992, p.112), a ausência de fala, a “pouca” fala, a fala que se rompe pode dizer disso que Bergès nomeia “perturbações afetivas” da criança; perturbações que aparecem como indício de que há uma questão que interfere no desenvolvimento dito normal. Essas perturbações de fala, esse descompasso que a criança enfrenta no real da fala coloca-se, então, não como um comportamento observável, um sinal, mas como um enigma que, para ser decifrado e enfrentado na clínica fonoaudiológica, muitas vezes, necessita de parcerias.

Referindo-se ao título de um de seus artigos – *Autismos* – Nina Leite (1996) esclarece que a marca da pluralidade “revela um certo anseio por manter a questão no seu estatuto de interrogante”, mantendo nessa pluralidade a injunção a “tomar cada caso como se ele fosse o primeiro, o que o qualifica como tendo sido único, sempre um a um, singular” (p. 81). Poderíamos trazer essa marca de plural para a nossa questão e grafar RetardoS, na concordância que este "S" imponha também o um a um, e pensar nos **retardoS** de aquisição de fala como descompassos que as crianças enfrentam para entrar em harmonia com um tempo outro em sua *composição* como sujeito.

Capítulo 2

Tocando de improviso¹

notas sobre o tempo, a linguagem, o fantasma e o silêncio

Mesmo no campo da música erudita, onde o grau de improvisação é muito pequeno, a tentativa de reprodução mais fiel possível de uma partitura escrita sempre acaba por esbarrar no fato de que, em última instância, trata-se de um novo músico (que emprega um novo instrumento), tentando reproduzi-la e, assim, por ínfimas que sejam, as diferenças sempre serão possíveis. Avançando rumo a um grau um pouco maior de improvisação, encontra-se a interpretação de uma composição, já agora sem a leitura estrita, embora permaneça uma concepção de arranjo previamente estruturada, mesmo que não rígida. (Calado, C)

A partir desse pequeno texto sobre a improvisação, podemos apreender que ela pode variar, dependendo da fidelidade que se devota à partitura. Porém, tocar uma música, em última análise, é sempre improvisar, visto que é impossível prescindir do seu intérprete.

Improvisar requer também uma técnica, uma concepção de arranjo **previamente** estruturada. Nesse sentido, este capítulo toca de improviso, pois sua composição toma como “progressões harmônicas” conceitos já postulados em outras áreas²: o tempo, a linguagem, o sintoma e o fantasma.

2. 1 Retardo na clínica: de que tempo falamos?

Entre as múltiplas virtudes de Chuang-Tsê estava a habilidade para desenhar. O rei pediu-lhe que desenhasse um caranguejo. Chuang-Tsê disse que para fazê-lo precisaria de cinco anos e uma casa com doze empregados. Passados cinco anos não havia sequer começado o desenho. ‘Preciso de outros cinco anos’, disse Chuang-Tsê. O rei concordou. Ao completar o décimo ano, Chuang-Tsê pegou o pincel e num instante, com um único gesto, desenhou um caranguejo, o mais

¹ Este título faz ressonância ao livro de Eleonora Albano: *Da fala à linguagem tocando de ouvido* (observação de Nina Leite, que apontou essa ligação em uma sessão de orientação).

² Como na Lingüística, na Psicanálise, na Música, na Literatura.

perfeito caranguejo que jamais se viu (lenda Chinesa, narrada por Ítalo Calvino)

De acordo com trabalhos apresentados e levando em conta nossa prática na clínica fonoaudiológica, há uma idade limite para começar a falar: dois anos. Qualquer atraso em relação a esse limite, um silêncio mais duradouro prolongando essa expectativa, leva os pais a procurar a nossa clínica. A criança em descompasso não se conta, não se dá conta desse tempo que parece simplesmente passar.

Minha filha de dois anos quer sentar-se no banco do carro e não mais na sua cadeirinha. “Quando eu posso?” – ela me pergunta. “Quando você for grande”, respondo. Ela continua: “Mas você disse que eu sou grande para ir à escola. Quando é que eu vou ser grande?”. A pergunta da criança esclarece a questão relativa ao tempo na infância: é o outro quem decide quando é o tempo de ser grande. Ela insiste em dizer que deseja ser grande e que quer ser assim reconhecida pelo adulto. É esse desejo que, em nossas crianças, as crianças que habitam nosso trabalho, não aparece – ao menos com essa clareza. Para ela, “urge” ser grande.

Julieta Jerusalinsky³ emprega o termo *destempo* para significar esse outro tempo no qual ficam as crianças que, segundo a psicanalista, estão “colocadas no lugar de quem não pode cumprir com a normatização cronológica do desenvolvimento estabelecida como referência para as crianças da nossa cultura” (2002, p. 79). Esse termo possibilita trazer para a clínica de bebês uma pergunta essencial: “No que difere este destempo ao qual fica deparado um bebê com problemas, do destempo que é constituinte do sujeito na infância?” (2002, p. 79)

A autora nos remete a três registros do tempo: o tempo real, a temporalidade imaginária e a temporalidade simbólica. A constituição do sujeito implica um tempo lógico e, por isso, não

³ Refiro-me especialmente aos capítulos 4 e 8 do livro *Enquanto o futuro não vem – A Psicanálise na Clínica Interdisciplinar com bebês*. Salvador, Ba: Ágalma, 2002.

podemos falar da constituição psíquica como um desenvolvimento no sentido de uma evolução linear:

É verdade que o tempo do desejo e a normatização cronológica do desenvolvimento se desconhecem mutuamente, se contradizem, situando o bebê e a criança num destempo. O clínico intervém reconhecendo este destempo, pois a verdade sobre a condição de um bebê não está nem só de um lado, nem só do outro. O que é constituinte para o bebê e para a criança é justamente a dialética instaurada pela circulação da demanda articulando esses diferentes registros do tempo. (J. JERUSALINSKY, 2002, p. 94)

Na demanda dos pais articulam-se, portanto, o tempo de desejo e o tempo cronológico da normatização e o destempo é reconhecido pelo clínico na sua análise.

A clínica psicanalítica com crianças que apresentam “atrasos de linguagem” foi a matriz clínica que levou Adela Stoppel Gueller⁴ a pensar as diferentes concepções de tempo na psicanálise. Para essa psicanalista, a experiência do tempo sempre está mediada por um sistema simbólico, “pelos dizeres do tempo que habitam essa cultura” (GUELLER, 2005, p. 27)⁵. O que interessa pensar, particularmente nesse trabalho, é o que a autora diz da relação do tempo na clínica:

(...) a mudança de peso e, conseqüentemente, de valor determinante que o passado e o futuro têm na neurose infantil e na neurose da infância: na neurose infantil, rememorada e reconstituída dos adultos superpõem-se o presente e o passado e, nas neuroses na própria infância superpõem-se o futuro e o presente. (2005, p. 115)

Sabendo que essa equação é reducionista, Gueller quer salientar a mudança de peso e “de valor determinante que o passado e o futuro têm em cada uma delas, fazendo do presente sempre um outro do que é” (p.115).

Para A.Jerusalinsky, o analista de criança é “interpelado pelos pais na dimensão de antecipar o futuro, de vir a garantir que a vida do filho será feliz. Para isso o trazem, para que o

⁴ Cf. *Vestígios do Tempo – Paradoxos da atemporalidade no pensamento freudiano*. São Paulo: Arte e Ciência, 2005, que tem o tempo na psicanálise como tema central (presente também em sua tese de doutorado).

⁵ É por isso que interessaria pensar o tempo lógico, o tempo estrutural, o tempo do desejo e, até mesmo, o tempo cronológico, porque me parece que esse é basicamente um tempo cronológico.

analista melhora o futuro dele” (2002, p. 51). Gueller e A.Jerusalinsky apontam para o peso que o futuro tem na clínica psicanalítica com crianças.

Na Fonoaudiologia, eu diria, é o presente que se sobrepõe ao futuro, o presente é que tem um valor determinante; e mais, o tempo é o da urgência: urgência em “consertar” uma perturbação na fala para que não acarrete problemas no futuro, cujo sucesso depende, para esses pais, do que se perde nesse tempo outro de aquisição. A lentidão traz o temor do que será. A diferença é que, na clínica fonoaudiológica, o que muda é que a demanda tem um imperativo urgente de mudança. Urgência da certeza quanto ao que **sesera**⁶. E, no entanto, a criança trazida pelos pais poderia ser pensada em outros tempos, como na música – em que tempo é sempre andamento, movimento, ritmo, em um compasso singular no qual ela (e seus pais) se compõe(m); como na arte de Chuang-Tsê, que precisou do tempo certo para o traço perfeito

O trabalho de De Lemos é bastante crítico quanto à noção clássica de desenvolvimento na área da aquisição de linguagem, que considera uma cronologia normativa, indicando o que uma criança deve falar e com que idade:

(...) pensar o sujeito como efeito de linguagem equivale, pois, literalmente, a subverter uma concepção de sujeito enquanto posicionado face à linguagem como objeto de conhecimento a ser apreendido ou construído (...) As mudanças que qualificam a trajetória da criança de infans a sujeito-falante são mudanças de posição nessa estrutura e antinômicas, portanto, à noção de desenvolvimento. (DE LEMOS, 2001, p.28 e 29)

O que apreendemos de seus trabalhos é que ela nega que a fala de uma criança seja descrita em categorias e ordenadas em etapas. A proposta que desenvolve é apresentada como

⁶ Ziraldo, escritor de livros infantis, inventa um novo tempo verbal no seu novo livro *O menino da Lua*, lançado este ano: “Essa história, que você vai ler aqui, quem me contou foi um menino que vive no futuro. Num futuro muito distante mesmo, o mais distante que se possa imaginar... quando a ouvi, o menino que vivia nesse distante futuro contava uma história que tinha acontecido no seu passado. Conclusão: o passado dessa história está também no futuro. Como nossa história já está contada mas ainda vai acontecer, me ocorreu que, para recontá-la, eu deveria usar um tempo de verbo que os gramáticos esqueceram de criar. Os gramáticos não sabem que a gente pode viajar no tempo! Pra contar histórias assim, já deviam ter criado o tempo de verbo que inventei: o pretérito imperfeito do futuro do indicativo... O jeito que achei foi usar o meu novo tempo de verbo e começar a história assim: Serera uma vez um herói que se chamava...” (ZIRALDO, 2006)

uma “alternativa à noção de desenvolvimento, noção essa predominante na pesquisa e na literatura sobre aquisição de linguagem”. (De Lemos, 2001, p. 28)

De Lemos divide a trajetória da criança de *infans* a sujeito falante de acordo com três posições da criança em relação ao outro, à língua e à fala. Ao retomar essas três posições no processo de estruturação de linguagem por ela proposto, deixa claro que:

(...) não há superação de nenhuma das três posições, mas uma relação entre esses pólos que se manifesta, na primeira posição, pela dominância da fala do outro, na segunda posição, pela dominância do funcionamento da língua e, na terceira posição, pela dominância da relação do sujeito com sua própria fala. É na terceira posição que a criança enquanto sujeito falante se divide entre aquele que fala e aquele que escuta sua própria fala, sendo capaz de retomá-la, reformulá-la e reconhecer a diferença entre sua fala e a fala do outro, entre a instância subjetiva que fala e a instância subjetiva que escuta de um lugar outro. (DE LEMOS, 2001, p. 29)

No último texto publicado até este momento – *Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento* –, a autora é enfática ao reafirmar que a linguagem não se ajusta a um quadro de desenvolvimento no qual ela é assumida como “objeto que pode ser parcelado ou cujas propriedades podem ser acessadas por uma série ordenada de processos reorganizacionais” (2006, p. 21), e que, em relação às três posições apresentadas, mesmo que possam parecer cronologicamente ordenadas, elas não compreendem a idéia de desenvolvimento:

De fato, qualificar a "mudança" como sendo "estrutural" é incompatível com visões da criança como uma entidade independente que passa sucessivamente por estados ordenados de conhecimento. Além do mais, nenhuma das relações discutidas neste trabalho deixa de comparecer na fala adulta, que está longe de se manter homogênea através de diferentes tipos de discurso e situações. Assim, dizer que relações estruturais estão submetidas a um processo de obliteração não quer dizer que elas tenham sido apagadas. Obliteração deve ser entendida como "eclipse": a lua permanece visível mesmo sob a sombra da terra. (2006, p. 31)

Assim, podemos com ela afirmar que esse processo não tem um fim predeterminado, pois sempre nos deparamos com essas posições na fala da criança, mas também na fala do adulto. E

essa é também a idéia de infantil em psicanálise.⁷ Vista da perspectiva do adulto, não há superação porque as três modalidades coexistem. Contudo, uma vez que a criança está vivendo o processo de aquisição, como não pensar que, nessa perspectiva, essas posições não apareçam como “etapas”, isto é, de forma sucessiva? Caso contrário, por que ficaríamos preocupados com uma criança que não faz senão repetir a fala do outro, que apresenta uma fala ecológica?

Uma resposta a essa questão impõe-se na escrita deste texto. Não é possível ignorar o fato de que os pais esperam que seus filhos mudem. E essa é a questão. A preocupação vem quando não há mudanças, quando há uma cristalização n(d)a criança numa posição. Se tomo tempo como mudança, o patológico, não o descompasso, diz exatamente do que fixa a criança num instante.

Sabemos que os ritmos são infinitamente variáveis. Schaffer (2001) relembra que foi durante o século XIV que o sino se uniu a uma invenção que trouxe grande significado para a civilização: o relógio mecânico.

O relógio mede a passagem do tempo de forma audível, e a relação entre relógios e sinos de igreja não foram sem razão, pois o cristianismo desenvolveu a idéia retilínea de tempo como progresso, ainda que progresso espiritual, com um ponto inicial (a Criação), um indicador (Cristo) e uma profética conclusão (o Apocalipse). (p. 88)

Como poderíamos pensar nesse outro tempo que a criança nos lança; nesse que subverte essa noção de progresso tão enraizada e tão histórica que temos? Como enfrentar esse contra-tempo que as crianças nos apresentam? Leite (2001) nos faz uma interessante questão:

O tempo da aquisição, este que configura o objeto do olhar tanto do lingüista preocupado com a aquisição quanto o do psicanalista – quer ele trabalhe ou não com crianças – não poderia ser, então, pensado como o tempo da transmissão da linguagem, e nisto, transmissão do desejo? (p. 272)

⁷ "Como já é sabido, o infantil em psicanálise não é da ordem de nenhuma cronologia. A manifestação do que se chama infantil pode surgir, e de fato surge, como parte constitutiva de qualquer processo psíquico, seja qual for a idade do indivíduo. A particularidade normal no sujeito humano é essa." (A. Jerusalinsky, Cem anos de Psicanálise, p. 179)

2. 2 O retardo pode ser bemolizado

Assumir esse descompasso na clínica fonoaudiológica com crianças é renunciar a posições e fundamentos enraizados na nossa profissão, na qual, segundo Leite (2001, p. 272), “o tempo na aquisição passa aqui a se referir ao tempo da aquisição pela ficção do teórico. A ficção do método contemporiza uma criança que terá sido: a criança estruturalista, behaviorista, epistemóloga, pequeno inventor, construtora, pequeno Édipo, Narciso”.

No capítulo anterior, podemos constatar como essa criança trazida por Leite permeia toda a literatura fonoaudiológica e repercute nas diversas práticas. Não há como negar que, no processo de *infans* a sujeito-falante, há um organismo que também está se pretendendo corpo.⁸ Há questões que dizem do real desse corpo: a organização do tônus muscular, por exemplo. Há questões genéticas, há “acidentes” que podem interferir no real do corpo dessa criança. Negar o desenvolvimento cronológico e em etapas não é negar o que de real se coloca em cena na constituição subjetiva de uma criança.

Na minha dissertação de mestrado, trabalhei com três crianças de uma mesma família que eram portadoras da síndrome de X Frágil. O que ficou evidente é que mesmo com aqueles meninos⁹, com uma marca genética fundamental, com uma sintomatologia pré-definida, encontramos sujeitos singulares. Aprendemos, com o estudo desses casos, que “se o

⁸ Lembremos que também na música antes da invenção do metrônomo os tempos eram determinados pelo pulso humano.

⁹ O filho mais velho era extremamente mais comprometido que os menores, sendo diagnosticado, inicialmente, como autista. O segundo apresentava, inicialmente, um atraso de fala que, embora tenha evoluído bastante, apresentava uma articulação bastante comprometida, o que não chegava a comprometer sua “independência”; estava na escola, aprendia a ler e a escrever também num ritmo mais lento. A terceira, menina, falava muito bem, na idade esperada; com a entrada na escola, apresentou grandes dificuldades de aprendizagem da escrita e no campo da matemática. Somente a partir da entrada dessa terceira filha na escola é que se levantou a suspeita de que o atraso de todos poderia ter uma causa orgânica. Essa mãe, ao ser informada de que o cromossomo X, que trazia uma anomalia a seus filhos, era uma herança dela, perde-se e busca no alcoolismo do pai a razão para os problemas das crianças. Ela precisou de vários tempos: do tempo real que foi dando indícios de que algo afetava seus filhos; do tempo da procura pela causa e do tempo da reelaboração da questão, tempo este fundamental para que ela pudesse compreender que sua herança não se resumia a um cromossomo, e que cada filho foi ocupando um lugar singular, conforme o tempo de sua constituição.

desenvolvimento depende de um processo maturativo, a constituição de um sujeito não depende para nada dele. E mais, tal processo maturativo faz limite para esse sujeito, porém não o condiciona nem o determina”. (A.JERUSALINSKY, 1999, p. 37)

Sustentar um discurso na clínica fonoaudiológica com crianças que estão atrasadas na fala, e uma prática que tome a linguagem como constitutiva, que tome o tempo de construção da linguagem e do desejo, é sustentar um descompasso, outro tempo, um destempo. É indagar-se sobre o que é de uma “convenção” em relação ao falar de uma criança. É tentar pensar, juntamente com os pais, que estão angustiados, pois o tempo do relógio está correndo, que “o tempo que conta, para o sujeito inscrito na linguagem, é o tempo de encontrar sentido para si” (BERNARDINO, 2004, p. 77). Nos casos retratados na minha dissertação, a aposta foi tentar encontrar, com a mãe, transmissora do gene defeituoso, qual era o tempo singular de cada filho.

Muitas vezes, o que detém, o que faz cessar, romper essa transmissão, quebrar o tempo e paralisá-lo assim, num instante – o instante do silêncio – é remeter essa suspensão à ordem do patológico, do desarmônico, sem considerar que esse prolongamento pode dizer também de uma extensão, e não de uma interrupção; sem compreender que não há silêncio absoluto; sem compreender que muitas vezes nosso **prazo** é bastante curto.

Bergès e Balbo chamam a atenção para a questão dessas prestações que não se pagam à vista, mas a prazo, e mesmo a longo prazo:

A partir do instante em que o filho responde com um sorriso, ele exprime o traço pelo qual a mãe, no lugar de grande Outro, torna-se radicalmente outra – o tesouro. Esse bebê vai precisar de três meses para poder responder, isto é, para poder sorrir. Não se trata então aqui de estabelecer uma etapa de três meses, etapa de sorrir, que teria seu ponto de partida em uma origem, mas de mostrar que a competência da criança para aceitar o outro depende de um **prazo**. (2003, p. 10 – grifo meu)

Abre-se um abismo entre a demanda dos pais – de que o filho fale e os chame – e o que neles convoca uma incapacidade, um impedimento de escuta¹⁰ para aquela criança, que, por estar paralisada, não pode tocar de ouvido a língua da mãe.¹¹ E, como nos lembra Veras (2001, p. 287), “para tocar a fala de ouvido é a língua materna que a criança precisa ouvir; ela ouve, na língua feita sistema, o jogo instantâneo da pura diferença, sobrepondo-se ao jogo discursivo das oposições geradas pelos cortes, e sua fala implica essa escuta defasada”.

Falando sobre o músico contemporâneo John Cage – em um subcapítulo de *O som e o Sentido* (“Do Recalque ao ruído”) –, Wisnik conta-nos que, na famosa peça de Cage, *Tacet 4'* 33”:

(...) um pianista em recital vai atacar a peça, mas fica com as mãos em suspenso sobre o teclado durante quatro minutos e trinta e três segundos; o público começa a se manifestar ruidosamente. A música, suspensa pelo intérprete, vira silêncio. O silêncio da platéia vira ruído. O ruído é o som: a música de um mundo em que a categoria da representação deixa de ser operante, para dar lugar à infinita repetição. O ritmo, para Cage, não está na regularidade das batidas nem na mensurabilidade das durações. A música não se organiza em torno de um pulso (como a música modal), nem evita sistematicamente o pulso (como a música serial). Fases e defasagens alternam-se ao sabor e na pulsação do próprio acaso em som, ruído e silêncio. (1989, p. 47)

Talvez a música que estamos compondo ou a partitura que vamos escrever seja essa que o intérprete deixa em suspenso, em silêncio, num outro tempo.

2. 3 De quem (se) trata e de que clínica

No livro *Budapeste*, de Chico Buarque de Hollanda, o personagem central tem um filho de 5 anos que não falava quase nada:

¹⁰ No livro *O Ouvido Pensante*, de Schaffer, há um capítulo denominado “Limpeza de ouvidos”, no qual ele apresenta um programa sistemático para treinar os ouvidos a escutarem de maneira mais discriminada os sons, em especial os do ambiente.

¹¹ O artigo de Veras, citado na seqüência, remete ao trabalho de Eleonora Albano: *Da Fala à Linguagem tocando de ouvido*. (Martins Fontes, 1990)

Fala, meu filho, eu quase implorava segurando seus pulsos, mas nesse ponto ele desatava a chorar, chamava a mamãe, chamava a babá. E ao menos a babá partilhava as minhas aflições pela afasia do menino. Disse ela que quando era nova no emprego, já advertia Dona Vanda: bebê que se vê refletido no espelho fica com a fala empatada. (BUARQUE DE HOLLANDA, 2003, p. 32)

Para o pai, impunha-se um fracasso – o de não conseguir que o filho falasse com ele – e o caminho para compreendê-lo é eleger uma patologia, a afasia. A empregada, estando fora da situação, dá outra resposta para essa ausência de fala: leva o menino de 5 anos à condição de bebê e explica que aí a fala “empatou” porque ele se via refletido no espelho. A babá sabia que algo na estruturação dessa criança havia faltado, havia sido sustado. Seria a entrada de um o(O)utro?

Sintomas na fala nos remetem sempre a pensar que pode estar em cena um fracasso da materialidade da língua ou a possibilidade que a criança encontra – mesmo no silêncio – de dizer, de se colocar como enigma para o outro. Insistimos, em toda a escrita deste trabalho, que a criança segue um caminho singular no seu processo de estruturação como sujeito-falante. Singular também é o que o sintoma, nas patologias de linguagem, nos apresenta como enigmático.

Para Bergès (1988), é o sintoma que convoca o terapeuta. Um sintoma diz sempre de um sofrimento, de uma incapacidade que pode colocar-se do lado da criança e/ou do lado dos pais, encenando seus próprios fantasmas. Voltando ao exemplo do personagem de Chico Buarque, o sintoma fonoaudiológico era o falar pouco, um descompasso entre o processo de aquisição de fala e a idade cronológica do menino. E é essa a leitura que permite eleger um nome para essa manifestação: afasia, retardo...

Prosseguindo na leitura desse livro, encontramos outras referências à questão da relação do pai com o menino:

(...) e pela madrugada ele pegou a mania de balbuciar coisas sem nexos, inventava sons irritantes, uns estalos nos cantos da boca; eu não tinha sossego nem na minha cama, me mordida, finalmente estourei: cala a boca, pelo amor de Deus! Calou, e a Vanda saiu em sua defesa: ele está só te imitando. Imitando o quê? Imitando você, que deu para falar dormindo. Eu? Você. Desde quando? Desde que chegou dessa viagem. Pronto. Descobri naquele instante que em meus sonhos eu falava húngaro. (2003, p. 31)

O pai entra em desvario com a entrada do húngaro na história e, nas páginas finais, quando não sabemos mais o que é realidade ou delírio do personagem, ele narra o reencontro com o filho:

Assim, sem querer, me apoiei no balcão, fui me chegando a dois rapazes mais falantes, já os espiava pelo canto do olho, e com isso devo ter incomodado, porque de repente ambos se calaram e me afrontaram. Eram jovens musculosos, de cabeças raspadas e abundantes tatuagens, um com répteis que lhe subiam pelos braços, o outro com uma espécie de hieróglifos espalhados no peito nu. (BUARQUE DE HOLLANDA, 2003, p. 155)

Dando continuidade à cena, o pai segue contando que os jovens o encaram, pensando que fosse “veado”¹². Ele sai do bar, é seguido pelos dois, imagina que sejam *skinheads* que gostam de “encher as bichas de porradas”; um desce da moto e caminha em sua direção:

Apalpei o bolso onde costumava levar cigarros, estava vazio, mas ele continuava a avançar, praticamente se colou em mim. Era um palmo mais alto que eu, meus olhos batiam no meu peito, e por um instante imaginei que poderia decifrar os hieróglifos ali tatuados. Depois olhei os olhos com que me fitava, e eram olhos femininos, muito negros, eu conhecia aqueles olhos, Joaquinzinho. Sim era meu filho, e por pouco não pronunciei seu nome; se eu lhe sorrisse e abrisse os braços, se lhe desse um abraço paternal, talvez ele não entendesse. Ou talvez soubesse desde o início que eu era o seu pai, e por isso me olhava daquele jeito, por isso me encurralava no muro. E fechou o punho, armou o golpe, acho que ia me acertar o fígado, quando umas vozes surgiram ao meu lado. Um grupo de pessoas começaram a sair da parede, gente e mais gente saía daquele buraco preto, que era a porta dos fundos de um cinema. Então me misturei ao público, segui em bando para a avenida... (BUARQUE DE HOLLANDA, 2003, p. 155-156)

O fantasma, para o pai, parece que é o próprio filho que, no seu silêncio, na sua afasia, falava húngaro e, talvez por isso mesmo, o pai o mande calar-se e o reencontro ocorra num futuro em que o filho também dá a ler o que lhe vai escrito no próprio peito; o pai, mais uma vez, não consegue decifrar. O tempo dessa relação está sempre no condicional – “se eu lhe desse um

¹² Termo extraído do livro.

abraço”; ou no futuro do pretérito, já que ele “poderia ler”... O filho era quem portava um enigma para esse pai. Tanto que a “incapacidade” de entender o que ele falava e de ler o que nele se tatua é uma impossibilidade do pai.

Na psicanálise, Laplanche e Pontalis (1983, p. 228) definem fantasma ou fantasia como “uma encenação imaginária em que o indivíduo está presente e que figura, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente”.

O termo fantasia aparece em Kaufmann (1996) no “verbete” escrito por F. Baudry, o “papel da fantasia é mais acentuado na teoria e na prática lacaniana: a fantasia, diz Lacan, constitui o único acesso possível ao real”. Nesse dicionário, o único termo empregado é fantasia.

Alfredo Jerusalinky nos adverte de que fantasma não é a mesma coisa que fantasia. Para o autor, “fantasma se refere à relação impossível do sujeito com o objeto. Relação que é impossível pelo fato mesmo de o objeto mental, o objeto psíquico não ser existente. O fantasma precisamente designa a instalação do registro da falta desse objeto” (1996, p. 147).

Essa distinção, contudo, não é pacífica, e, como observa Vorcaro (1999, p. 70):

(...) as relações entre sintoma e fantasma não são bem distinguidas na teoria e na clínica, especialmente porque, enquanto o sintoma está submetido ao funcionamento simbólico, sendo portanto no campo significante: um real do simbólico, que subsiste separado do modo de manifestação do sintoma. Nos termos de Jerusalinsky,¹³ o fantasma é o que o sujeito é, enquanto o sintoma é o modo como o sujeito se defende do que ele é.

Na Fonoaudiologia precisamos nos concentrar nos sintomas de linguagem. Nas palavras de Lier de Vitto, esses sintomas “são produções enigmáticas não redutíveis a movimentos desajeitados do aparelho fonador, nem a realizações audíveis de uma ação interna/mental. Os sintomas na linguagem excedem o orgânico, eles expõem o sujeito em sua falha” (2003, p. 238).

¹³ A autora remete esta citação a Alfredo Jerusalinsky, *Seminário de Clínica Psicanalítica com crianças*, São Paulo, 15/04/96.

O retardo de linguagem, o sintomático, estaria no fato de essas falas insistirem “em se apresentar assim, em não passar a outra coisa, o que não é diferente de uma repetição” (p. 242).

A criança que vejo e escuto na minha prática clínica é a que fá-la. Apesar de insistir em não passar a outra coisa, põe-se a ouvir e a falar nos silêncios, num tocar de ouvido, improvisando. Essa é a aposta colocada de início, pois: “no tratamento de crianças, não se pode falar em repetição, uma vez que as coisas não estão nem completamente instituídas, nem completamente elaboradas. Trata-se de pontos de estancamento; de encalhe num percurso em construção”. (VORCARO, 1999, p. 74, grifo meu). Assim, quando nos deparamos com a repetição, com a fala que insiste em não ser, ou que insiste em ser igual, temos que ser extremamente cuidadosos, pois o que pode estar em jogo é a própria constituição subjetiva dessa criança.¹⁴

Uma mãe, na sessão final do tratamento de seu filho, um falante pleno aos 5 anos, que veio ao consultório quando tinha 3 anos porque não falava nada, surpreende-me com a seguinte questão: “O que eu faço com ele falando?”. A sintomatologia do filho não estava mais ali e o que fica sem resposta fala, talvez, da impossibilidade de a mãe tomá-lo como sujeito falante/desejante. Quando esse garoto finalmente se lança em outra cena, porque pode constituir-se, o que se mostra – e, talvez, o que tenha se imposto como enigmático nesse caso – são as questões que podem dizer do fantasma materno e, aqui, a clínica fonoaudiológica pode sustentar um encaminhamento da mãe à clínica psicanalítica.

Arantes (2003)¹⁵ nos faz pensar sobre a clínica psicanalítica ou fonoaudiológica com crianças que não falam, afirmando que uma grande dificuldade para as duas clínicas é implicar os pais no sintoma da criança. Para essa mãe que não sabe o que fazer com um filho que fala, a

¹⁴ “Todos os sistemas ordenados de linguagem requerem redundância. A música é um desses, e sua redundância consiste na repetição e recapitulação do material principal. Quando Mozart repetia um tema seis ou oito vezes, era para ajudar a memória a guardá-lo, para recuperá-lo mais tarde”. (Schaffer, 2001, p. 165)

¹⁵ Arantes levanta questões extremamente interessantes sobre os encaminhamentos de crianças e pais para a clínica fonoaudiológica e/ou psicanalítica.

possibilidade de implicá-la foi justamente a mudança do filho; é a partir da constituição dele, como sujeito falante e desejante, que ela pode ser flagrada naquilo que lhe é próprio.

Neste momento de especulação, penso que é possível dizer que, a partir das hipóteses que a Psicanálise permite levantar, a fala/silêncio dessas crianças pode dizer, muitas vezes, de um aprisionamento no fantasma materno: “Essa posição no fantasma materno impede a constituição do fantasma na criança. Seus sintomas, localizáveis nos autismos e nas debilidades, estariam portanto sob a incidência do fantasma materno e não de um fantasma que lhe seja próprio” (VORCARO, 1999, p. 71). Se o fantasma da criança tem que ser constituído, o sintoma também. Se a criança está inserida no fantasma materno, logo, ela não tem um fantasma próprio, nem um sintoma com o qual se defende do fantasma. Uma vez considerada essa hipótese, a clínica fonoaudiológica não pode estar sozinha.

Qual seria, então, neste novo contexto, o estatuto do retardo? Nomear essa ausência de fala retardo de linguagem seria, portanto, colocar essa questão em um espaço temporal, que é da ordem do impossível, uma vez que, para falar, para ser sujeito do seu desejo, é preciso que o *infans* se desprenda do fantasma materno e se constitua na linguagem. Há uma operação a cumprir e essa operação a Fonoaudiologia não pode se aventurar a exercer, mesmo quando atravessada pelo discurso da psicanálise. Reconhecer o que se impõe no silêncio da criança não é uma tarefa simples; todavia, poder olhar além das questões da sintomatologia que se evidenciam numa criança é, certamente, fundamental na clínica fonoaudiológica.

As palavras de Cláudia Lemos ecoam aqui: “Faz parte da aquisição de linguagem perder a voz materna”¹⁶. Há crianças que resistem, num tempo maior, a essa perda e, embora silenciadas, estão submetidas a um funcionamento simbólico, e nossa intervenção clínica promove deslocamentos.¹⁷ Há outras que “encravam” na fala da mãe (na voz do outro) e, com

¹⁶ Em aula, no IEL/UNICAMP, no II Semestre de 2004.

¹⁷ E, com esses, a simpatia faz efeito.

essas, precisamos compreender se o que se coloca é o que de enigma o sintoma comporta ou se há uma apreensão no fantasma do outro. Aqui, teríamos um limite para a nossa atuação, ainda que ela seja necessária.

2. 4 Do que se trata: língua, fala e linguagem – o eterno mal-entendido da Fonoaudiologia

É presumível, portanto, que as necessidades tenham ditado os primeiros gestos e que as paixões tenham arrancado as primeiras vozes...
(Jean-Jacques Rousseau)

A diversidade das expressões que encontramos para nomear a fala descompassada das crianças – retardo de fala, retardo de linguagem, distúrbio específico de desenvolvimento de linguagem, distúrbio de linguagem, retardo simples de linguagem, retardo de desenvolvimento de linguagem, desordem de linguagem, impedimento específico de linguagem, distúrbio específico de linguagem – coloca em evidência certa indecisão em relação a uma questão central: do que se trata, de fala, linguagem, ou...?

Saussure aponta essa diferença inicialmente respondendo sobre o que é a língua: “Para nós, ela não se confunde com a linguagem; é somente uma parte dela, indubitavelmente. É, ao mesmo tempo, um produto social da faculdade de linguagem e um conjunto de convenções (...)” (1995, p. 17). Dessa forma, a língua é um “fato da linguagem” (p. 17), é um objeto de natureza concreta, é um objeto que se pode estudar separadamente. Nesse ponto, o autor destaca-a da fala, uma vez que “a língua não constitui, pois, uma função do falante, é o produto que o indivíduo registra passivamente” (p. 22). Contudo, continua Saussure, ela “é necessária para que a fala seja inteligível e produza todos os seus efeitos... mas é a fala que faz evoluir a língua” (p. 27).

Para o fundador da ciência lingüística, a fala é um “ato individual de vontade [grifo meu] e inteligência” (1995, p. 22). Quanto à aquisição, sua observação é clara: “é ouvindo os outros que aprendemos a língua materna; ela se deposita em nosso cérebro somente após inúmeras

experiências” (p. 27); e complementa, falando ainda sobre a língua: “o indivíduo tem necessidade de uma aprendizagem para conhecer-lhe o funcionamento; somente **pouco a pouco** a criança o assimila” (p. 22). Saussure reconhece na criança uma fala que percorre um caminho – pouco a pouco –, como afirma também que para uma criança falar é necessária a presença de outro falante.

De Lemos retoma a questão *língua e fala* em Saussure, explicitando que “o individual que retorna é o que se dá na esfera da fala, definida agora como espaço do não-previsto, onde se pode exercer a 'liberdade das combinações'.”(DE LEMOS, 1995, p. 12). Para essa autora, a tarefa da aquisição de linguagem “não é descrever a língua ou a fala da criança, e sim, descrever e interpretar a relação da criança com a língua a partir de sua fala” (1995, p.16). Nesse trabalho, retoma a noção de discurso de Benveniste, ocupando o lugar da fala, e afirma, a partir da incursão feita pelo estruturalismo, que há a:

(...) possibilidade de pensar o texto não mais como um nível de estratificação além da sentença, mas como domínio em que a língua e discurso não são mais dissociáveis, do qual, por isso mesmo, não se pode excluir o falante, cuja relação com a língua está literalmente em jogo em qualquer nível de estratificação. (DE LEMOS, 1995, p. 18)

A crítica da autora em relação à posição dos estudiosos de aquisição de linguagem da criança passa pela questão da (in)distinção entre língua, fala e linguagem: “É nesse sentido que vale a pena insistir (...) o que está em jogo é a relação da criança com a linguagem. Se há mudanças – e há mudanças – elas são dessa ordem (...)” (DE LEMOS, 1995, p. 27). Porém, como ela mesma já havia dito¹⁸: “Mas quando se trata de linguagem e, portanto, de língua ou línguas, saber é mesmo algo estranho (...)”(1991, p.6). A autora atribui, então, à língua¹⁹ a função de **captura**:

¹⁸ Refiro-me à aula inaugural proferida por Cláudia de Lemos no ano de 1991, no Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp.

¹⁹ A noção de captura está, para a autora, em coerência com a autonomia e alteridade radical da língua.

Pensar o sujeito como efeito de linguagem equivale, pois, literalmente, a subverter uma concepção de sujeito enquanto posicionado face à linguagem como objeto do conhecimento a ser apreendido ou construído. Ou, em outras palavras, a considerar a criança, enquanto corpo pulsional, como capturada pelo funcionamento da língua na qual é significada, por um outro, como falante, antes mesmo de o ser. Nesse sentido, pode-se dizer que essa captura tem o efeito de colocá-la em uma estrutura em que comparece o outro como instância de interpretação e o Outro como depósito e rede de significantes. Essa estrutura é a mesma em que se move o adulto (que é também o outro da criança), enquanto sujeito falante também submetido ao outro. (DE LEMOS, 2001, p.28 e 29)

Em um texto mais recente (2006), Cláudia de Lemos retoma a questão:

É a linguagem, ou melhor, *le language* – e nela está incluído o outro enquanto semelhante e, na sua diferença, enquanto "outro" – que precede e determina a transição da criança do estado de infans para o falante. Em outras palavras, a criança é capturada por *le language*, atravessada e significada como é pela *parole* do outro, matriz de sua identificação como semelhante – e membro da comunidade lingüística e cultural – e como dessemelhante, referido a uma subjetividade figurada como individual. (p. 27) .

No capítulo “Desenvolvimento da Linguagem” do *Tratado de Fonoaudiologia de 2005*, Palladino faz uma referência ao termo captura, empregado por De Lemos, a partir do fato de que a criança, ao nascer, é “carne”, e que os adultos que a cercam já têm um corpo simbolizado; “nessa medida ao se depararem com o recém-nascido só podem vê-lo como sujeito, como se estivesse igualmente submetido à ordem simbólica” (2005, p. 769). Para De Lemos, segundo Palladino, essa é a aposta que “inaugura” o bebê:

Assim, aquele corpo que assume plásticas diversas e que faz sons diversos, desordenadamente, convoca o outro nessa sua heterogeneidade e imprevisibilidade, pois toda essa diversidade é entendida como gesto e não como resultante fisiológico apenas da ordem da sensorialidade, uma vez que, para aquele que é sujeito, nada existe fora da ordem da significação. A resposta ao gesto suposto é um outro gesto: eis o ciclo simbólico. A captura é, como entende De Lemos, uma abreviatura desse processo que nasce de uma aposta (a aposta simbólica), que dá origem ao sujeito. (PALLADINO, 2005, p. 769)

Embora Palladino preficie sua leitura do termo captura no trabalho de Cláudia de Lemos, entendo que atribuir a essa nomeação uma função de abreviatura pode ser um equívoco. Entendo que a captura se dá justamente quando o bebê é fígado pela língua, passando a ser sujeito. A captura tem, assim, o efeito de um funcionamento lingüístico-discursivo que faz a criança

significar-se e oferecer-se à interpretação do outro. É como se, a partir dos sons desordenados emitidos pelo bebê, eu, enquanto outro, escute e capture, ali, um efeito da língua. É graças a essa “ilusão” de escuta que tomamos os grunhidos de uma criança numa rede discursiva e atribuímos a ela uma convocação nossa no seu desejo; ilusão necessária para podermos crer que há um sujeito falante naquele corpo.

Para Lacan, no texto *Função e Campo da fala e da linguagem em Psicanálise*, “(...) toda fala chama resposta”: “mostremos que não há fala sem resposta, mesmo se ela encontra apenas o silêncio, com a condição de que ela tenha um ouvinte.” (LACAN, 1992, p. 112, grifo meu). No mesmo artigo, insiste ainda: “O homem fala, então, mas é porque o símbolo o fez homem.” (p. 141)

E a linguagem? Qual a sua função para Lacan? Nesse texto, sua função é a de evocar:

Numa linguagem os signos tomam seu valor na sua relação de uns aos outros... tem o caráter universal de uma língua que se faria ouvir em outras línguas, mas ao mesmo tempo, para ser a linguagem que apreende o desejo no ponto mesmo onde ele se humaniza fazendo-se reconhecer, ela é absolutamente particular do sujeito. (LACAN, 1992, p. 158)

Na relação da linguagem com a fala, Lacan destaca três paradoxos: a loucura, na qual o que aparece é a liberdade de uma fala que renunciou a se fazer reconhecer; os sintomas, a inibição e a angústia, em que a fala tem pleno exercício, uma vez que inclui o discurso do outro no segredo de sua cifra; e o paradoxo do sujeito, que perde seu sentido nas objetivações do discurso: “Aqui é um muro de linguagem que se opõe à fala, e as precauções contra o verbalismo que são um tema do discurso do homem ‘normal’ de nossa cultura, não fazendo mais que reforçar sua espessura”. (LACAN, 1992, p. 147).

Para Lacan, todo ato falho é um discurso bem sucedido (porque o desejo se faz fala) e no lapso é a mordada que gira sobre a fala (o desejo censura-se na fala). Se a fala, essa fala

articulada, encena o que diz o inconsciente, podemos pensar, então, que é impossível demarcar o que é exclusivo da fala, da língua ou da linguagem.

2.5 Improvisações sobre (re)capturas

Demarcar, enquadrar, classificar... (im)possibilidades importantes que nos devem fazer parar e pensar um pouco, uma vez que temos diferenças importantes para pensar a fala na clínica fonoaudiológica: fala como efeito de linguagem. Fala como desejo ou censura. É a partir dessas considerações de Lacan que podemos começar a compreender isso de que falamos e sobre o que escrevemos muito na Fonoaudiologia: a fala carrega um enigma. Talvez, a partir desse ponto, possamos tirar o enigma do lugar comum que ocupa na Fonoaudiologia; compreender que ele responde ao que não se sabe, a um saber que é impossível, uma vez que diz respeito ao Outro. E quanto à língua²⁰? A língua é a lei? O código que nos faz, a cada momento, sentir os efeitos do desejo? Sem língua, não há possibilidade de evocar, visto que não se tem Corpo?

Umberto Eco retoma o *Gênesis* para afirmar que ali está o primeiro esboço do que podemos chamar de língua; o registro do momento em que o Senhor fala a primeira vez ao homem, pois há compreensão de quem a ouve. De certo modo, esse autor também atribui à língua o lugar da existência. O Senhor também *captura* o homem pela língua.

Lachaud apóia-se em Lacan para falar sobre a língua materna como “a língua do saber: ela está onde eu não sou”. (1989, p. 14). A autora retoma a questão da aquisição de linguagem a partir das posições lacanianas sobre linguagem e fala:

Falar é um ato determinante, pois assim que a criancinha entra na linguagem, chega nisso que preexistia a ela, vão se posicionar, para ela, na e pela linguagem, dois campos. Um "eu" vai se excluir desde seus primeiros sons aos quais seus pais insuflaram sentido para considerá-los como palavras. Antes mesmo que o sujeito fale, a língua para ele, significa ser composta. Instauram-se a partir de uma ordem significante e uma clivagem,

²⁰ Interessante notar que não aparecem muitas referências à língua na literatura fonoaudiológica.

instituindo dois espaços, ou dois teatros de operações: enunciação e enunciado... mas, na linguagem, há o real: o impossível de se dizer. (p. 14)

O trabalho de Nina Leite (2000) ajuda-nos a pensar o processo de estruturação do sujeito tomando-o como a construção mesma de um corpo que fala, oferecendo, assim, uma possível resposta a nossa indagação sobre o processo de aquisição de linguagem. Para a psicanalista, pensar a construção desse corpo torna evidente que:

nesse processo de entrada no simbólico, ou de “aquisição” de linguagem, estamos lidando com a articulação do real do organismo com o significante, enquanto fundamento da linguagem. A realização desta tarefa está na dependência, em um primeiro tempo, do imaginário materno, que articula em seu tecido tanto o simbólico do lugar da criança, quanto as palavras e imagens que o qualificam. É por isso que temos denominado simbólico o gesto que promove a entrada da criança na linguagem. (2000, p. 43)

Até este ponto estamos falando de processos de aquisição de linguagem como processos de estruturação de sujeitos. Nos casos em que esse processo tem seu percurso interrompido, contudo, é preciso levar em conta essa suspensão, esse retardo, e improvisar a partir dele o trabalho na clínica com essas "falas indeterminadas". Se à Lingüística, como observa Ângela Vorcaro (2000), concerne o dado lingüístico como exemplo de realização da língua, convém destacar que tanto o exemplo como suas variações vão permitir “o julgamento diferencial do dizível enquanto enunciado possível ou não, na língua considerada” (p. 133). Enquanto esse diferencial está fora, excluído das considerações da Lingüística, cujas teorias não tratam do singular, a clínica da linguagem, enfatiza a autora, considera justamente o fato de que há sujeitos cuja fala não realiza língua.

O que concerne a esta clínica é o dado lingüístico enquanto impossível de língua; ocorrência materialmente possível que, entretanto, explode a língua exemplar. A constatação, na fala, de uma não-aquisição ou de uma degeneração de língua, obriga a recolher os fracassos da realização de uma língua, servindo-se de critérios de interpretação que acionam, a cada caso, hipóteses, nem sempre explícitas, sobre a origem dessas ocorrências (na função diagnóstica) e sobre a origem da presença de língua (na medida que propõe a intervenção terapêutica em que a língua se realizaria a partir da ausência dessa, no sujeito). Por isso a singularidade de um caso clínico permite

discernir, constituir ou romper o que é pressuposto como universal pelo discurso. (p. 133)

Minha experiência clínica me permite concluir que a fala é a grande marca social dessa entrada na linguagem; contudo, se por um lado ela a legitima, por outro lado a sua ausência revela também o que temos de não igual, de singular em cada atendimento clínico. Pensar no que está em jogo, no que se revela singular na fala ou na sua ausência quando trabalhamos com crianças pode ser a tônica que vai reger nossos atendimentos, o acorde a cujo apelo outros responderão.

Um apelo... é preciso supô-lo. É preciso, ainda, responder a ele. É disso que tratam os trabalhos dos psicanalistas Jean Bergès e Gabriel Balbo; da importância de a mãe supor demanda²¹ na criança, de formular essa hipótese e atribuí-la a seu filho, de endereçar a ele significantes supondo que ali há um sujeito que desde muito pequeno, desde sempre, constitui um o(O)tro para ela. Para tais autores “na clínica, os fracassos de aprendizagens não podem ser corretamente abordados se não levam em conta os desvios do transitivismo” (2002, p.12). De que transitivismo estão falando?

Em *Jogo de posições da mãe e da criança*, Bergès & Balbo (2002) definem transitivismo como uma espécie caminho que vai permitir uma troca de experiências.

O transitivismo não é somente o que a mãe experiencia e demonstra, é também este processo que ela introduz quando se dirige a seu filho, quando faz a hipótese de um saber nele, saber em torno do qual seu apelo vai circular, como em torno de uma polia, para a ela retornar sob a forma de uma demanda; demanda que supõe ser a de uma identificação de seu filho que ela lhe dirige. Essa circulação descreve um processo muito geral que tem relação com o acesso ao simbólico. (p. 10)

²¹ É importante definir o que entendemos por este termo – demanda – para que ele não se torne mais um chavão na Fonoaudiologia: "Demandar concerne ao saber, mais exatamente, a mandar alguém para saber, de fazer saber (de mander): fazer saber, notificar, para ter uma resposta junto a alguém. O saber está, portanto, na origem da demanda. É que, em uma demanda, há quem sabe e quem não sabe, o que quer dizer que a demanda supõe ao menos dois sujeitos em presença". (Bergès e Balbo, 2002, p. 72)

Há um transitivismo necessário para permitir que a criança tenha acesso à experiência. O transitivismo pode ser considerado um “golpe de força” (2002, p.10), uma vez que a mãe, ou quem se encarrega desse bebê, força essa criança a integrar-se ao simbólico: “essa forçagem transitivista antecipa e condiciona o que em seguida impele a criança a entrar, por bem ou por mal, no campo da fala e da linguagem e, enfim, no campo da linguagem escrita.” (2002, p.11)

Penso que a noção de transitivismo permite uma interpretação do termo captura empregado por De Lemos, já que possibilita ao clínico que se dedica a crianças pensar o que falha nesse **vir a ser** que está em jogo sempre que nos deparamos com a constituição de um falante. Compreender que é impossível pensar na relação entre a criança e sua mãe como uma relação desigual, de “ensinagem”, na qual um indivíduo falante iria ensinar seu pequeno filho:

poder-se-ia observar que isso reduz a quase nada a idéia de que poderia existir na origem um pensamento ou um discurso sem sujeito, e que o sujeito viria em seguida. A partir do momento em que há relação de um sujeito a outro, isto é, que se institui uma relação entre a mãe e o filho, não é concebível pensar essa relação fora da existência de um sujeito; esse sujeito existe de saída! (Bergès e Balbo, 2003, p. 123)

No texto *Do Corpo à Letra*, publicado no Brasil em 2004, encontro a palavra **recapturar**²². Bergès e Balbo afirmam que, ao contrário dos adultos, as crianças são comandadas e, portanto, têm a chance de chegar ao analista e, na análise,

quando se toma o exemplo da criança disfásica, isso não é somente interessar-se por uma patologia da qual ninguém se ocupa; é interessar-se todo o tempo pelo que se passa numa cura. São as palavras que não vêm mais, ou que vêm aí, mas que não se dizem, que tornam a partir. São os lapsos ou as palavras que partem e que vocês não chegam a **recapturar**. (2004, p. 171)

Será que na clínica fonoaudiológica com crianças que não falam tratamos disso, de recapturar o que escapou? Será que esta é a fantasia da Fonoaudiologia: achar que pode recapturar o que, na fala da criança, esses psicanalistas apontam como o que não vem, ou vem e não se diz?

²² Tradução de Angela Vorcaro, revisão de Viviane Veras.

Recapturar só é possível quando nos permitimos escutar o silêncio dessas crianças encontrando ali uma fala emudecida, um leque fechado no qual supomos que há um sujeito. Essa suposição sustenta-se numa relação de transferência entre o terapeuta e a criança; numa ilusão que, tomada numa relação de transferência, sustenta a criança e o fonoaudiólogo numa cena em que um gesto se faz possível. “Uma criança que percebe que o analista faz a hipótese de uma demanda nela, já está na transferência”, afirmam Bergès & Balbo (2003, p. 128) em relação à análise com crianças. Minha hipótese é a de que também na clínica fonoaudiológica é a transferência que sustenta a possibilidade de essa criança vir a ser falante num outro tempo.

Na simpatia do peixe que minha avó me ensinou, outro deve colocar um peixe vivo na língua da criança. Esse outro, para fazer isso, supõe que há, na criança, uma possibilidade de falar, de responder a esse gesto, a esse imperativo. Ele sabe também que a mãe não pode fazê-lo, por algum motivo que desconhece. Recapturar seria, assim, o gesto realizado por esse outro ao colocar o peixe na boca da criança fazendo a língua se movimentar e a criança falar.

Por que uma mãe não poderia fazer isso? Aprendemos com Bergès & Balbo que essa resposta não teremos: “O que torna a mãe incompetente para fazer a hipótese de que a criança pode fazer uma hipótese? Isto é enigmático” (2003, p.130)

Um pai me perguntou na clínica sobre o motivo pelo qual seu filho não falava; não há forçagem, é a resposta. Esse menino brinca sozinho, calado. A mãe, ao seu lado, também cala. O pai me enche de perguntas. Logo, cada um na sua angústia, no seu sofrimento e o menino permanece sozinho. Quase ensinei a eles a simpatia, mas lembrei-me da sua condição: quem coloca o peixe vivo deve ser outro... E como explicar essa condição... além do fato de propor uma simpatia numa clínica?

Voltemos ao que problematizamos de início – as renomeações – e vemos que tomar a linguagem como constitutiva impede-nos de falar em desenvolvimento, desordem, distúrbio,

atraso, retardo. A linguagem não se fragmenta. A fala pode se atrasar. A língua pode tropeçar. A linguagem introduz a falha e a falta, e nenhuma técnica nos ensinou como desempará-la.

Entrar no mundo da linguagem é subjetivar-se. Uma criança que não fala exige de nós uma atuação ética, no sentido de sabermos que, muitas vezes, estamos diante de um impasse: o vir-a-ser de uma criança. Apostamos que é no que se apresenta de singular em cada caso que podemos recapturar essa nota ausente e tocar, de ouvido, a língua dessa criança, num tempo e num ritmo que se improvisa.

2. 6 Silêncios

*ainda ontem
convidei um amigo
para ficar em silêncio
comigo*

*ele veio
meio a esmo
praticamente não disse nada
e ficou por isso mesmo
(Paulo Leminski)*

*O silêncio que sucede ao golpe em relação ao qual a criança nada manifesta acha-se pontuado pela fala da mãe, pontuação que dá sentido ao silêncio, limita-o, e, pelo contraponto que constitui, dá sentido também ao escrito doloroso que espera se exprimir, espera ser lido a plena voz.
(Bergès e Balbo).*

Bergès e Balbo já nos ensinaram da necessidade de a mãe, desde o início, supor que o filho lhe faz uma demanda; supor uma resposta a qualquer movimento que o bebê faça. Esse é, para eles, o transitivismo necessário para inserir a criança no campo do simbólico. Também já sublinhamos que, para Lacan, o outro fala porque procura justamente uma resposta, mesmo se ela for o silêncio. O silêncio tem, então, estatuto de demanda e de resposta. É então demanda e resposta. É o momento inaugural dessa criança na linguagem, pede e também é resposta. A minha aposta clínica é que a de é preciso escutar e responder aos silêncios de uma criança para haver movimentos, (com)passos no silêncio.

Mas, o que é silêncio?

Orlandi publicou um livro, em 1992, intitulado *As formas do Silêncio*. Ele consta das referências bibliográficas de minha dissertação de mestrado e, naquele momento, o que fez ressonância é que essa autora afirmava algo que, até então, era inédito no discurso da Fonoaudiologia:

quando dizemos que há silêncio nas palavras, estamos dizendo que: elas são atravessadas de silêncio; elas produzem silêncio; o silêncio fala por elas; elas silenciam (1992, p.14). O silêncio é assim a "respiração" (o fôlego) da significação; um lugar de recuo necessário para que se possa significar, para que o sentido faça sentido (1992, p.13).

Esta autora trata do silêncio das palavras, silêncio que também é fundador de significações. Minha questão incide nos silêncios nas crianças, no silêncio que também é fundante, no sentido que se refere a uma questão de subjetividade: o silêncio como convocação e/ou resposta a um o(O)utro.

Um encontro feliz em 2005 traz-me às mãos um livro de entrevistas publicado pela fonoaudióloga Andréa Bomfim Perdigão. *Sobre o Silêncio* reúne depoimentos de pessoas com trabalhos reconhecidos em diversas áreas a respeito desse tema. Parece-me uma boa oportunidade de colocar em uma progressão harmônica o que se diz do silêncio. Do que se diz destaco o que considero importante para refletirmos e avançarmos na compreensão do silêncio na clínica fonoaudiológica:

Marcelo Gleiser explica que o silêncio absoluto só existiria no espaço, porque nele não há meio material para o som se propagar. Para o físico, som e silêncio são conceitos complementares, silêncio é ausência de som, um não se define sem o outro.

O silêncio é o não-som, o vazio é o não-ser. A luz é não sombra. Então, a questão para mim não é se existem vários níveis de silêncio, mas que silêncio e som formam um todo... Então silêncio e som são a mesma coisa... Existe todo um oceano de sons inaudíveis, não porque são muito "baixos", mas porque nossos ouvidos não podem captar as suas frequências. Ao sentirmos o silêncio nos isolamos dessas perturbações, ao menos aos níveis do que nossa audição pode captar .(p. 143)

Em seguida, Gleiser também menciona a questão da música: “as pessoas que realmente entendem de música sempre falam que uma das coisas mais fundamentais dela é justamente o silêncio entre as notas, e que os grandes compositores sabem explorar justamente isso, a importância do silêncio na composição” (p. 146). É importante ressaltar que ao destacar a relação dialética som-silêncio, o físico aponta a necessidade do outro para definir o silêncio; que, de certa forma, som é silêncio, não-som é não ser. Nessa dupla negação podemos ler que: silêncio=som, não silêncio=não ser e, portanto, silêncio=ser.

Ferreira Gullar, poeta e crítico de arte, também se vale das negativas e jogos de contrários para lidar com o silêncio. Na sua mais completa tradução,

o contrário da fala é o silêncio e o contrário do formulado é o silêncio. O que ainda não foi dito. Logo, é silêncio... Então, nesse sentido, o inaudito é silêncio. Na verdade a origem da fala é o próprio silêncio. O que a fala diz é aquilo que o silêncio não diz. Então se poderia dizer que a fala seria a transformação do silêncio em expressão. (2005, p. 84, grito meu²³)

Gullar sabiamente coloca algo precioso ao nos remeter, certamente sem saber, ao que fazemos na clínica: escutar fala no silêncio.

Arnaldo Antunes traz o belíssimo depoimento do músico e poeta a começar por sua definição plural de silêncio, “desde o silêncio carregado de significado, em que numa dada situação, calar faz o mesmo sentido que um discurso, até o silêncio vazio de sentido, que é a ausência de som...você pode pensá-lo como intervalo, o silêncio entre sons.” (p.127). Na sua fala, entremeiam-se também o silêncio e os bebês. Acha graça nos nenéns que ficam excitados no ambiente mais silencioso e dormem serenos em meio a grande balbúrdia, contrariando o que

²³ Deixo aqui o registro que dá ao “erro” de digitação o valor de ato falho.

acontece aos adultos. “É que, dentro da barriga, eles devem ouvir muita coisa, não só os sons internos do organismo, mas os que vêm do lado de fora também” (p. 128).

Quando em suas falas surge a música, ela “pode funcionar como o silêncio... é no silêncio que a música ecoa, reverbera” (p.129). E o silêncio vem ainda pontuar sua fala:

Do berro ao sussurro há graus de silêncio... então tem esse fluxo: saber ouvir em silêncio e saber falar na hora que você tem que falar. Acho que o uso do silêncio tem muito a ver com essas duas idéias: com a adequação de como usar, e com a precisão de saber o momento em que você tem que avançar . A forma como você se coloca e o momento; o próprio equilíbrio de quando você pára e quando você é agente. (p.131)

Penso que Antunes consegue traduzir o meu próprio movimento dentro da prática clínica: saber a hora de também silenciar, pois é fundamental sustentar um vazio para que o som do outro – dessas crianças – se faça ouvir.

Beatriz Novaes trabalha com crianças surdas, e o que essa fonoaudióloga afirma em seguida sobre a articulação fala-silêncio parece estar em consonância com o equilíbrio nos usos do silêncio da fala do poeta. Ela afirma que o silêncio (!) é fundamental na sua atuação clínica, pois

quando adaptamos um aparelho de amplificação sonora numa criança deficiente auditiva, apesar dele ser muito sofisticado, o seu microfone capta tudo, sem distinção nenhuma, ou seja, tanto a fala a ser compreendida quanto os barulhos de fundo...antigamente se falava muito em estimulação de linguagem, e a orientação era no sentido de que as mães falassem sempre com a criança. Mas se uma mãe falar sem parar e não houver silêncio a conversa também não tem destaque e passa a ser fundo.Então hoje nós enfatizamos o diálogo; ou seja, você tem de falar, mas também tem de ficar em silêncio. O silêncio, no diálogo, significa que é a vez do outro. (pp.166, 167).

Novaes enfatiza o papel do silêncio num espaço clínico onde tradicionalmente ele era proibido. Recordo-me dos atendimentos de crianças nos programas de estimulação auditiva, ainda como estudante de Fonoaudiologia: nossa sessão fazia sucesso... quanto mais sonora e ruidosa ela fosse. Importante assinalar que nesse espaço o silêncio também se fez ouvir, visto que Novaes, ao finalizar seu depoimento, fala de casos nos quais as crianças não conseguem

ouvir determinadas frequências, não escutando, por exemplo, os sons sibilantes: “numa palavra que tenha o som do "s", no lugar dele fica um buraco, que é silêncio. Mas se ela (a criança) ouviu o resto dessa sentença, onde grande parte dos sons era audível, ela conclui que tal silêncio só pode ser um "s". (p. 172). Esse silêncio que ressoa, toca e determina um sentido, lembrando a função do silêncio na música de John Cage.

Gilberto Safra faz uma pontuação interessante ao abordar o silêncio – necessário – do terapeuta. Para o psicanalista, “a grande comunicação está no silêncio” (p. 114). Comentando seu trabalho de professor e supervisor com aqueles que estão iniciando seu trabalho na clínica observa que

o terapeuta, de forma geral, acredita que vai ajudar o seu paciente se ele fizer alguma coisa por ele: "Eu vou ter que falar algo" ou "Eu vou ter que interpretar". E se não fala algo ou não interpreta, acha que não está sendo terapeuta. Essas pessoas, que foram constituídas no ruído e que não conhecem o silêncio, buscam um processo que, se for uma terapia ruidosa, em que o terapeuta vai tagarelar interpretações, na verdade, estarão sendo jogadas num outro tipo de sofrimento, e penso, que isso é um desastre. (p. 120)

Safra assinala a necessidade do terapeuta falando de uma clínica que não é a nossa. Ora, se nessa clínica é difícil sustentar o silêncio, na clínica fonoaudiológica, eu diria, é praticamente proibido. Escrevi, num momento anterior desta tese que “temos a ilusão de que se aprende a falar, falando”. Penso que no nosso trabalho com crianças dar passos em silêncios é fundamental. Sustentar a pausa, o outro ritmo, ouvir sussurros, não ouvir, é imprescindível. Alguém que não seja a mãe deve colocar o peixe na língua da criança e provocar um movimento e, como afirma Flo Menezes, “a primeira constatação acerca do fenômeno acústico e da existência dos sons diz respeito a esta dupla lei inexorável: sem movimento não pode haver som, e todo movimento produz som” (2004, p. 19). No final do livro de entrevistas, Perdigão afirma também algo fundamental: “Permitir o silêncio implica em aceitar um fluxo vital que nem sempre dominamos.

È como emprestar o próprio corpo para a vinda de um ser novo. Hospedar o silêncio, é gestar um rumo e um tempo desconhecidos.” (2005, p. 217).

Será possível afirmar que compassos no silêncio são, então, improvisações da/na fala?

Busco na literatura musical uma metáfora que me ajude a responder e a sustentar algo fundamental na clínica fonoaudiológica com crianças que apresentam uma aquisição de fala "descompassada", portadoras de silêncios: “não existe silêncio, sempre está acontecendo alguma coisa que produz som”.(CAGE, 1961, p. 8)

Schaffer, compositor e músico canadense, descreve em *A afinação do mundo* a paisagem sonora através dos tempos. Dedicar um capítulo ao silêncio, no qual narra que no passado havia santuários “emudecidos” para que as pessoas pudessem recompor sua psique: "Mesmo no coração das cidades havia as escuras e silenciosas abóbadas das igrejas e bibliotecas, ou a a privacidade das salas de visitas e do quarto de dormir" (2001,p.352). O homem moderno, para ele, evita o silêncio para nutrir sua fantasia de vida eterna: “o silêncio, para o homem ocidental, equivale à interrupção da comunicação. Se alguém não tem nada para dizer, o outro falará. Daí a garrulice da vida moderna... a contemplação do silêncio absoluto tem-se tornado negativa e aterradora para o homem ocidental.” (2001, p. 355)

Para Menezes, compositor brasileiro, o silêncio deve ser traduzido como um fenômeno essencialmente humano, uma vez que está relacionado “quer seja às nossas limitações fisiológicas na percepção dos sons, quer seja a seu caráter estrutural na música, enquanto censura ou pausa de alguma idéia musical num dado contexto da composição” (2004, p. 19). Para esse autor, a duração é o único entre os atributos sonoros a resistir à ausência de som:

no silêncio, já não existe altura nem amplitude, quanto menos timbre, mas a duração se faz aí, de toda forma, presente, fato que levou Cage a afirmar já em 1948, em sua conferência *Defense of Satie*, que a duração, ou seja, a duração temporal, constitui o aspecto mais fundamental do fenômeno sonoro. (2004, p. 175)

O que quero dizer com tudo isso? Que temos – e lemos – diferentes posições e definições a respeito do silêncio, mas que todas apontam a impossibilidade de separar som de silêncio. Na música aprendemos que a duração é o elemento que se mantém no silêncio. Ele – a duração – faz emergir o movimento e o sentido, que depende um tanto do instrumento, um tanto do intérprete, um tanto do compositor. É esse silêncio que se sustenta num tempo outro, também na música, que provoca/mexe/angustia a platéia (ouvinte) e torna música os sons que o silêncio provocou.

Retorno à clínica e penso, com Vorcaro, que o que

assegura o traço identificatório do sujeito à língua é o *canto* da fala. Trata-se da música da linguagem maternante, regida por uma relação calculada e ordenada, que não chega a ter voz, mas que veicula um apelo, por seu andamento. Esse andamento na fala seria dado pelo registro do compasso materno imprimido no organismo da criança (2005, p. 124).

A fantasia do fonoaudiólogo será esta: a de que seremos capazes de improvisar (com)passos em silêncios?

Capítulo 3

A Clínica Fonoaudiológica: efeitos dos RESTOs de fala

Um paciente adulto me entrega uma fita cassete: uma reprodução de um diálogo entre seu pai e ele quando tinha 5 anos. Essa fita, num primeiro momento, é arquivada. É a esse arquivo que retorno para dar início a esta passagem pela clínica, para a qual trago o relato desse atendimento que me fez e me faz pensar muito sobre o processo de aquisição de linguagem de uma criança observado a partir de um paciente adulto. Esse caso tem como questão central o fato de ser um resto; um resto que permanece de criança, um resto que permanece de o(O)utro; um resto que permanece na fala e no corpo; um resto que me foi entregue e me faz estar aqui tentando escrever, elaborar e reelaborar uma prática clínica. Esse resto diz de uma falta, de um fracasso, de um não saber e, por que não, de um limite entre clínicas.

Carregar essa fita; ser dela um portador precisa fazer sentido. Tomar esse relato de “caso” como inaugural deste trabalho com crianças é uma tomada de decisão lenta e importante. A fita também me colocou em descompasso, uma vez que ela está comigo há 5 anos e o gesto de recebê-la ainda se encena no presente, e vai me levar a abordar a aquisição descompassada da fala da criança partindo um atendimento clínico com um adulto.

A questão que se faz Vorcaro (2000, p. 136) ressoa aqui: “Por que meios a singularidade poderia ser surpreendida e acolhida? Enfim, como interrogar a experiência de deslocar questões para que a consideração do detalhe do caso sirva à reelaboração do saber clínico?” A escrita deste capítulo é uma resposta a esse gesto de doação da fita, o gesto de Eduardo.

3.1 O caso “*No que narrei, o senhor talvez até ache mais do que eu, a minha verdade*”¹

Trazer para o tempo presente um caso antigo é trabalhar com a memória² do clínico – com o que a memória permite dizer. É também Riobaldo que nos diz que “*os fatos passados obedecem à gente: os em vir, também.*”

Eduardo é um jovem de 23 anos que me procura por sua dificuldade em arrumar emprego; dificuldade que atribui à sua fala. “Eu não consigo... eu gaguejo”. Passa as três primeiras sessões falando do quanto falar é difícil (!). De início, o que faço é ajudá-lo a escutar-se, a perceber esse paradoxo trazido na sua queixa. Um gesto marca esse início de trabalho: ele me entrega a reprodução de uma fita de quando tinha 5 anos e seu pai ensinava-o a falar direito.

Transcrever essa fita tem seus limites: é impossível descrever a voz dos interlocutores³. E o som, aqui, carrega um sentido que, com certeza, produziu marcas nessa pequena criança.

Participam da gravação apenas o pai (P.) e o filho (F.) e temos o seguinte início:

P. Atenção, atenção. Quem está falando agora é o repórter vilão. Eu tenho um filho que ele se chama Roberto Menescal. Esse aqui eu não conheço, onde ele mora? Ele fala direitinho. Vai falar bonitinho. Vai, engole o cuspe e agora vai falar “Boa noite, Brasil!”.

F. Boa noite Basil!

P. O senhor vai bem?

F. Vou.

¹ Palavras de Guimarães Rosa no seu *Grande Sertão Veredas*, p. 454.

² Ângela Vorcaro acrescenta, ao ler a primeira versão deste capítulo: “O que, a despeito do transcurso do tempo, ressoa, ecoa, indicia o traço do caso: testemunho da incidência de um sujeito”.

³ Refiro-me à voz do pai que soa forte, impositiva, contrastando com a do menino, que vai fragilizando-se, diminuindo, no decorrer da fita. A voz do pai soa a meus ouvidos violenta e sarcástica.

Nesse trecho inicial, aparece o pai que se intitula “repórter vilão” e determina que a criança engula o cuspe para poder falar *bonitinho* e *direitinho*. A criança parece responder à ordem do pai, pois repete o que ele manda de forma clara e inteligível. O pai percebia, talvez, “um excesso a ser engolido” e manda o garoto engolir e depois falar.⁴

O diálogo prossegue:

P. O que o seu papai faz de noite?

F. Isso.

P. O que é isso?

F. É fador.⁵

P. De noite ele faz gravações. E o que ele faz de dia?

F. Cocô.

P. Ah! Ele é cagão?

F. Não.

P. Que que ele faz de noite?

F. Isso.

P. E de dia?

F. Nada.

P. Ah! Ele é um bom vilã? Ele não faz nada. E o que faz a sua mãe de noite?

F. Nada.

P. E o que faz sua mãe de dia?

F. Nada.

P. Então ela não faz nada. Ela é uma patinha? Só nada.

⁴ Pergunto: será que é isso que ele procura aprender a fazer nas tantas terapias que procurou? Engolir para falar *bonitinho*?

⁵ Outra observação de Ângela Vorcaro: fador, faz dor?

F. É.

P. É.

Nesse segmento, o pai comete um erro (um ato falho?) e troca *vivant* por vilã, ao dizer-se “um bom vilã”. É interessante voltar ao início da gravação e perceber que o significante vilão insiste na fala do pai, e lembremos que o significado dessa palavra nos remete ao homem (e à mulher) mau das histórias infantis...

A criança responde às indagações de seu interlocutor chegando a fazer uso da ironia ao responder que o pai, de dia, faz cocô. Em supervisão com a psicanalista Ângela Vorcaro, pensamos nisto que eu – a terapeuta – nomeava *ironia* como uma possível angústia causando/provocando uma desistência do falar, ou da própria relação estabelecida ali entre ele e o pai. Há, também, uma complementaridade entre os dois em relação ao fato de a mãe não fazer nada e, nesse momento, aparece a única vez na qual o pai é especular ao filho, repetindo “é” quando concorda que a mãe é uma patinha.⁶ Aqui, as palavras nos fazem pensar, pois há deslizamentos interessantes: vilão, empregado inicialmente no masculino, passa para o feminino no mesmo segmento no qual o pai pergunta ao filho o que a mãe faz à noite. O pai de dia faz cocô, e à noite *fador* (faz dor?); a mãe não faz nada de dia ou de noite.

O diálogo prossegue com o pai perguntando ao filho o que ele faz durante a semana:

P. Ah... e o que você faz na segunda?

F. Teapia.

P. Por que você faz terapia?

⁶ É importante pensar na condição dada à mãe pelos dois: a que faz nada durante o dia e a noite, portanto, ela é uma patinha... Logo, a mãe é tirada da sua condição de humana: é uma pata, só nada. Pergunto: como ser sujeito no discurso do filho? Lembremos: pata não fala.

F. Teapia.

P. Na pia? O que você faz na pia?

F. Terapia! (gritando)

“Teapia”, diz a criança; e o pai retoma deslocando para *...na pia?*. É importante notar que o pai não procede como um adulto na sua relação com a fala da criança, interpretando, ressignificando, restringindo o sentido. Ao contrário, o pai fala empurrando as palavras para a zona de equívocidade, jogando todo o tempo com a homonímia.⁷

P. Que terapia você faz?

F. Fono, Fenanda, Ana Maria.

P. E ???

F. Nete.

P. O que você aprende com a sua tia Bete? Posição de língua? O que mais?

F. Binca.

P. Você brinca com ela? Você não fala?⁸

F. Falo.

P. Você está falando direitinho, já? Por que você não abre a boca e fala direito?⁹

(Alguns minutos de silêncio)

P. Canta uma música pra mim ouvir.

P. Essa música vai ser mandada pra Israel (aumenta o tom de voz), vem cá!

Silêncio

⁷ Homonímia: “A uma mesma realidade fônica podem corresponder significações radicalmente diferentes”. Ver Dicionário Enciclopédico das Ciências da Linguagem – O. Ducrot e T. Todorov, 2001, p. 222.

⁸ O pai parece anular o trabalho da fonoaudióloga tomando para si a tarefa de "ensinar" ao filho uma boa articulação.

⁹ Outra lição do pai para o filho: abrir a boca e falar direito.

P. Um pouquinho.

F. Naum.

P. Muito pouquinho.

F. Naum.

P. O que mais?

F. Eu não vô fala com você e...

P. (interrompendo) Fala! Eu que tô falando com você não falo nada ainda. Agora você vai falar!

F. Pai, Paiê! Agora eu não falo, se eu falo já se falou.

P. Eu falei com você aonde?

F. Aquela vez no cine cine cine com o meninu.

P. Tinha dois aninhos.

F. É?

P. É.

F. Não falei?

P. Você já falava. Você falava por onde?

F. Eu vou fa u, vou fa u igofone i vo fala um poco, naum é, naum é assim.

P. Era sem microfone.

F. Ah!

Podemos observar uma questão fundamental: o pai toma para si o papel de “terapeuta da fala” e dá “aulas” para o filho (essa fita é a gravação de uma delas), durante a qual ensina truques para que ele tenha uma boa dicção: abrir a boca, engolir o cuspe. Quanto à fonoaudióloga que só brinca, para o pai, isso não é trabalho. O garoto até tenta, nesse momento, argumentar que ele fala nas sessões de fonoterapia, mas o pai não pode escutá-lo.

Nesse momento, o silêncio fala. Parece que o grito do filho, pela primeira vez, quebra a “aula” do pai e ele muda a direção da sua fala, pedindo para o menino cantar e, mais uma vez, a

criança diz não. Começa, a partir daí, a aparecer a disfluência, quebrando o ritmo da fala dessa criança. Será que gaguejar é o gesto, a nota que Eduardo introduz na sua música? Será o gaguejar a nota improvisada que faz com que a música seja tocada? Penso que sim, e minha hipótese é a de que as terapias fonoaudiológicas fracassaram na tentativa de “eliminar” da fala de Eduardo o sintoma que o constitui.

Quando o pai insiste e diz que o garoto ainda não falou nada (!), o filho responde *Se eu fala já se falou ...* Essa superposição de tempos e pessoas verbais causa um estranhamento que pode ser remetido, a despeito das diferenças literárias, a um trabalho de Alfredo Jerusalinsky; trabalho em que retoma a letra de Chico Buarque na música João e Maria (“Agora eu era o herói... agora a gente já não tinha medo... agora era fatal que o faz de conta terminasse assim”). O autor afirma que se trata de “um agora que não é presente, mas sim futuro: que lança, portanto, o presente, o ser, ao era do passado infinito” (A.JERUSALINSKY, 1994, p.51).

Para poder dizer ao pai que não quer falar com ele, Eduardo introduz uma condicional – *se eu falo, já se falou* – na qual a fala já aconteceu. Podemos supor que a fala do agora já se falou... A fita e as aulas ele carrega para um futuro.

O pai, surdo para a fala do filho, pergunta por onde o filho falava. Mais uma vez o filho responde em outro tempo, no futuro – *eu vou fa u, vo fa u igofone...* Para nossa surpresa, o pai responde “era sem microfone”, invocando um passado. Essa confusão entre os tempos verbais usados pelos dois escancara que não habitam um mesmo tempo. Talvez essa seja a confusão que fica na cabeça de Eduardo até hoje e, também por isso, faz com que esteja no presente procurando entender o passado, trazendo para mim aquele garoto da fita, ou o que restou dele. Eduardo está à procura de seu tempo...

No final da fita, a disfluência do filho é total:

(Eles estão conversando sobre um lugar aonde o filho tinha ido naquela tarde)

P. Com quem você foi?

F. Com minha tia.

P. E depois onde você foi?

F. No... no...

P. No?

F. No... no...

P. Treze. O que você fez lá em cima?

F. Eu naum, eu, eu olho, olho olho olho...

P. O que aconteceu lá em cima?

F. Falaaa.

P. O que aconteceu lá em cima? Me conta, conta. O que aconteceu lá em cima?

F. Um dois três, quato, cinco, sei, sete, oito, nove, deis, onde, deiz, onzi, dozi, tezi.¹⁰

Nesse momento a minha cópia é interrompida.

Ele nunca quis ouvir essa fita comigo.

Estamos no final do ano e tivemos mais dois encontros. Ele gagueja muito pouco, porém os movimentos corporais praticamente cessam. Entramos de férias. Ele arranja um emprego e me manda um *e-mail*, que reproduzo aqui:

¹⁰ Aqui há novamente a homonímia gerando equívoco. Seus efeitos aparecem na fala da criança, que não escuta o que o pai havia perguntado “*o que aconteceu lá em cima?*”, o que excluiria a resposta pela contagem.

15/01

Boa noite!

Estou escrevendo pois por enquanto estou impossibilitado de cumprir nosso acordo, pois a jornada de trabalho na empresa que estou atuando é das 9 às 18h.

Assim que for **impossível**, retornarei as consultas pois sei que são importantes (embora seja difícil admitir). Naturalmente sei que não é agradável interromper o serviço através de uma mensagem eletrônica e peço desculpas.

Ao “transportar” esse e-mail para este texto, escrevo **impossível**, tomando para mim – a fonoaudióloga – essa impossibilidade de atendê-lo. Há, aqui, uma repetição. A terapeuta repete a interrupção provocada pelo pai?¹¹ Escrevendo este parágrafo, assusto-me também com a interrupção que essa constatação produz neste trabalho. Ao e-mail de Eduardo, respondo dizendo que poderia atendê-lo às 19h, depois do expediente. Ele me envia outra mensagem, que agora tomo todo o cuidado em reproduzir:

Boa noite!

Embora tenha sido deselegante de minha parte ter cancelado o tratamento por email, creio que seja mais fácil para lidar com a despedida. Embora perceba momentos que minha fala não está fluente, há outros que ela se torna compreensível, natural.

Importa destacar que dessa despedida via e-mail fica também um resto; um resto guardado não numa fita cassete, mas em uma caixa de disquetes. Com esses restos, muitas questões surgidas nesse breve atendimento clínico ficaram comigo. Trago para este texto aquelas que consigo elaborar:

3. 2 A questão do sintoma

Mire veja: o que é ruim, dentro da gente, a gente perverte sempre por arredar mais de si. Para isso é que o muito se fala? (Riobaldo, Grande Sertão Veredas, p. 33)

¹¹ Escrevo isso e me assusto!

Como alguém podia gaguejar tanto! Havia na fala de Eduardo um excesso que me tomava de surpresa, a despeito da vivência clínica com falas descompassadas.

Meu primeiro relato desse caso levantava a hipótese seguinte: talvez essa gagueira tivesse possibilitado a Eduardo a saída de uma possível psicose. Buscava, então, uma sustentação nas observações de A. Jerusalinsky (2004) sobre a ecolalia, apresentada pelo autor como “uma tentativa extrema de constituir alguma borda que venha a servir de referência” (p.117). A gagueira poderia ser, então, a tentativa de construir uma borda.

Nesta reescrita, penso que talvez esse menino tenha precisado gaguejar com o próprio corpo; esse descontrole podia constituir a resposta possível para criar alguma defesa/resistência ao discurso imperativo daquele pai que pregava que o corpo deveria ser controlado para ele falar direito. Para compreender a chegada, a saída e o resto que Eduardo deixou comigo, permito-me pressupor que o corpo foi o instrumento que Eduardo elegeu para tocar a sua música. Nas poucas sessões que tivemos, não me autorizei a falar sobre isso com ele. Na época, a meu ver, a única intervenção possível a partir da clínica fonoaudiológica foi mostrar a contradição que ele enfrentava achando que sua fala não era compreendida; que ela o impedia de “progredir”. Enquanto isso, ele me contava que estava acabando seu curso de pós, fazendo entrevistas para emprego, falando, falando... Essa foi uma pontuação possível: ajudá-lo a escutar-se, pontuando que ele havia crescido, aprendera a ler, terminara a graduação... tudo isso, falando!

Se ele se curou? Não sei.

Para falarmos em cura, devemos pensar como concebemos os sintomas **da (na)** linguagem. O **DA** linguagem remete-nos a uma Clínica Fonoaudiológica determinada por um discurso médico em que o sintoma é sinal da doença, é um sinal observável na fala – as trocas fonéticas/fonológicas apresentadas pelo menino da fita – e a cura seria a supressão das falhas obtida por meio da aplicação de técnicas impostas pelo terapeuta. Nessa concepção, o terapeuta atuaria pensando, talvez como o pai, que alguns movimentos devem ser feitos/ treinados no

corpo/língua/boca desse menino para que ele consiga uma boa articulação, negando qualquer relação entre o corpo, a fala e o (O)utro.

Pensar a questão NA linguagem requer outra posição em relação à clínica. A preposição dirige-nos a um acontecimento que ocorre em, a um reconhecimento de que “os distúrbios da linguagem testemunham o rastro de um sujeito na singularidade da sua inscrição no laço discursivo” (VORCARO, 1999, p.122). Requer também o reconhecimento de que a fala carrega desejo, censura, enfim, enigmas que talvez subvertam a ordem do que seja falar bem para a Fonoaudiologia. Por isso, pensar em cura pode ser tão difícil em alguns casos porque subverte o conceito de que “dar alta” é possível quando há a supressão das falhas que uma fala apresenta.

O nó que este caso traz para a Fonoaudiologia é justamente o de fazer repensar o que chamamos de “alta”, uma vez que podemos correr o risco de fazer uma leitura simplista e reducionista em nossa atuação; o risco de pensar, com Eduardo, que a sua fala de hoje, adulto, é uma repetição da fala que ouvimos dele quando menino.

O **impossível**, em ato falho na transcrição do e-mail, é que me fez pensar que o *impossível* é justamente transcrever no presente aquele garoto; impossível atender o menino da fita. O menino cresceu, é um homem. O que resta daquele menino – o tempo que ele não consegue achar na sua relação com o pai e a impossibilidade de achar um presente para os dois – revela o que meu ato falho me faz entender: impossível transpor para o presente aquele garoto na clínica fonoaudiológica. Talvez esse seja um ponto que permite apontar uma grande diferença entre a clínica fonoaudiológica e a psicanalítica.

No capítulo anterior, ao abordar a questão do fantasma, trouxe o exemplo da relação de outro pai com seu filho, narrada no livro Budapeste, de Chico Buarque. O filho era o fantasma do pai. Aqui temos uma inversão: para Eduardo, o pai é seu fantasma. O impossível diz justamente disto: a clínica fonoaudiológica não tem como contemplar fantasmas; menos ainda, atravessá-los.

3.3 O saber clínico: a posição do terapeuta.

Num pique dum momento, perdi e achei minha idéia, e esbarrei. A em pé, eu conseguia a alumiação daquela desconfiança. Assim (Riobaldo, Grande Sertão Veredas)

Novamente, Riobaldo vêm ao encontro daquilo que o fonoaudiólogo conhece no seu encontro com a psicanálise: o não saber clínico, a desconfiança do que se escuta e o vazio. Somos formados pelo discurso médico e pensamos que o dado concreto – nossas práticas de avaliação de linguagem nos revelam – é mensurável, passível de ser inserido em um quadro patológico como dislalias, dispraxias e tantas outras *dis* que estudamos nesses anos todos.

Na clínica com crianças, isso se faz presente. Respondemos às questões dos pais: *é tarde para ele falar? Já era para estar falando todos os sons? Ele é mais lento?...* Tantas questões que nos remetem sempre à questão do tempo cronológico e do orgânico daquela criança. O uso de transcrições de sessões clínicas vem, muitas vezes, para documentarmos, legitimarmos o diagnóstico fonoaudiológico, que nada mais é do que uma nomeação diferente, patologizante da queixa trazida pela família. Nesse sentido é que precisamos pensar e refletir sobre os efeitos dessa prática na clínica fonoaudiológica.

Em sua tese de doutorado, Arantes (2001) defende a necessidade da transcrição como parte da avaliação de linguagem, tomando-a mesmo como uma etapa indispensável. Para a autora, a transcrição

não apaga a escuta do fonoaudiólogo e afeta a posição do terapeuta, já que ela o indaga e indaga seu modo de presença na clínica... enfim, na clínica de linguagem, a transcrição permite ler o diálogo, permite olhar a fala da criança, a do terapeuta e o jogo entre eles. Permite, acima de tudo, produzir uma avaliação de linguagem – realizar esse passo diagnóstico, no sentido de que ela permite, acima de tudo, dar direção ao tratamento. (p. 154)

Não é essa, por sua vez, a abordagem de Palladino (2003), para quem gravar ou filmar sessões terapêuticas, embora seja uma tradição no campo, alimenta uma possibilidade fantasiosa de observação linear, de uma visão total dos acontecimentos. Segundo Palladino, tornar essa observação

permanente sob um registro fidedigno é um contra-senso, na medida em que significa recusar não somente a natureza mesma do sintoma como também o caráter e a função da escuta clínica. E, para além de tudo isso, é supor que a palavra, ela tenha uma existência temporal e unívoca, que ela não exista para além de si mesma, que ela não tenha dobras e nestas dobras, outras palavras. (2003, p. 37)

Para pensar essas questões, De Lemos, em seu artigo *Corpo & Corpus*, observa que na aquisição de linguagem *corpus* designa “o conjunto de gravações e de transcrições que servem de referência para a expressão ‘fala da criança’, enfim, do que sobrou dessa fala ecoada pelos ouvidos da máquina e do investigador.” (2003, p. 21). A autora afirma, ainda, que, atualmente, em seu trabalho, a criança não aparece como um *corpus*, mas como um corpo: “não posso deixar de escutar corpo em corpus nem de reconhecer algo de um corpus em um corpo, ao reconhecer na fala da criança a linguagem inscrita ou implantada em seu corpo” (p. 22). Trazer essa questão para a Fonoaudiologia é importante, visto que também compartilhamos com De Lemos esse “mal estar provocado pela simultânea ressonância do que na fala da criança dizia de um corpo vivo e na transcrição já era um corpo morto” (DE LEMOS, 2003, p. 21).

Atrevo-me, neste momento, a perguntar se o ato de Eduardo entregar a fita simboliza ou realiza um sepultamento? Contudo, penso que essas questões só são possíveis num depois. Talvez esse efeito de escrever e reescrever um caso, de pensar o outro e ver-se (ou ler-se) nessa escrita seja um caminho para lidarmos com isso que é misterioso na clínica fonoaudiológica com crianças. Ler nossos impossíveis, como o que ocorre aqui.

De Lemos me convoca a pensar se não me perdi no *corpus* dessa fita. Eu também realizo registros sonoros das sessões. A questão que se coloca é como lidar com o registro da fala – o

registro material, sonoro – sem torná-la *corpus*? Como se pode pensar em registro nessa clínica?

Voltemos ao trabalho de Cláudia de Lemos, para retomá-lo no momento em que confessa:

Ao afirmar a possibilidade de pensar *corpus* com *corpo*, recuso-me tanto a fazer um conjunto de dados coligidos e transcritos equivaler à criança no seu vir-a-ser falante quanto a idealizar a situação *in vivo*, corpo a corpo, como a única que permite tocar a criança como “realidade” de corpo que fala. Idealização que é tanto tecnológica, por corresponder à busca da sofisticação dos equipamentos de registro em áudio e vídeo, quanto teórico-metodológica, a que se encontra em uma certa pragmática – a Teoria da Relevância, por exemplo – que, em nome da necessidade de totalização, inclui o corpo, como gestos, e a cena. (2003, p. 22)

A minha posição é a de que gravar as sessões é uma opção, não uma regra; e uma opção a ser tomada em cada caso, em cada sessão. A gravação e sua transcrição produzem efeitos clínicos e efeitos na clínica. Efeitos clínicos porque podem trazer para o fonoaudiólogo a materialidade da sua fala e a de seu paciente. Podem nos ajudar a escutar nossa insistência no encobrimento dos silêncios, nossa “verborrêia terapêutica”, nossos impossíveis (como o do e-mail...). Gravar é uma intervenção clínica, tem efeitos na relação terapêutica. Não deve ser uma norma, um recurso ou uma prova. Tem que ser perguntar por que ela é necessária naquele atendimento em particular, para que ela cumpra uma função, um sentido; os registros podem nos auxiliar até mesmo a escutar mudanças que ocorrem na fala da criança; não devem, todavia, tomar o lugar do ouvido do terapeuta. Quando tornamos obrigatórias as gravações, corremos o risco de elas ocuparem o lugar da técnica, ou melhor, que tenhamos com elas a mesma relação que a técnica toma em outros discursos da Fonoaudiologia. Há crianças que sentem um prazer imenso ao ouvirem sua voz, há outras que se surpreendem, há outras que resistem. Temos que ouvi-las; também, quando é possível, registrar suas vozes, e talvez esse saber só seja possível no particular de cada caso, na relação transferencial que estabelecemos com cada criança.

Além dos efeitos clínicos, notamos também efeitos na clínica, porque também permitem que faça eco aquilo que podemos tomar como fundamental para avançarmos na nossa produção teórica: o dado clínico. Gravar, contudo, não é única forma de registrar uma sessão. Sempre

atendo com uma folha de papel ao lado. É impossível, em muitos atendimentos, fazer anotações precisas durante as sessões, mas mantenho uma pasta/arquivo de cada paciente, na qual guardo as anotações feitas durante a sessão, anotações com as minhas impressões, hipóteses e as poucas certezas que tenho naquele dia; hipóteses que, muitas vezes, restringem-se a poucas palavras que, num momento posterior, ajudam-me a compreender o que de significativo ocorreu. Voltar a esses papéis, aos desenhos realizados pelas crianças, às fitas (quando foram usadas) é retomar um material precioso e indispensável na minha prática clínica.

Fui docente de cursos de Fonoaudiologia por 11 anos e sempre me dediquei às disciplinas práticas nas quais a tradição de um registro diário da sessão pelas alunas era obrigatório. Alguns colegas exigiam transcrições periódicas das sessões de atendimento realizadas pelas alunas. Fui uma professora extremamente exigente quanto ao registro diário e completamente displicente quanto a sua forma. Nunca consegui padronizar um relatório com meus alunos, pois o que eu percebia é que quando escreviam livremente, sem a necessidade de seguirem uma norma, conseguíamos pensar não apenas no dado clínico, mas nos movimentos que terapeuta e paciente realizavam ao longo do atendimento. Também não exigia que seguissem um planejamento fechado para cada sessão, mas isso não significava que deveriam se desimplicar do atendimento ou, também, como é bastante comum, “trabalhar de acordo com o que aparece na sessão”. Penso que, na Fonoaudiologia, diferentemente da clínica psicanalítica, temos um ponto de partida (muitas vezes, com as crianças pequenas, a queixa trazida pelos pais) e um ponto de chegada que – reconhecemos – pode variar; todavia, no caso das crianças retratadas aqui, há (tem que haver) um desejo e uma implicação nossa de que ela saia do seu silêncio.

Atendo uma menina que apresentava um atraso de fala importante; melhorou muito, mas mantém um movimento com os braços, balançando-os, o que causa uma estranheza em todos. Pelas minhas anotações, pelas repetições desses atos em determinadas situações, pude ler que eles, os movimentos, sempre aconteciam em situações de ansiedade. Durante uma sessão,

coloquei uma música e comecei a dançar, fazendo um movimento com meu corpo semelhante ao que ela apresentava, e que tanto estranhamento causava aos outros. Ela começa a imitar-me, numa brincadeira que certamente ela sabia que fazia referência a ela. Inscrever esse gesto em um ritmo fez sentido para ela, o que foi fundamental para suas relações sociais. A percepção dessa “brincadeira” só foi possível pelas inúmeras vezes que voltei aos registros desse atendimento.

A formação terapêutica vai além do dado clínico que uma transcrição nos fornece. A transcrição não nos garante que tenhamos na mão o caso e o saber. Há que se ter uma boa formação técnica que nos indique passos a seguir (uma avaliação genética, neurológica, por exemplo) bem como a percepção do movimento que se coloca em cena no atendimento clínico, no qual também somos atores e autores.

No artigo *Sobre os Pronomes Pessoais na fala da criança*, De Lemos, assinala a importância dos episódios transcritos: “(...) me servirão tanto para mostrar como os pronomes pessoais, instanciados na fala da criança, se furtam à interpretação imediata do investigador quanto para delinear as questões que, a partir disso, a ele se impõe” (2004, p. 11). Vemos que, para a autora, o registro é um recurso para pesquisar (grifo meu) os pronomes pessoais na fala da criança e, embora no âmbito da aquisição da linguagem as pesquisas sejam iluminadoras, é importante não nos identificarmos a esse papel, visto que, desse modo, nos afastamos da clínica.

No capítulo anterior, afirmamos que é numa relação transferencial que, em última análise, a clínica se sustenta. Minha interrogação se faz quando, sedentos pelo dado clínico, não saímos de cena e deixamos, mais uma vez, essa criança sozinha? Bergès e Balbo questionam o saber institucional no qual cada um insiste em seus próprios significantes: como a mãe do autista, a instituição¹² (nela incluída o psicanalista) pode ser “completamente incapaz de fazer uma hipótese que permitirá situar no grande Outro o que a constitui; outra coisa que não as

¹² “Por instituição compreendemos também o psicanalista especializado que é, ele também, uma instituição” (Bergès & Balbo, 2003, p. 174)

letras, que, aliás, não têm nada a fazer aí, não têm com o que garantir sua posição. Com efeito, o grande Outro não é o lugar do real” (2003, p. 168-169). Esse real, para nós, toma o lugar do que chamamos de “dado clínico”, dando-nos a ilusão de que apreender a voz – gravada – é garantia de uma clínica.

O pai de Eduardo talvez também tenha se perdido no seu papel ao fazer as gravações... e é esse resto que o filho deposita nas minhas mãos: a presença do pai como investigador. Acredito que

estamos sempre enredados com as questões: Como analisar o discurso lúdico-motor de uma criança? Que valores atribuir a suas manifestações? Qual a relação entre o que os pais disseram dela e o que ela manifesta? Afinal, nem as transcrições para um código em que se decidem equivalências entre manifestações da criança e sinais previstos em quadros patológicos, nem as traduções que estabelecem sentidos aleatórios (a depender da subjetividade do clínico que avalia) nos parecem suficientes. (VORCARO, 2003, p. 268)

Neste percurso, Riobaldo vem, mais uma vez, ao nosso auxílio. Com ele, encerramos: *“Sei de mim? Cumpro... O diabo não há! É o que eu digo, se for... Existe é homem humano. Travessia”*. (Grande Sertão Veredas, p. 460)

Capítulo 4

Os (a)casos

Em todo caso, os leitores podem ficar certos de que só estou relatando o que surgiu como experiência independente, não influenciada pela minha expectativa. De forma que nada mais restou senão recordar a sábia sentença de que há mais coisas no céu e na terra do que sonha a nossa filosofia. Qualquer um que pudesse conseguir eliminar ainda mais completamente as suas convicções preexistentes, descobriria, sem dúvida, ainda mais, coisas como estas.

(Freud, O Homem dos Lobos)

Talvez o que a história da palavra "construir" nos ensina deva aqui ser indicado: construir: amontoar, empilhar por camadas ordenadas. Reconstruir: encontrar uma realidade desaparecida.

(Bergès e Balbo, Jogo de Posições da Mãe e da Criança)

Relatar casos é trabalhar também com aquilo que nossa memória registrou, ou seja, o caso se constrói a partir do que a memória do terapeuta permitiu relatar. É importante que isso também não se perca, que disso também não deixemos de nos ocupar. Penso que os “casos” que relatamos na clínica fonoaudiológica não podem ter como objetivo explicitar uma técnica, um diário de bordo, a partir do qual atuamos como meros “navegantes” cuja rota está delineada, pois a clínica nos surpreende sempre pelo inesperado.

No capítulo anterior, observei que um registro escrito das sessões dos pacientes é um caminho possível que permite ler nossas possibilidades e nossos impossíveis. Vorcaro, mais uma vez, destaca pontos em que a Psicanálise pode nos ajudar nessa “empreitada” que é nos debruçarmos sobre a clínica:

Por mais que se queira um exercício de saber, a escrita do caso mostra que o analista está submetido à clínica, sendo falado pelo seu escrito muito mais do que se saberia dizer. Daí a função da escrita da clínica psicanalítica: interrogar o que ela tem de imaginário e de aleatório para, ao reduzir a montagem consistente que adquire, discenir o ato psicanalítico. (2003, p. 35)

Násio chama de “caso clínico” o interesse em um atendimento que dá margem ao psicanalista de fazer uma observação escrita. Para esse autor, diferentemente do discurso médico, em que o caso refere-se a um sujeito anônimo, representativo de uma doença, na psicanálise

definimos o caso como o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico. Quer se trate do relato de uma sessão, do desenrolar de uma análise ou da exposição da vida dos sintomas de um analisando um caso é sempre um texto escrito para ser lido e discutido. (2001, p. 11)

Em um artigo de 2004, Lier De-Vitto escreve: “Dizer a fala sintomática, escrever um caso e criar uma escrita para a clínica de linguagem tem sido uma determinação e, ao mesmo tempo, uma surpresa, pois as conquistas acabam sendo notadas depois.” (p. 57). E acrescenta uma nota de rodapé, sem dúvida controversa e provocativa, que: “É sabido que não há estudos de caso na literatura fonoaudiológica – atestado de que essa clínica é exercida, mas não foi ainda escrita” (p. 57). A autora ressalta que usou “escrita de caso e não análise de dados ou de corpora” (p. 57) e que, para ela, “não se deve supor que a escrita de caso clínico seja equivalente ao que, na ciência, se conhece por estudo de caso” (p. 57).

Em um artigo publicado na *Revista de Distúrbios da Comunicação*, vol.11, intitulado “Aprendendo a falar com Marie”, Gomes apresenta um caso em cujo preâmbulo declara seu objetivo: “compartilhar, com os colegas fonoaudiólogos que atendem pacientes autistas, questões e hipóteses de trabalho que emergiram da experiência de atendimento de uma menina autista” (1999, p. 59). Nas considerações finais o objetivo é reiterado:

(...) estou rapidamente explicitando o que deve ter sido percebido em cada entrelinha deste texto, mas não poderia deixar de fazê-lo, pelo compromisso que nós, profissionais da área terapêutica, devemos assumir de levar a público nossas opções teóricas e metodológicas. (p. 82)

São duas posições que nos convidam a continuar pensando, na nossa profissão, a importância de escrever, de registrar uma prática. Lier de Vitto (2004) aponta uma escassez de

escrita de casos, enquanto Gomes (1999) registra certo “dever” que temos de compartilhar nossa prática. Ambas as autoras trazem contribuições que nos incitam a escrever.

Na psicanálise, a escrita de casos inaugurada por Freud é alvo de inúmeros comentários, a começar pelas reflexões do próprio Freud sobre a função dos relatos, seu papel de “narrador”, a semelhança com o gênero literário, que traz problemas para o reconhecimento do valor científico do caso estudado. Contudo, como nos lembra Drummond (2003, p. 31)¹, “no que se refere à psicanálise com crianças, podemos dizer que ela se fez a partir de casos clínicos”. Freud inaugura, portanto, uma nova forma de reflexão, e a lição que nos deixa é a de que sabemos – ou aprendemos – que eles, os casos ou os acasos clínicos, nos fazem pensar e prosseguir.²

Násio também aponta que o que o leva a escrever um caso é a “certeza de pertencer à comunidade psicanalítica” (2001, p. 22) que nasceu desse gesto de Freud e consolidou-se nos “inúmeros escritos nascidos da prática de várias gerações de psicanalistas”. (p.22).

Para Vorcaro (2003), Freud pode transmitir e trilhar seu método a partir da escritas de suas “monografias clínicas”, fazendo com que essa “série de monografias clínicas constituíssem, na repetição diferencial da série, um método” (p.11).

Renam, Henrique, Ricardo e Eduardo são os nomes que comparecem neste trabalho; mais que nomes, são sujeitos que nos obrigam a pensar na pergunta para a qual não temos resposta: há criança sem fala?

O que pretendemos é escrever/registrar a “construção do caso” na mesma referência empregada no trabalho de Figueiredo³; autora para quem construção refere-se a “um arranjo dos elementos do discurso visando à sua conduta; [enquanto] a interpretação é pontual visando a um sentido.” (2004, p. 78). E ela nos adverte de que:

¹ Refiro-me ao artigo de Cristina Drummond, O caso clínico com crianças e seus efeitos de transmissão, publicado no *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, vol. 1, 2003, 31-34.

² Acho importante lembrar que, no Brasil, a Fonoaudiologia foi reconhecida como profissão somente em 1983.

³ Ana Cristina Figueiredo, A Construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental, Ver. Latinoam. Psicop. Fund., VII, 1, 75-86, São Paulo: Escuta, março de 2004.

Nunca é demasiado lembrar que o caso não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva, isto é, se fazemos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar sua localização baseando-nos nesses indicadores colhidos, do dito ao dizer. Aqui temos um método aplicável a diferentes contextos clínicos. (p. 79)

Contextos entre os quais, ressalto, deve estar a Fonoaudiologia.

Bergès e Balbo constataam que Freud descarta qualquer processo “histórico e incidental” na conduta de uma análise, o que possibilita ao analista, num tempo posterior, reconstruir “a etiologia do sintoma, do mesmo modo que o arqueólogo, de posse de um pouco de restos, reconstrói a cidade que acaba de construir” (2002, p. 152)

Uma narrativa, uma novela, uma história não são um caso, como nos diz Jerusalinsky⁴:

Alguém que vem nos contar sua vida não é um caso. Ele faz até ali conosco o mesmo que pode fazer com a vizinha, com o tio, com um amigo... Tornar-se caso, propriamente dito, quando ele nos apresenta um enigma, uma interrogação. E na formulação desse enigma e dessa interrogação o papel fundamental é nosso e não dele. (2004, p. 18)

E acrescenta que é essencial para aquele que se encarrega do “caso” lidar com seu narcisismo “porque implica reconhecer um lugar de ignorância, ou seja, saber não todo” (2004, p. 17); saber lidar com sua posição: “suportar o suposto saber que lhe é endereçado, mas não acreditar nele” e, também, “não ceder ao gozo do sucesso”, pois, “não há melhor maneira de cancelar um ensinamento que fazer a festa” (p. 16-17).

O relato do caso de Eduardo teve lugar no capítulo anterior⁵, em outro tempo, a tempo de revelar neles os impossíveis inscritos nas entrelinhas que só o escrito poderia revelar. Esse tempo defasado revelou os vãos que permitiram a construção deste trabalho e das interrogações às quais ele se propõe.

Os outros relatos – de Renam, Henrique e Ricardo – estão aqui porque também nos fazem pensar nos acasos, no que permitem ir acrescentando em forma de notas de rodapé, a cada

⁴ Alfredo Jerusalinsky, Razão e Método para apresentação de Casos Clínicos, Seminários III, USP, 2004.

⁵ Por uma sugestão valiosa e desafiante de Nina Leite.

releitura e reescrita. Este foi, talvez, um método aqui usado: uma narrativa primeira, uma história que permanece em uma pasta – porta um nome e se arquiva – e os rodapés que se escrevem, e cessam apenas pelo limite real do tempo da escrita, que exige um ponto, mas não o ponto final.

Na sucessão das narrativas e no atendimento dessas crianças, destaco a importante interlocução com a clínica psicanalítica, e compartilho a reflexão de Vorcaro, que aponta na resistência da criança à fala a necessidade de considerar o tempo, a urgência:

A inibição da criança em articular a fala não é somente um sintoma que comunica, ao campo social, um mal-estar familiar. Ela atesta a impotência da criança em identificar-se, em reconhecer-se em uma identificação, em distinguir-se no campo social. Mas se consideramos simplesmente que a criança-sintoma seria o indicador da resistência parental a tratar sua própria psicopatologia e que, portanto, apenas o encaminhamento ao psicanalista seria legítimo, como dissolvemos essa resistência a tempo de permitir a estruturação da criança como falante? (2002, texto inédito, grifo meu)

Sabemos que, no caso da Fonoaudiologia, a questão grifada deve ser pensada a partir do que nossos (a)casos apresentam nessa clínica. Passemos a eles.

4. 1 Renam

Renam⁶ aparece no meu consultório em momento extremamente delicado: estou grávida de 8 meses e me desligando dos atendimentos. Sua mãe insiste⁷ muito para que eu o avalie antes da minha licença, e eu acabo marcando uma entrevista com os pais. Ela já me avisa que o marido não virá.

⁶ Relendo agora, penso que quem aparece no consultório é sua mãe.

⁷ Aqui também cabe uma observação: a insistência da mãe me toma numa urgência: algo do menino deve ser "avaliado" antes de um nascimento.

Nessa primeira conversa, sem o pai, ela me fala, muito angustiada, que seu filho de quase 3 anos não fala e que ela procura uma fonoaudióloga “não técnica”.⁸ Já havia consultado neurologistas, psicólogas e outras fonoaudiólogas. Ela conta que, desde a gravidez, sentia que algo não ia bem⁹; que depois que Renam nasceu ela acordava sempre para confirmar se ele respirava, se tinha febre, não conseguindo ter tranquilidade.

Marco duas sessões com o menino: na primeira, ela o acompanha e, ao final de 30 minutos, não resta um brinquedo dentro da caixa. Renam pisa neles, olha para cima, deita no chão e nada fala. A mãe insiste todo o tempo: “Renam, olha que legal... este é vermelho... pega.” Porém, aqui, a sua fala parece desenrolar-se em uma seqüência de instruções. Estaria aí, na performance educativa de sua fala, a impossibilidade de ela vir a ser o outro na aquisição de linguagem de Renam?

Na segunda vez, ele vem acompanhado pela babá e pelo pai, que se apresenta para mim, na sala de espera, e vai falando que está bastante preocupado com o filho. Fala muito rápido e parece estar também angustiadíssimo, não me dando chance para, ao menos, convidá-lo a entrar na sala de atendimento. Renam começa a chorar e murmurar um “óbi”. O pai não ouve, e eu brinco com ele, dizendo que é ele quem não está ouvindo o pedido do filho para subir junto. O pai não me entende (escuta) também, vai embora, não fica na sessão e parece não ter ouvido o que Renam disse. A partir dessa cena, torna-se evidente que uma intervenção se faz necessária, uma vez que ambos, pai e mãe, estão em uma posição de recusa, de impossibilidade de ouvir o filho.¹⁰ Nessa sessão, Renam não olha para mim, nem para a babá, e sobe, sozinho, para a minha sala, onde ficamos montando lego e quebra-cabeças. Eu pouco falo: permaneço ali, com ele, sentada no chão, o que, bem sabemos, não é tão pouco assim... Ele pouco fala também, apenas emite “parabéns”

⁸ Algo aqui ela já sabia sobre a impossibilidade de treinar uma criança para falar.

⁹ Relata “teatralmente”, ocasionando um grande incômodo, como havia sido assaltada 3 vezes durante a gravidez do filho, a arma na sua barriga... Confesso que isso me deixou completamente mal, já que ela repetia comigo, no final da gravidez, a sua angústia e a de seu filho... Talvez, por isso, fosse tão urgente que eu a atendessem, ainda grávida.

¹⁰ Pergunto: como Renam poderia falar?

toda vez que termina seu jogo. Ele senta e brinca, e eu pareço funcionar “apenas” como fornecedora de materiais...

Chamo os pais para uma conversa e tudo o que posso dizer é que tenho poucas certezas sobre o diagnóstico de Renam e sobre a conduta a ser adotada; todavia, digo que a angústia da mãe precisa ser cuidada e que o menino¹¹ precisa de ajuda para falar. Descrevo para o casal as duas sessões, enfatizando a desorganização do filho na primeira e os fatos que marcaram a segunda: Renam falou com o pai e não foi ouvido e, comigo, emitiu algumas palavras, parecendo ecoar a voz dos pais. Essas emissões eram nosso primeiro indício da capacidade de articulação que já estava ali com Renam, e lembro que ocorreram em um momento em que o silêncio foi sustentado por mim. O pai fala das diferenças entre ele e sua esposa no cuidado com o filho, da autonomia que ele quer dar e da extrema oposição da mãe, que justifica, pela ausência da fala, sua superproteção¹². Falam muito e percebem, com minhas pontuações, que há muito deles no silêncio do filho, porque é esse silêncio que escuto como a “fala” de Renam. A mãe pede para eu atendê-lo e, pela primeira vez no meu trabalho clínico, respondo colocando como condição que, paralelamente ao atendimento fonoaudiológico do filho, eles procurem a ajuda de um psicanalista. Neste caso, esta é a diferença que ele traz para a minha clínica: a imposição¹³ de um trabalho psicanalítico aos pais como condição para poder prosseguir o atendimento com o filho, pois estava claro que ali se tratava não somente de uma questão da emissão, da articulação da fala, mas da constituição de um sujeito.¹⁴

Dois meses se passam e antecipo minha volta ao consultório somente para prosseguir o atendimento com Renam. Início atendendo-o duas vezes por semana. É importante relembrar o encadeamento semântico para que ele me nomeasse: primeiro separa os objetos rosa dos azuis e,

¹¹ Só para pensar com Françoise Dolto: “Só as crianças humanas podem se tornar meninos-lobos”.

¹² Talvez, aqui, possamos entender a antecipação da mãe dizendo que o marido não viria para a entrevista inicial.

¹³ Na ilusão de que, na clínica, é possível fazer imposições.

¹⁴ Talvez, aqui, o que ficou como um limite da clínica fonoaudiológica foi justamente a questão da gravidez da mãe e da minha própria. Algo aí precisava ser ouvido e interpretado em outra clínica, com outra escuta.

neste jogo de cores – rosa e azul – foi constituindo uma diferença entre mim (o rosa) e ele (o azul). Nesse jogo permanecemos nossos primeiros quatro meses de trabalho e, a partir daí, ele começou a verbalizar menina (para mim) e menino (para ele); por último, ele me chamou de Ana e se nomeou. O rosa e o azul foram a certeza de que a linguagem começava a circular, de que Renam estava sendo – por que não? – capturado, e foi o que me tomou (ou também me capturou) em uma aposta clínica de que ali um sujeito estava emergindo. Da cor à articulação de um nome levamos um ano.

A análise que indiquei para a mãe não tem continuidade¹⁵. Os pais a interrompem, depois de aproximadamente seis meses, justamente quando o filho começa a apresentar suas primeiras (e pequenas) narrativas. Nosso trabalho vinha sendo construído com as histórias da turma da Mônica. Ele adorava o Cebolinha, o que foi permitindo que eu introduzisse os fantoches dos outros personagens¹⁶ e fôssemos avançando nos nossos enredos; inicialmente, criados e (por que não?) provocados por mim. Os personagens o convocam, incessantemente, a brincar. Minha voz e meu corpo são as armas secretas nessa convocação. Timidamente, Renam começa a responder. Através do Cebolinha, seu dedo começa a esboçar movimentos e a colocar-se nas histórias. Trago gibis, livros, letras e músicas e prosseguimos reproduzindo, dramatizando, cantando e lendo essas histórias. Partimos para a construção de nossos próprios gibis, com a ajuda dos programas de computação.

Antes dos gibis, quando brincávamos com algum jogo no computador, cada vez que ele acertava um comando ele dizia, sem me olhar, “parabéns, Renam!”. No decorrer da construção dos gibis aparece algo diferente. Há também muitas opções de personagens, de cenas oferecidas pelo programa, e ele olha para mim e diz “Ana, quê?” E, juntos, vamos fazendo as opções para construirmos as histórias.

¹⁵ O que reafirma o que eu já sabia: é impossível prever e impor caminhos a priori em um atendimento.

¹⁶ Eram cinco fantoches de dedo: Cebolinha, Cascão, Mônica, Magali e o Sansão, o coelho da Mônica.

De quanto tempo precisamos? Dois anos. Dois longos anos em que a escola torna-se um laço importante que fazemos e que sabe compreender – e suportar – esse tempo durante o qual os avanços de Renam ocorrem. Esse elo – entre mim e a escola – é o contraponto que permite a esses pais também enfrentarem esse outro tempo e confiarem na escuta que eles também poderiam ter para Renam.

A mãe leva-o periodicamente ao neurologista para reavaliações de seu estado físico e, certamente, do meu trabalho. Quando Renam começa a mostrar diferenças, o médico me envia uma carta dizendo “nosso paciente evoluiu muito, saindo desse quadro de autismo inicialmente diagnosticado”. Essa “cura” é um momento importante, pois permite – a mim e aos pais – refletir sobre todo o processo vivido até então. Contudo, algo permanece do quadro inicial: Renam continua isolado do grupo. Cumpre as ordens, é um aluno exemplar, mas não brinca, não se incomoda quando é deixado “de fora” pelas outras crianças. Isso se repete em várias situações sociais: clube, *play ground* do prédio, escola, passeios...

Importante relatar que em momento algum fiz menção à palavra *autista* no meu trabalho. Só fiquei sabendo que ela circulava nessa família após a carta do médico. Os pais me disseram, então, que mantinham isso em “segredo” para não rotularem o filho. Tivemos então a oportunidade de falarmos um pouco – o que eles permitiram – sobre os medos que eles tinham com Renam, com o silêncio desse filho e sobre como foram capazes de silenciar um segredo (o diagnóstico) e, ao mesmo tempo, ouvirem o que, lentamente, o filho ia sendo capaz de emitir. Certamente esse silêncio inicial dos pais fez uma enorme diferença para essa criança.

Tivemos encontros periódicos, eu e os pais, e falamos bastante sobre esse traço de Renam, ao qual somaram-se outros: as birras, um apego às rotinas, a alimentação. A fala estava ali e Renam era um narrador pleno; e, também, quase um escritor. Sua capacidade de escrever, ler,

somar, subtrair, memorizar são extremamente precoces¹⁷. Opto por diminuir o número de sessões e essa redução é cobrada muito fortemente pela mãe, porque seu filho “ainda não está bem”. Relembro a queixa – “ele não fala” – que eles me traziam e o quanto caminhávamos e estávamos distantes daquele momento. “Renam fala, mas isso não basta”, argumenta a mãe. Diante do meu silêncio, ela procura, sozinha, uma psicanalista, e Renam inicia um novo tratamento¹⁸. Aqui, há algo para se pensar: o ato clínico de diminuir as sessões foi o que permitiu a essa mãe procurar novamente um atendimento psicanalítico? Efeito (ou resposta?) do que ela mesma declara: “Fala, mas não basta”? Encerro meu trabalho quando o próprio Renam me diz que agora tem outra pessoa para ajudá-lo.¹⁹

A mãe me procura depois de uns 6 meses e pede para eu reavaliá-lo, pois ainda não falava o R, e ela achava que as crianças iriam zombar dele. Nesse momento, levo-a a recordar-se²⁰ do quanto caminhamos para que ele chegasse até ali, e digo-lhe que quando ele pedir, se ele pedir, eu irei vê-lo. Quanto ao [R], ele estava guardado no bolso de Renam, e ele poderia pegá-lo quando quisesse. Ela entendeu.²¹

4. 2 Henrique

Henrique chegou para atendimento quando tinha 2 anos e 2 meses, encaminhado pela pediatra que me conhecia como mãe, não como profissional. Apenas por essa primeira marca, já podemos, agora, tomando distância desse atendimento, pensar que algo da relação do ser mãe já estava ali.

¹⁷ E foram decisivas para que a escola enxergasse nele um menino pleno.

¹⁸ Interessante, ao reler o texto, perceber que o meu silêncio também produzia na mãe um efeito.

¹⁹ É importante apontar aqui que essa “alta” se dá também quando a mãe está no final da sua segunda gravidez; gravidez esta sem “intercorrências” e que gera um outro menino: Vítor. De vitória, certamente!

²⁰ Esse recordar foi trazido para mim por Alfredo Jerusalinsky, em supervisão.

²¹ Interessante pensar que a letra que falta é justamente a mesma que o Cebolinha – nosso coadjuvante nesse processo – não consegue falar.

Ele não falava ou, sendo mais precisa, tinha um vocabulário de algumas palavras silabadas: ma, pa, gui, oó, acua. A mãe dizia que “ele não estava progredindo para falar...” É importante ressaltar que seus pais eram médicos; que ele, desde os 6 meses, permanecia em tempo integral na escola; que tinha uma irmã mais velha que falava muito e ocupava o espaço de todos... E esta era a preocupação central de mãe: “Com essa idade, a Luciana já falava tudo...”

No primeiro atendimento, eu havia pedido para virem apenas os pais; contudo, segundo fala da própria mãe: “Não agüentamos e o trouxemos”...²² Já naquele primeiro encontro, ficou clara uma situação que se repetiria por vários meses: ele dirigia seu olhar ao objeto que o interessava – geralmente bichos – e se desligava do outro, não permitindo a entrada de ninguém em suas brincadeiras. Não aceitava a hora de ir embora, jogava tudo, empurrava, batia a cabeça na parede e, por fim, saía carregado. Nosso primeiro encontro deixou-me totalmente exausta e preocupada: solicitei uma avaliação audiológica, evidenciando, aqui, meu lugar de “técnica” – o apelo ao orgânico pode nos proteger –, e fiquei pensando: ou ele é surdo ou é autista. A evidência dessa alternativa constituiu também a cegueira que, naquele momento, não me permitiu ver que aquela recusa, aquela agressividade eram justamente a sua fala (ou a sua linguagem?) possível. O resultado da avaliação foi normal e eu permaneci diante da família como a “pessoa que vai ensiná-lo a falar”.

Os pais, bastante reservados²³, não expuseram nada que evidenciasse uma questão emocional para me fornecer a possibilidade de encaminhá-lo para uma avaliação psicológica²⁴; ao contrário, pediram insistentemente pelo atendimento fonoaudiológico.

²² Henrique vem como um organismo a ser estudado, a ser examinado. Chego a me perguntar se há um corpo ali?

²³ Defendidos, na impossibilidade, no desconhecimento e/ou no encobrimento?

²⁴ Ao reler este trecho, dou-me conta de que também entrei no discurso deles. Eles precisavam trazer o filho para que eu achasse a doença e eu precisava que eles me falassem de questões emocionais para que eu os encaminhasse. Estávamos, então, todos encapsulados (e paralisados) pelo discurso da doença e da descoberta do remédio.

Iniciamos com duas sessões semanais (o remédio?), e eu aprendi que, naquela família, tudo era rigidamente distribuído: na segunda-feira a mãe o trazia; na quarta, o pai, sem modificações.

Henrique, de início, já permanecia sozinho comigo na sala e, através de olhares, de pequenos esbarrões, foi estabelecendo uma relação comigo. Nossos primeiros encontros giravam em torno dos bichos. Segundo os pais, em casa, ele via filmes em tempo integral, e os preferidos eram Rei Leão e Mogli. Henrique falava como os bichos e, nas sessões, também se locomovia como um. Comecei a trazer as histórias para a sala. Eu respondia a seus uivos e permanecemos um bom tempo construindo nossa relação através dos leões, jacarés, cobras, galinhas. Eu também tinha que, como ele, rastejar, uivar, latir. Essa “aproximação” corporal, esse “compartilhar” foi essencial para aos poucos podermos (pois conseguimos criar um espaço prazeroso²⁵) introduzir fantoches e jogos de bichos, e Henrique começou a falar o nome de todos, o que surpreendeu seus pais pela rapidez dos resultados terapêuticos. Sem que eu pedisse, passaram a colaborar de outras maneiras com o trabalho. Além de trazê-lo, a mãe me dava pequenos bilhetes sobre o que acontecia no final de semana, listas de comidas prediletas do filho, na ilusão de que a fala se adquirisse, mais uma vez, nesse ensinar, uma vez que ela repetia com ele o nome dos alimentos. O pai, por sua vez, começou a conversar comigo nos finais das sessões. Primeiro, timidamente, apontava os progressos de Henrique: “Ele tá falando mais”, “Você viu? Hoje ele falou tartaruga”²⁶. Aos poucos, “Tá difícil”, “Você acha que ele vai melhorar?”, “Ele tá mais agressivo esta semana”. É possível reconhecer, nesse momento do tratamento, o início de nossa saída do discurso silenciador/totalizador da doença.

Algo foi se tornando evidente na relação familiar: as birras de Henrique na hora de ir embora eram tratadas de maneiras extremamente diferentes: a mãe nem o olhava; pegava-o pela

²⁵ Acho que aqui também fomos capturados no jogo mágico da linguagem.

²⁶ Vale a pena contar que nessa época – das tartarugas – os pais o levam para conhecer o Projeto Tamar (o estímulo!) e ele se atira no tanque das tartarugas.

mão com força e arrancava-o²⁷ da sala de espera, bastante constrangida; o pai pedia ajuda, conversava com ele, explicava que ele iria voltar, entrava na sala de terapia para ver o que estávamos fazendo, esperava a calma chegar.

Henrique começou a falar mais. Dos bichos passamos aos personagens do Sítio do Pica Pau Amarelo e transformamos bichos em pessoas... As primeiras frases foram surgindo e parecia que ele, como a boneca Emília, havia tomado uma pílula falante.²⁸ Para felicidade geral, em aproximadamente quatro meses, ele contava até 10 e falava as cores. O pai comprou um programa de computador de figuras e eles ficavam repetindo palavras... Havia um investimento do pai, uma consciência de que algo dele contribuía para a fala do filho.

No meio de tudo aquilo, algo, lógico, desequilibrou-se: a escola começou a reclamar do comportamento de Henrique: a agressividade, a teimosia, o sono... E ele respondeu, mais uma vez, com a boca, mordendo os amigos. Nas festas da escola, dormia no colo da mãe e ela ficava, por sua vez, aliviada com tal situação, pois seu problema estava adormecido/silenciado aos olhos dos outros.

O pai chegou à fase final do doutorado e ficou mais ausente, o que deixou Henrique bastante perturbado. As birras retornaram e ele voltou a bater sua cabeça na parede. Marquei uma reunião com os pais na qual, pela primeira vez, o casal falou da dificuldade em lidar com o filho. A mãe declarou que eu e o marido éramos do mesmo time, pois não víamos o que ela já havia percebido desde que Henrique era muito pequeno: uma deficiência mental ou um quadro neurológico²⁹. O pai, angustiadíssimo, falou que os dois estavam segurando uma corda, um de cada lado: ele, lutando pela normalidade do filho; ela, apostando no contrário. Eu falei: “Logo, se vocês puxarem para lados diferentes, ela poderá se romper”... Foi uma sessão extremamente

²⁷ Como se ali, novamente, não houvesse um corpo.

²⁸ Escrevo e agora percebo que a Medicina continuava imperando no meu imaginário.

²⁹ Percebo, agora (tudo parece fazer sentido num outro tempo), que realmente eu e o pai começamos a mudar de posição em relação a Henrique, só que a dupla deveria ser outra...

difícil, na qual o sofrimento de todos ficou evidente. No final, o pai contou-me que ele havia tido dificuldade para falar, pois havia nascido com uma fissura labial³⁰. É incrível que isso tenha aparecido somente naquele momento, considerando que a primeira entrevista teve como foco justamente os antecedentes familiares (lembramos: os pais são médicos e eu, fonoaudióloga, também não vi). Ali, algo do real do corpo apareceu como marca. Para o pai, o lábio; para Henrique, a cabeça. Daí a insistência na questão neurológica.

Prosseguimos o trabalho e os pais levaram Henrique a um neurologista – um lado da corda. Henrique foi submetido a vários exames e os resultados foram normais. A mãe ficou extremamente feliz e começou a se dirigir ao filho de maneira mais leve, aliviada, reconhecendo ali uma possibilidade que até então ela não acreditava existir: um ser orgânico normal. O pai também compartilhava desse alívio.

Henrique começou, então, a narrar: contava sobre o que havia feito no fim de semana, inventava histórias com os bichos. Sua articulação ainda era bastante imprecisa, mas a comunicação e seu desejo de falar ficavam mais evidentes, no final desse primeiro ano de trabalho. Neste processo, em uma das sessões vem acompanhado pelo pai e, como ocorria com frequência, Henrique quis levar um brinquedo para casa e eu disse que não, que havíamos combinado de deixar nossas coisas na sala. Ele chorou desesperadamente, chutou, deitou-se no chão, repetindo uma situação que conhecíamos e com a qual havíamos aprendido a lidar e controlar. Ajudei o pai a levá-lo até o carro e Henrique pareceu estar mais calmo. Minutos depois, para minha surpresa, o pai tocou a campainha; vi que Henrique estava tranqüilo no carro e ele – o pai – pediu-me os brinquedos. Eu perguntei: “Você tem certeza? Ele já entendeu!”. “É, mas eu quero”, ele respondeu.

Retomamos nossa conversa a três e falamos sobre o alívio da mãe e sobre a depressão do pai – o outro lado da corda –, possibilitando, nesse momento, após quase um ano de atendimento,

³⁰ Acho que precisamos todos de um tempo longo (6 meses) para sustentarmos esta conversa.

perceber a força dessa imagem do “cabo de guerra”; imagem que falava da impossibilidade deles – pais – e não de Henrique. Talvez aqui algo da impossibilidade do tratamento fonoaudiológico tenha se concretizado: o pai deprimiu-se depois da sessão em que eu não permiti que ele levasse o brinquedo. Não mencionei esse episódio nessa reunião e não sei, até hoje, se a mãe ficou sabendo. É evidente que Henrique começou a ser senhor da sua linguagem, e o pai, do silêncio. Foi um momento especial, no qual não poderíamos correr riscos, e uma intervenção psicanalítica se fez necessária.

Fiquei com eles até o trabalho psicanalítico acontecer. Em reunião com a analista, optamos pela interrupção da terapia fonoaudiológica, pois Henrique já falava, e essa era a "queixa" que havia justificado a minha entrada, e seria importante marcar que ela não existia mais.

Nossos atendimentos são sempre capazes de nos surpreender. Nesse caso, os pais e o próprio Henrique compartilharam essa passagem e dedicaram-se ao novo trabalho; passamos, todos nós, por momentos delicados, e a possibilidade de ouvirmos nossos silêncios foi a condição de passagem a esse outro momento, dessa mudança.

A última notícia que tive deles foi “acidental”. Henrique havia caído e quebrado os incisivos superiores. Com medo das conseqüências dessa perda para a fala do filho, os pais pediram e realizamos uma avaliação. O menino que revi então era outro: alegre, falante, amoroso. Indiquei um dentista e uma prótese temporária foi colocada até o nascimento dos dentes permanentes.

A analista considerou que a intervenção fonoaudiológica foi essencial para o prognóstico de Henrique. Quanto a mim, acredito que a análise veio garantir essa condição dentro da família.³¹

³¹ Arrisco-me, quase quatro anos depois, a pensar que a análise ajudou a resgatar para Renam um corpo próprio, pois havia, talvez pelas marcas deixadas pela fissura no lábio – corpo – do pai, a marca (ou o fantasma) de um organismo defeituoso.

4.3 Ricardo

Ricardo é um garoto de 2 anos e 4 meses; primogênito de um jovem casal de origem judaica. O primeiro contato que tive com esse caso foi através da psicanalista de Ricardo, que me procurou para saber sobre o trabalho que realizava com crianças pequenas. Sua questão foi muito pontual: “Você treina a fala das crianças?”³². Como a resposta foi negativa, ela começou a me falar um pouco desse garoto que ela atendia desde os 8 meses e que foi, naquele momento, diagnosticado pelo neurologista como portador de um transtorno geral de desenvolvimento. Atualmente, segundo ela, estava começando a emitir alguns sons, e ela e os pais gostariam de uma avaliação fonoaudiológica.

A mãe me telefonou e marquei uma entrevista com o casal: os pais eram jovens³³, a mãe estava grávida. Eles começaram falando que estavam preocupados com o filho, que estava falando muito pouco. O pai falava apenas em hebraico com ele; a mãe, em português. Pai e mãe conversavam em português. A família paterna, apenas em hebraico. No meio desse trânsito tão regulado de línguas a grande questão levantada pelos pais foi: “Qual é a língua que devemos usar com nosso filho?”. Percebi que havia uma disputa velada entre o casal. A minha resposta foi precisa, direta: há que ter uma língua comum entre os três. “Qual?”, a mãe perguntou. “A que vocês decidirem”, respondi.³⁴

Os pais dizem que Ricardo é extremamente ligado à música e a brinquedos sonoros, e que tem uma quantidade enorme de brinquedos, mas não permanece muito tempo brincando com nada. Contam também que ele adora tudo que gira (como, por exemplo, os ventiladores) e que isso os

³² Interessante notar que essa foi a mesma pergunta feita pela mãe de Renam.

³³ Essa palavra insiste no meu texto. Fica claro para mim, agora, que essa imagem fala de uma fragilidade, de um desamparo dos pais, mas poderia também remeter à condição de filhos.

³⁴ Depois de um ano e meio de tratamento, numa entrevista com a mãe, ela me fala: “na verdade, quando a família do pai fala em hebraico eles me excluem também”. Novamente um tempo foi necessário para falar de quem a língua exclui nessa família.

deixa muitos angustiados. Além disso, quando ele era muito pequeno, um pediatra havia falado em autismo.

Contam que nos três primeiros meses de vida o filho foi cuidado por uma enfermeira, e que, como não foi amamentado, eles perceberam, em determinado dia, que não sabiam se o filho acordava à noite, como era a sua rotina e, paralelamente, foram se dando conta de que ele não os olhava, não ouvia seus chamados. Dispensaram a enfermeira, procuraram ajuda médica (pediatra, neurologistas) e foram encaminhados, quando Ricardo estava com oito meses, para uma psicanalista. Segundo a mãe, a primeira etapa daquele trabalho foi tentar resgatar a formação de vínculo deles com o bebê: pegar no colo, cantar, embalar, alimentar. Desde então – acompanho a narrativa –, Ricardo e seus pais vinham sendo assistidos pela psicanalista, havia melhorado muito e, na escola, já começava a interagir com os amigos, a sentir a ausência dos pais; com a gravidez da mãe, ele havia “grudado no pai”.

Pergunto sobre o colégio e eles explicam que se trata de uma escola judaica bilíngüe. “Como?!”, externo a minha surpresa: inglês, português e... esqueço, os pais dizem: o hebraico. Naquele momento, ponto que aquela opção deixava claro que eles esperavam que Ricardo falasse; mais do que isso, que falasse três línguas.

Marco para ver o menino com o pai, com a mãe e com a babá, separadamente. A primeira sessão é com a mãe: ela fica sentada no chão, ele tira todos os brinquedos do armário, não brinca com nenhum, anda por cima deles. Olha o teto, vê o ventilador girando, pára e permanece olhando. A mãe o chama e mostra o teclado de bichos. Ele pega o brinquedo e fica apertando os botões. Permanecem assim. Tento intervir, chamando-o, mas ele não me olha, e só me dá atenção quando toco algum instrumento.

Com o pai, a situação é quase a mesma. A única diferença é que o pai se arrisca mais a tentar interagir com o filho, mostrando os brinquedos que ele tira da caixa. Ele repete o olhar parado no ventilador. Nesse momento, o pai fala comigo, conta que ele também havia demorado a

falar; que tinha uma irmã gêmea que sempre havia sido muito falante; que teve muita dificuldade para aprender inglês; que o português, para ele, ainda era uma língua estrangeira, apesar de morar no Brasil há 10 anos; que apenas depois do nascimento de Ricardo havia aprendido a cantar em português; que sua mãe falava apenas o hebraico, não havendo nenhuma outra língua possível na sua família, mas que Ricardo parecia entendê-los.

Com a babá, Ricardo esboça um comportamento um pouco diferente: ele pega miniaturas de animais e ela os nomeia de um modo bastante diferente. E ela me ensina: “Elefante, ele fala em hebraico – é fil”. E continua: coelho em português, urso em inglês... Cada bicho em uma língua. Eu pergunto o que mais ela fala com ele em outra língua e ela me diz que relógio é clock, “em inglês”.

O que tentei resgatar de início com os pais foi que Ricardo precisava de uma língua, de um código como referência. Português ou hebraico? A disputa se concretizou e o que avançamos foi em pensar que o necessário era uma língua familiar: pai, mãe e filho falarem uma mesma língua e poderem se compreender³⁵. Todos os exemplos que eles traziam eram de exclusões pela língua/código: a mãe não compreendia a sogra; a mãe brincava sozinha com o filho...

Paralelamente, comecei a atendê-lo uma vez por semana e, rapidamente, ele começou a tentar interagir comigo: na sala de espera ficava ansioso até eu chegar, pegava na minha mão e ia em direção à escada para subirmos até a minha sala. Eu contava os degraus: um, dois, três... Sua primeira fala foi a repetição desse ritual; depois o “Tchau, acabou, cadê”. “Gudô a boinha” foi sua primeira frase comigo; também efeito de uma cena que se repetia nas sessões: jogávamos uma bolinha com velcro em um painel e eu falava enfaticamente: “Grudou, a bolinha grudou”. Desde o início, esse foi meu recurso: falar, repetir, enfatizar.

³⁵ Essa questão é retomada nesse atendimento várias vezes. É importantíssimo registrar que o pai, quando Ricardo já está com quase 4 anos, envia um vídeo a uma clínica em Israel, especializada no tratamento de crianças autistas e recebe a devolutiva via “*conference call*”, da qual participam a mãe, o pai e a avó paterna. E a médica diz, em hebraico: “Ele não é autista! Vocês precisam falar uma mesma língua com ele”. A mãe, quando me conta esse fato, conclui: “Ele, o pai, precisava ouvir isso – o diagnóstico e a conduta – em hebraico”. Desde então, após 1 ano e 8 meses de tratamento comigo, conseguimos essa “língua comum”.

A escola, para mim, era ainda uma grande interrogação: o inglês era a língua não parental, a de fora. Porém, a escola representava a inserção do menino numa comunidade e, de certo modo, isso fazia um grande efeito naquela criança. Ricardo tinha uma professora individual que o auxiliava a participar das atividades em grupo e traduzia as aulas de inglês para ele, pois perceberam que o português ele entendia bem mais. Ele estava começando a brincar com os amigos, em português.

Após o nascimento da irmã, 6 meses depois de iniciarmos o atendimento, Ricardo estava mais falante. Os pais concordaram e acrescentaram: ele faz a reza às sextas feiras, em hebraico. Sua mãe estava pedindo sessões individuais com a analista, o que parecia contribuir para ela estar mais presente com os filhos. Ele falava as cores e começava a me chamar para brincar com ele, falando um “quero”, e não me repetindo.

Estávamos avançando: o pai aprendeu a cantar em português a música do sapo, de que Ricardo tanto gostava. Confusões com a língua permaneciam: no final daquele primeiro semestre de trabalho, passaram as férias na Espanha.

Ao final de um ano de trabalho construímos um laço muito particular: Ricardo fica muito bravo quando a mãe quer entrar na nossa sessão e, nesses momentos, sua fala sai do automatismo: “Não, mamãe” ele diz.

Nossas sessões são bastante “sonoras”. Primeiramente, eu trazia os Cds e ele reproduzia as cantigas³⁶. Introduzo, então, instrumentos musicais, e começo a inventar músicas e ritmos; a brincar com as sílabas. Ricardo responde rapidamente e permanece sessões inteiras fazendo eco às minhas vocalizações. Seu corpo o acompanha: sento no chão e começo a cantar. Ele senta no meu colo e me acompanha nos ritmos diferentes que vamos dando às cantigas que antes ele só repetia. Aqui me parece que encontramos um caminho para rompermos com as línguas/códigos

³⁶ Como o texto decorado da reza em hebraico nos jantares familiares.

que, como a música, ele decorava: inventamos ritmos com o corpo. Trago um fragmento de uma sessão quando, pela primeira vez, Ricardo dá forma a um desenho, um avião:

A: O que você desenhou aqui? O que você fez aqui?

R: Avião.

A: Um avião? Ai, que legal... Tem asa, voa, né?

R: Voa, o avião.

A: O avião voa.

R: (?)

A: O que que você fez aqui? Que? O que que é aqui? O que que você fez aqui? (Ele fez um outro desenho que não reconheci)

R: Né, avião.

A: Um avião. E aqui? E aqui, o que que você fez?

R: Avião.

A: Outro avião?

R: Vai o carro do vovô?

A: Vai o carro do vovô?

R: Fane faio.

A: Ah?

R: Fazemo.

A: Um avião. Vamos voar nele? Pra onde que a gente vai com o avião?

R: (?) avião.

A: Um avião, ssssss (Começo a levantar os braços e a imitar o vôo)

R: (risos) Avião.

A: SSSSS (barulho de avião)

R: Avião. Avião. (Seus braços se juntam aos meus e estamos voando pela sala)

A: SSSS. Onde a gente chegou?

R: No avião.

A: No avião? De novo a gente vai viajar de avião?

R: Nu que uma mão.

A: Você gostou, Ricardo?

R: Avião.

A: Avião. Minha mão tá fazendo o avião. É, você olha pra mim e ri porque eu tô assim, voando...

Meu braço é minha asa, ah?

R: (risos) Vô siguiar o avião.

É durante essas brincadeiras que Ricardo parece sair de um isolamento, de uma repetição no discurso, e falar. Há momentos em que a fala dele parece “ir à deriva”, pois estamos falando do avião e ele diz “Vai carro vovô”. Eu insisto, parece que tento alçá-lo novamente, e ele volta e prosseguimos na brincadeira com o avião. Interessante pontuar as palavras que uso para tentar explicar os desligamentos de Ricardo: ir à deriva e voltar. Parece que ele foge, que ele escapa. Pensando na questão da captura do sujeito pela língua, talvez o que transpareça aqui seja o quanto ele ainda resiste a ela, à captura.

Começo a trazer músicas das histórias infantis e os bonecos: nosso início é com a Chapeuzinho Vermelho. Ricardo me acompanha e conseguimos ir contando e cantando toda a história. Outro fragmento:

A: O Ricardo vai contar pra gente a história da Chapeuzinho Vermelho. (pego os fantoches)

R: Pezinho velmeio?

A: É, como que é a história?

R: É pezinho vemeio amaeio. Pela estada fo...

A: (cantando) eu vou bem sozinha... Como?

R: (fala incompreensível)

A: Levar doces para a vo...

R: vozinha.

A: Ela mora

R: Longe... bu mal.

A: Quem que encontrou o lobo mal?

R: e pe e pa e pa , de pa, de pa, de pa...

A: Você quer que...

R: Lala foia (cantando) eu vou bem sozinho para a vovozinha. Ó que caiu (derruba o caçador)

A: O caçador vai cair?

R: Caiu.

A: Caiu o caçador.

Nesse fragmento, podemos perceber o quanto a fala do outro parece ainda ser um exercício de insistência para tocar Ricardo.

Minha relação com a psicanalista também vai sendo construída e nossas intervenções com a família vão seguindo um mesmo caminho. Esse foi um ponto fundamental, pois conseguimos – ela e eu – apesar de inicialmente não nos conhecermos, não repetir a mesma questão desse caso: usar códigos/línguas diferentes.

Fizemos, eu e a psicanalista, uma supervisão em comum com outro psicanalista, e ele nos diz que havia uma criança autista³⁷ e que trabalhávamos, nós duas, a possibilidade de uma mudança nessa estrutura. Nossa aposta – e é importante esse pronome no plural – é que estamos

³⁷ Não sei se foi exatamente assim, mas essa foi a nossa escuta.

caminhando. Construir um código comum com pessoas tão diferentes – eu, os pais, as babás, os avós³⁸, a escola, os médicos, a psicanalista – e com Ricardo é um desafio. É uma aposta em novos ritmos.

Em uma sessão depois de um período de férias (1 ano e meio depois do início) ele me surpreende: na sala de espera, ele havia me dito: “Olha o que Ricardo faz”, e dobra a sua língua. Eu digo que também sei e dobro a minha. Sua resposta, quando subimos para a nossa sala de atendimento: tenta me ensinar a cantar em hebraico. Sem dúvida, aqui há algo diferente que me toma e me deixa extremamente emocionada. Há movimentos na língua. Será que na estrutura também? Aposto que sim!

Completamos 2 anos e 4 meses de trabalho. Ricardo está com quase 5 anos. Ele é um grande falante. Passamos por fases e fases nesse percurso; momentos mais animadores, momentos mais angustiantes, para todos. Sua fala ecolálica persiste³⁹: “Ricardo chegou... Tchau Ana, Tchau, Ricardo”. “Você quer bolacha”? Quando respondo que não, ele chora e insiste “Você quer bolacha?” Eu torno a responder “não”, e ele chora. Repetimos essa cena muitas vezes. Ele consegue parar o choro e falar para mim: “Ricardo quer bolacha”. “Ah, Ricardo, vou dar uma para você”. Ele ainda não diz “eu”, mas se nomeia e faz pedidos.

Num período de férias, mudei todos os móveis da minha sala. Nenhuma criança notou, alguns pais sim. Ricardo, mais uma vez, me surpreende: ao entrar na sala fala “Uau!”. Esse uau torna-se o motor que move nossos encontros...

Na última semana ele não entra na nossa sala. Vai até o fim do corredor, entra na sala da Silvana, a analista que trabalha comigo, deita-se no divã. Levanta-se, pega um giz, desenha um

³⁸ Aqui há tanto a pensar. Os avós paternos e maternos pediram uma reunião com a psicanalista e eu só fiquei sabendo depois. Quando os pais me pedem para recebê-los e eu os questiono, a mãe fala da raiva que ela tem por eles se meterem em tudo... Mas que eles pagavam os tratamentos, e daí vinha o direito. Eu pergunto quanto eles podem me pagar, ou melhor, pagar pelo atendimento do filho. Os avós não vieram e, coincidência ou não, por uma dica da mãe de que Chapeuzinho era a história que prendia a atenção do menino, a vovozinha aparece nas sessões, o lobo come-a, mas o caçador escuta o pedido de socorro e salva a neta e a avó.

³⁹ Cometo outro ato falho e escrevo resiste, ao invés de persiste.

avião (sempre o avião) e me emociona, pois sem falarmos nenhuma palavra desenha uma figura humana ao lado do avião. Volta para a nossa sala e prosseguimos o trabalho.

Sei que isso não é pouco, e conto para sua analista. Sou surpreendida mais uma vez: ela me conta que a mãe havia começado a fazer análise no mesmo consultório em que ela, a psicanalista, o atende. Na sala ao lado.

Capítulo 5

(H)A criança sem fala (?).

Uma palavra é o paradoxo, o milagre, o maravilhoso acaso de um mesmo ruído que, por razões diferentes, personagens diferentes, visando a coisas diferentes, ressoam ao longo de uma história.

(Foucault, Sete Proposições sobre o Sétimo Anjo, 1970)

É a partir da ressonância que Eduardo, Ricardo, Renam e Henrique provocam no meu trabalho clínico que a composição deste capítulo se põe em pauta.

Pensar nesses Pinducas é perguntar-se qual é a origem da fala; pergunta que repete o mistério e a eterna esperança de decifrá-lo, visto que, se tivéssemos uma resposta clara e precisa poderíamos construir uma prática que, finalmente, daria conta de nossa tarefa: fazer falar uma criança. Porém, “não há principio, não há palavra original, cada uma é metáfora de outra palavra que é uma metáfora de outra e assim sucessivamente. Todas são traduções de traduções. Transparência na qual o verso é o reverso: a fixidez é sempre momentânea” (OCTAVIO PAZ, 1988, p. 25).

Em *O amor da Língua*, Jean-Claude Milner expressa esse impossível que é pensar na questão da origem quando se trata de língua:

A língua é outra coisa: diferente da linguagem, ela não se assenta sobre a existência como tal, mas sobre a modalidade de existência; a questão que este termo resume é "por que a língua é como ela é e não diferente?", o que, evidentemente, supõe uma outra: "como é a língua?", e uma resposta cabendo em um "é assim", que, simplesmente, ignora a inexistência possível. Eis por que de resto, por recíproca, aqueles que se ocupam da língua descartam toda interrogação sobre a origem. (1987, p. 18)

É longa a lista dos estudiosos que se valeram da comparação entre as línguas para buscar nas semelhanças de suas raízes um parentesco que permitisse traçar uma genealogia no tronco da qual estaria a língua original, a língua-mãe. Umberto Eco, em seu livro *A Busca da Língua*

Perfeita, relata algumas dessas tentativas; por exemplo, o experimento de Frederico II para descobrir esse original. Segundo Eco,

Frederico II quis experimentar que língua e idioma usavam as crianças que chegassem à adolescência sem jamais ter podido falar com ninguém. Por isso deu ordem às babás e às amas de leite de alimentar os bebês..., com a proibição de falar com eles. Ele pretendia descobrir de fato se falassem a língua hebraica, se foi a primeira, ou a grega, ou a latina, ou a arábica; ou se continuassem a falar a língua dos próprios pais, dos quais eles nasceram. Mas o seu esforço não deu qualquer resultado, porque todas as crianças ou bebês acabavam morrendo. (2002, p.16)

Pensamos que esse trágico exemplo nos diz disso que permeia este trabalho: o corpolinguagem.

O ato do nascimento simbólico do sujeito implica a morte do puro vivo (organismo), e com isto concluir, que fazer viver o corpo implica fazê-lo passar pelo que o mortifica. Não é outra a tarefa da mãe que anima, dá vida ao real do corpo de seu filho através das palavras que lhe endereça, significando-o. (Leite, 2004, pág.185)

O que Frederico II provou foi justamente isto: não há corpo sem fala. Não há como sobreviver a pão e água. O organismo, para ser corpo, para tornar-se sujeito, passa pela linguagem que o captura. É o que nos diz Vorcaro: “A constituição da criança em sujeito é o processo de tomar corpo, conquistar seu corpo” (2003, pág. 210) ¹

É freqüente, na clínica fonoaudiológica com crianças que apresentam questões de linguagem, a queixa vir aliada a outra: uma lentidão no desenvolvimento motor: “ele também demorou a andar”, “andou no limite”, “caí com freqüência”... Não é raro que, à medida que essa criança vai se tornando um falante, essas queixas “desapareçam”; o corpo equilibra-se. Lembro-me de um garoto que atendi em um tempo em que nem me dava conta da importância dessas observações. Era grave seu quadro de atraso de desenvolvimento global. Na primeira sessão comigo, com quase 3 anos, ele chegou com a mãe e, para minha perplexidade, estava num

¹ Lembro Arnaldo Antunes: “O corpo existe e pode ser pego. É suficientemente opaco para que se possa vê-lo. Se ficar olhando anos você pode ver crescer o cabelo. O corpo existe porque foi feito. Por isso tem um buraco no meio. E em cada extremidade existe um dedo. O corpo se cortado espirra um líquido vermelho. O corpo tem alguém como recheio.”

moisés.² A mãe explicou: “Eu demorei tanto para ter um bebê que agora quero curtir o máximo possível...”. Essa mãe esticava a linha do tempo, prolongava a vida de um bebê e colocava seu filho em descompasso, em destempo. Ao iniciarmos um trabalho fonoaudiológico, esse garoto começou a sentar-se.

Não é à toa que, diante de muitos casos, a medicina atual encaminha pacientes como esse para a “equoterapia”³; talvez por suspeitar de que algo do corpo, da sustentação desse corpo está em questão nessas crianças com patologias de linguagem.

Com Bergès e Balbo (2002) aprendemos que é necessário, desde o início, supor um sujeito. A noção de transitivismo diz justamente disso, dessa força que possibilita à criança entrar no campo da linguagem. Nas relações entre o corpo e o transitivismo há, desde o início, a competência em experimentar “corporalmente”⁴ um afeto: “a passagem do corpo da mãe ao do filho, graças ao transitivismo, faz-se no campo do simbólico, a saber, seu dizer sobre o próprio corpo. Assim, a criança pode libertar seu corpo do imaginário para inscrevê-lo no simbólico” (2002, p. 85). Podemos compreender, então, por que falamos também em corpofala.

Como, então, pensar o processo de aquisição de fala? Certamente não será por tomá-lo como etapas a serem adquiridas pela criança; como algo que se pode oferecer, ensinar, fornecer a ela em idades já previstas e em tempos e quantidades determinadas. Tampouco sabemos estabelecer com exatidão onde está a fala que queremos “dar” a uma criança. Sabemos, e esse saber já não é pouco, que não há uma técnica que seja suficientemente capaz de fazer uma criança falar.

Será que supomos, então, que a Psicanálise teria as respostas às nossas questões? Que ela poderia fornecer respostas e resolver nossos "enigmas" nesse processo de aquisição? A hipótese

² Espécie de cesto usado como berço ou para carregar bebês em carros.

³ “Método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação, [a equoterapia] tem sido utilizada com eficiência para o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência ou de necessidades especiais.” (Jornal do CFFa., setembro de 2005, p.14)

⁴ E corpo-oralmente.

é, sem dúvida, fascinante, mas não passa de uma grande ilusão. Ilusão porque sabemos – e as crianças nos lembram e nos ensinam isto a cada momento – da delicadeza do tecido que compõe essa aquisição, de sua finura, de sua delicadeza e do risco de ele esgarçar-se. Podemos pensar que o tempo, o tempo cronológico, esse, o do relógio, é o que puxa, estica esse tecido e, muitas vezes, rompe-o.

É nesse descompasso que a criança pode passar a tocar ruídos e, para os pais, não seja possível escutá-los. Aqui é que o tecido se rompe. O pai de Renam não ouviu o pedido do filho para que ele subisse no dia do primeiro atendimento comigo, e nesse espaço é que podíamos ver a surdez do pai.

Temos quatro casos clínicos que falam de uma prática fonoaudiológica e que nos convocam a pensar nas implicações dessas questões nessa clínica. Ricardo, Renam, Henrique e Eduardo têm em comum o que grifei no texto de Vorcaro que precede os relatos: a fala não realiza língua, ou a pergunta que trago como título deste capítulo: (h)á criança sem fala(?).

Eduardo traz na sua gagueira exatamente a sua história: ausência e presença da fala e de outro. Todos falam em outro ritmo. Todos improvisam. Ler essa improvisação e compreendê-la em uma constância que subverte um ritmo, um tempo, é nosso trabalho. Daí pensarmos na questão já posta do significado do retardo na música. Tomar esse descompasso como possibilidade de harmonização. Lembrar que a criança modifica a língua até o momento em que ela é falante dessa língua. A criança vai além do possível da língua e **ousa**. Há uma lei em construção. Há uma estrutura a se fazer. Há um movimento.

Todavia, como nos adverte Levin (2001, p. 45), “a criança da modernidade está atravessada pela urgência temporal”, pois “quanto mais conhecimento ela acumular e mais rapidamente, melhores condições terá para adequar-se às novas regras e competências do mercado”. Essa é a criança que presentifica a ilusão dos pais com os quais nos deparamos na clínica. A criança que urge.

Nosso trabalho segue, muitas vezes, na possibilidade de enfrentarmos esse outro tempo, esse descompasso entre a fala e a criança, e não na possibilidade de fixá-la em nomes. Vale a pena ressublinhar aqui uma frase de Octavio Paz que deveria ressoar sempre: a fixidez é sempre momentânea.⁵

Com Renam, aprendemos que “a fala não basta”, porque havia algo que a tornava impossível de ouvir e, nesse intervalo, o silêncio fez marcas e movimentos importantes. Em Henrique, temos um sofrimento que está além da fala: há que se constituir um corpo. Essa é a sua marca. Ricardo nos toca pela língua.

Uma narrativa para cada um. Foi essa uma das marcas do atendimento fonoaudiológico. Os personagens de histórias infantis que estiveram presentes em cada um desses atendimentos falam disso. O Cebolinha não fala o R. Sua marca é a ausência ou a troca de uma letra. Emília é a boneca que toma uma pílula e começa a falar e... a se movimentar. Fala e corpo juntos. Chapéuzinho pergunta para que essa boca tão grande e, como resposta, é engolida pelo lobo. Boca fala e engole/incorpora.

Encontrei nos textos de Esteban Levin, psicanalista e psicomotricista argentino, um suporte importante para pensar a incidência dessas brincadeiras, dessas histórias, desses personagens que compunham o cenário desses atendimentos. O autor emprega um termo que, para mim, traduz essa interrogação que o trabalho com crianças nos impõe, pois estamos diante dos **“labirintos da infância”**. Quem trabalha com crianças deve deixar-se “transbordar pelo cenário da infância” para poder compreendê-la. Nesse cenário, a criança brinca, e nesse brincar ela se “des-conhece”. O autor critica o viés técnico empregado com crianças, pois tais terapeutas

⁵ “Momentânea é metáfora – de que outra palavra? Ao escolhê-la como complemento de fixidez incorri nessa freqüente confusão que consiste em atribuir propriedades espaciais ao tempo e propriedades temporais ao espaço, como quando dizemos “ao longo dos anos”, “o passar das horas”, “o correr do tempo” e outras expressões desse teor. Se substituirmos a expressão figurada pela expressão direta, aparecerá o contra-senso: a fixidez é (sempre) movimento. Por sua vez fixidez é uma metáfora. O que quero dizer com esta palavra? Talvez: aquilo que não muda. Assim a frase poderia ter sido: o que não muda é (sempre) movimento.” (Octavio Paz, 1988, p. 25). *Som é movimento*.

“nunca entram no labirinto; apenas o analisam, classificam e ordenam, diagnosticando a resposta”. (Levin, 2001, p.105)

Interessante pensar, com Levin, que a criança, ao encenar histórias, **(re)-inventa-se**, eu diria⁶. (Re)inventa-se talvez por poder falar a partir dos personagens; (re)-inventa-se como falante, algo que na outra cena estava interdito, mas, certamente, não impossibilitado.

De Lemos (2001) reconhece o lugar que as histórias infantis têm no vir-a-ser-falante “partindo da constatação de que as histórias infantis estão presentes na cultura de todos os povos e na interação mãe-criança das mais diferentes comunidades” (De Lemos, 2001, p. 30). Para ela, essa presença deveria ser questionada, pois:

(...) interrogar-se sobre a eficácia das histórias infantis na trajetória da criança pela linguagem teria, no mínimo, o efeito de pôr em xeque hipóteses formuladas nas quais as mais diversas teorias, segundo as quais na fase inicial da aquisição de linguagem é o chamado contexto físico imediato que fornece à criança a chave para a entrada na linguagem. Todavia, nada mais afastado do cotidiano "aqui-agora" do que as histórias infantis que cedo comparecem na fala da mãe para a criança (2001, p. 30).

Para a autora, as crianças vão se deixar fascinar pelas histórias, o que pode auxiliá-las “na construção de uma forma de interpretar o real” (COSTA, 1998, apud DE LEMOS, 2001, p.33)

A análise das histórias contadas por uma criança (R.) nesse artigo de Cláudia de Lemos, levam-na a concluir que:

(...) as histórias, como os mitos, como as falas e a linguagem de que são feitas se deixam desfazer, em fragmentos pela criança em seu trânsito por elas. Deixam-se desfazer para serem refeitas pelo sujeito que se ancora nas unidades de sua figuração até que o chiste, o lapso, o ato falho – ou uma criança outra, movida pelo simbólico que desloca essa figuração – as venha desfazer de novo. (2001, p. 58).

As histórias nos permitem "brincar" com a linguagem, com as vozes, com os ritmos. Talvez ela afete as crianças justamente porque **ousamos** em outros caminhos da língua. Porque nessa brincadeira improvisamos sons, danças e (re)inventamos enredos.

⁶ “Esquece-se que nenhuma criança ‘brinca’ de criança, mas de ‘vir a ser’”. (LAJONQUIÈRE, L., 1999, p. 38)

Para Vorcaro, com crianças que não falam, é necessário puxar o “gatilho do simbólico”⁷.

Ela afirma que os fonoaudiólogos fazem isso emprestando sua fantasia às crianças:

Ao jogar a criança no discurso, inserindo-a na linguagem, muitas vezes o fonoaudiólogo está fazendo a função do Outro, que é o que o analista, nesses casos, também faz. Então, eu acho que o problema e a diferença parece ser o fato de que o fonoaudiólogo faz isso com a sua fantasia. Ou seja, a posição da criança para o fonoaudiólogo é estar submetida à sua rede fantasística, de tal maneira que ele pode estar gozando às custas da criança ou deixando a criança gozar às suas custas. Essa interrogação sobre a especificidade do laço que está sendo estabelecido é o que a psicanálise pode permitir, e aí sim fazer a diferença... Uma função imaginária que o analista talvez não tenha como exercer. O analista empresta um imaginário, mas ele faz isso a partir da lógica, e não do próprio imaginário. O psicanalista não acredita no imaginário, enquanto o fonoaudiólogo, por acreditar, talvez possa até ter mais sucesso... (2004, p. 40-41)

Em um texto anterior, a autora afirma que a “criança captura o que há de mais singular no analista porque ela convoca o seu Fantasma⁸ (...) criança de que não podemos mais nos lembrar, criança da qual não podemos nos separar e que recalamos”. (VORCARO, 1999, p. 15). A clínica fonoaudiológica não tem uma formação que a autorize a reconhecer a questão do fantasma, à qual já fizemos referência no capítulo II, como questão fundamental dessa operação analítica que Vorcaro aponta nos tratamentos das neuroses e das psicoses.

Acredito que a Fonoaudiologia se distingue justamente porque, ao acreditar na fantasia como exercício de um imaginário, como fabulação, como imaginação, estabelece um jogo (de linguagem) com a criança e permite a ela colocar-se na realidade de outra narrativa, re-invertar-se como falante em outra boca, avançar na possibilidade de ser falante. Que isso mexe com fantasmas? Sim, e podemos reconhecer e cuidar disso; tanto que acabamos endereçando crianças e seus pais aos analistas.

Entramos, aqui, em outro labirinto: os caminhos da clínica fonoaudiológica e os da clínica psicanalítica. Com Eduardo, aprendemos – em um futuro – que é impossível dar a ele

⁷ “O psicanalista faz laço discursivo com a criança antes de a criança poder vir a manejá-lo. Assim puxa a ponta do simbólico antes de a criança vir a manejá-lo.” (Vorcaro, 2001, p.21)

⁸ A autora refere-se ao fantasma do analista.

nossa fantasia. Eduardo precisa enfrentar seu fantasma, precisa encontrar seu tempo, uma vez que ele se fixou e se presentifica sempre no menino da fita. Poderíamos dizer que o personagem de Eduardo é ele, em tempos de menino...

Viviane Veras me fez uma questão perturbadora quando leu este capítulo (ainda em reconstrução, como agora), ao retomar o segundo e-mail de Eduardo (“embora perceba momentos que minha fala não está fluente, há outros que ela se torna compreensível, natural”). Para ela, Eduardo fala de uma atenção, de uma vigília permanente, de uma tensão constante. A pergunta: *“será que escutar a fita junto não seria agravar-a-dor... o tempo em que ele permanece não seria sua garantia de não desandar de vez?”*. O impossível do e-mail seria uma repetição da impossibilidade da terapeuta – da minha impossibilidade – de ouvir, com ele, a fita.

Nossos impossíveis – meu e de Eduardo – são a marca desse atendimento. Pergunto se o trabalho comigo teve efeito, se não foi outra repetição de terapias fonoaudiológicas, e o que encontro como resposta é traduzido naquilo que ele também me coloca como possível: arrumou um emprego (lembremos: sua queixa inicial era a de que não conseguia trabalhar porque não falava bem) e continuará atento à sua fala; atento às “horas que ela se torna compreensível, natural”.

Teria sido esse o resultado possível desse atendimento? Imaginava esse caso retratando um fracasso, uma impossibilidade de/do atendimento fonoaudiológico, e percebo agora que Eduardo conseguiu obter o que pretendia quando me procurou, ou seja, arrumar um emprego, e a sua fala não o impediu. Será que a fantasia que pudemos lhe oferecer não foi justamente a de que éramos capazes de guardar a fita, de sepultá-la em um arquivo? Ou será que essa fantasia era a de que éramos capazes de sustentar um olhar quando todo o seu corpo gaguejava? A de enfrentarmos isso que o corporinguagem impõe nesse caso? Ou será que, ao nos darmos conta justamente dos nossos impossíveis, pudemos sustentar o que era da ordem do possível nessa clínica? No meio de tantas questões levantadas nos cruzamentos desse labirinto, lembro do que

Lacan postula: “o que eu procuro na fala é a resposta do outro. O que me constitui como sujeito é minha questão” (1992, p.163). Será, então, que ao nos colocarmos na posição de ouvinte, sem saber, respondemos ao que Eduardo procurava naquela terapia, naquele momento?

Com Renam, Henrique e Ricardo conseguimos penetrar nesse cenário da infância e “deixamo-nos ultrapassar pela criança para que, ao entrar em cena, ela nos inclua no seu cenário, nessa intimidade dramática, onde o laço transferencial se amarra, desdobrando-se em sua consistência”. (Levin, 2001, p.16)

Conseguir inserir a criança em outra cena, em que um personagem confronta um outro, onde insistimos na sua possibilidade de encenar, na possibilidade de que ela, a criança, tem de **OUSAR** na língua e surpreender, torna possível emprestar à criança nossa imaginação, pois aí há uma ilusão de poder “*fazer falar, falando*”.

Já sabemos que não aprendemos a falar repetindo simplesmente o nome das coisas. Se pensarmos na aquisição de outra língua, constatamos os inúmeros fracassos das tentativas de aprender somente pela via da tradução. Por isso, os personagens que aparecem nas histórias reinventadas nos atendimentos desses meninos não surgem ao acaso. Emergem de um brincar, de um brincar que acontece em um momento especial, terapêutico. Existem a partir de uma brincadeira fantasiosa, mas permitem que a criança saia do lugar fixo do signo e fale. Uma fala como movimento, não fixidez. Na Fonoaudiologia, as histórias nos possibilitam brincar com a fala, o ritmo, a duração e as entonações, possibilitando à criança, ou reconhecendo na criança, ou supondo que a criança também responda a esses movimentos.

Voz e corpo foram os instrumentos terapêuticos empregados nesses atendimentos. Eles também não dizem pouco... E aqui temos muito o que avançar para compreender a marca que eles fazem no nosso trabalho. Não se trata de imitação, jogo vocal. Não se trata de mera repetição, porque, como observa Leite (2002), há uma discrepância:

Um dos fatos mais significativos a respeito do recém-nascido é a enorme discrepância entre a percepção e a motricidade. A prematuração do bebê se refere a essa dissimetria, que o faz ser antecipado lá onde não está, via discurso da mãe. Além de ser falado pelo outro, a criança ouve/escuta lá onde ainda não se fala. Se é verdade que antes de falar o sujeito é falado, há que nos interrogar o fato de que escutar não é tão somente um gesto natural e considerar o que isso implica quanto às modalizações da presença da voz do Outro, como condição para que o sujeito tenha voz. (Leite, 2002, p. 89)

Ricardo começa a falar tentando apreender a melodia, a entonação, o ritmo da minha voz, a voz da terapeuta. Tanto que suas primeiras vocalizações e articulações se dão a partir das músicas infantis que cantávamos nas sessões. O pai, também reconhecendo que aí há algo em movimento, começa a cantar em português. Aqui podemos afirmar que Ricardo é fígado por uma língua. Ou por um ritmo...

Já vimos que, para Vorcaro, é o canto da língua o que assegura o traço identificatório do sujeito à língua. Julieta Jerusalinsky lembra-nos de que “o termo voz implica que a produção sonora seja tomada como chamado”⁹ (2004, p. 208). Para a autora:

(...) a escuta e o uso clínico dos parâmetros de entonação, dos picos prosódicos e do ritmo têm um importante lugar na clínica e, mais ainda, no trato com bebês e crianças pequenas, como modo de perceber seus primeiros engajamentos a uma matriz simbolizante¹⁰ e como modo de tentar produzir esse engajamento quando ele não está inscrito no infante”. (2004, p. 221)

Renam falava mais – tinha um vocabulário mais extenso – que Ricardo quando chegou ao consultório, porém ele nos fazia pensar o que Arantes¹¹ também assinala em seu texto: se a presença da especularidade nessa fala não trazia justamente a dúvida: será que ali se constituía um falante?

Relendo a descrição desse atendimento, no momento em que marco a saída de Renam dessa fala especular, pontuo: minha voz e meu corpo eram as armas secretas nessa **convocação**. Tomo, assim, minha voz, a voz do terapeuta, pelo que define a sua etimologia, como

⁹ “Vale a pena lembrar que a palavra voz está etimologicamente relacionada ao termo *vox* do latim, que significa tanto vocalizar na língua quanto produzir um chamado” (JulietaJerusalinsky, 2004, p. 207)

¹⁰ A autora remete essa expressão a Ângela Vorcaro.

¹¹ “A insistência desse processo em fala de pacientes fonoaudiológicos, embora estruturante de uma posição na linguagem, indica um aprisionamento à fala do outro.” (ARANTES, L.,2001p.257)

convocação. Sobre o que convoca, sobre o que pede escuta, vamos ouvir, mais uma vez, o que diz Vorcaro:

(...) mas antes de um domínio da língua que permita articular as perlongas, o jogo infantil em que a criança é embalada pelo adulto, parece indicar esse mesmo funcionamento em um só tempo conservado e perdido. Trata-se, do que opera no jogo lingüístico, do embalar andante em que se puxa uma fralda sonora. Fralda sonora que permite entreouvir um traço de presença subjetiva: a espera antecipadora da surpresa de uma descontinuidade. Essa defasagem demarca um lapso no qual a criança se engaja em re-experimentá-lo no jogo do andamento definido pela articulação sonora. (2002, p. 82)

Será que “puxar o gatilho do simbólico” e “puxar uma fralda sonora” é o que fazemos no nosso trabalho – emprestando nossa imaginação – com a criança que resiste à fala? Será que a improvisação sobre a qual tanto escrevo é justamente ler uma composição onde não há? A fantasia, então, segundo Vorcaro, seria justamente a que nos ilude na relação com essa criança, a de que poderíamos colocar um peixe em sua língua para fazer com que ela se solte?

Lembro da cena em que Ricardo fala e desenha um avião. Os passos que demos: “ssss, um avião, ele voa”; falo isso fazendo do meu corpo uma aeronave, meus braços estão estendidos como asas, e saio voando pela sala; ele cola seu corpo ao meu, braço sobre braço, e continuamos a brincadeira juntos... “sssssss” e também emitimos o som do vôo. Quando paramos, ele pega um papel e um lápis, desenha “com forma”, seu primeiro desenho/símbolo e o nomeia: avião. Seis meses depois ele desenha um rosto ao lado dos aviões...

Será que poder traçar um rosto, uma boca, foi possível nessa passagem do som ao corpo? Será que aqui está a resposta de como eu poderia desenhar uma boca no Pinduca? O som é provocado pelo movimento. Será esse o segredo da simpatia?

Neste percurso, retomo um texto de De Lemos em que a autora nos convoca a pensar, a partir dos dados de fala de uma criança presentes na dissertação de Trenche de Oliveira (2002), que "defrontamos-nos também com enunciados de uma criança em que comparecem em bloco numa voz e característica do apresentador de TV, blocos intactos de comerciais como Mappin,

nosso Mappin” coloca-se “em contraste com murmúrios e sussurros que apontam para o **canto** em que se aloja uma subjetividade abortada” (2002, p. 65). Ter uma sensibilidade capaz de reconhecer esses cantos¹², de percorrer os labirintos da infância e encontrá-los é nossa tarefa, é o que diz do desejo de uma clínica..

A psicanálise se fez presente aqui: a terapia fonoaudiológica encerra-se com Renam e Henrique quando eles entram em análise. Ricardo é encaminhado à fonoaudióloga pela analista. Interessante pensar nas diferenças e nas semelhanças dessas clínicas quando se trata da constituição de um sujeito, quando se fala de clínica de crianças. Há caminhos diferentes para se pensar essa questão na Fonoaudiologia.

A relação entre a Psicanálise e a Fonoaudiologia é fortemente marcada nos trabalhos de Cunha (1997), Palladino (2000, 2002), Passos (1995), Mendes (1996), Gomes (1997), Arantes (2003), Rubino (2003), Vorcaro (2003, 2004), Jerusalinsky (2004, 1989), Lacerda (2002, 1999), entre outros, que nos trazem visadas muitas vezes discordantes e conflituosas. Não é nossa proposta discuti-las aqui. Saliento que o importante é, com isso que ficamos, que todos os autores reconhecem a questão da linguagem como constitutiva, estruturante de um sujeito. Há uma crítica a uma Fonoaudiologia clássica – e aqui o trabalho de Cunha (1997) é um bom exemplo ao retomar os “deslizamentos e deslizos do campo fonoaudiológico”¹³ – e reconhece-se a importância que o atravessamento da Psicanálise trouxe ao trabalho clínico na área. A escrita deste trabalho tenta reconhecer a mudança radical que a psicanálise trouxe para a compreensão do humano, sem fazer uma colagem a sua prática, mas buscando justamente sustentar uma clínica fonoaudiológica que reconhece sua especificidade e limites.

Nesse sentido, para Maia, uma das contribuições que “certa dimensão da Psicanálise pode oferecer ao fonoaudiólogo é intrigá-lo na questão dos enigmas humanos, pois compreendê-los é

¹² Canto mais uma vez nos remete a lugar, espaço (corpo?) e a som, melodia (voz).

¹³ Faço referência ao capítulo II do livro de Claudia Cunha, Fonoaudiologia e Psicanálise: A fronteira do território. São Paulo: Plexus, 1997.

condição determinante para que o trabalho terapêutico se estruture na singularidade do paciente” (2000, p.6). Ressalto que aqui há também um reconhecimento de duas clínicas, a fonoaudiológica e a psicanalítica, e como esta última pode incidir sobre uma prática fonoaudiológica. Talvez possamos também pensar que, no trabalho com crianças que apresentam falas descompassadas, um diálogo entre as duas clínicas é fundamental na escuta dessa canção que a criança improvisa.

Vorcaro dirige a seguinte questão à psicanálise:

A inibição da criança em articular a fala não é somente um sintoma que comunica, ao campo social, um mal-estar familiar. Ela atesta a impotência da criança em identificar-se, em reconhecer-se em uma identificação, em distinguir-se no campo social. Mas se consideramos simplesmente que a criança-sintoma seria o indicador da resistência parental a tratar sua própria psicopatologia e que, portanto, apenas o encaminhamento ao psicanalista seria legítimo, como dissolvemos essa resistência a tempo de permitir a estruturação da criança como falante?¹⁴

A psicanálise também caminha com suas interrogações nesse campo. É preciso que a Fonoaudiologia vá além do seu sintoma original – a clínica de empréstimos – e, consiga enfim, construir uma prática particular. Registrar sua prática pode ser um dos caminhos. Talvez a insistência em sempre escrever clínica fonoaudiológica neste trabalho reflita justamente isso: a necessidade de nomear-se, considerando que nomear “é sublimar, agir como letra, abrir passagem para si numa via obstruída” como escreve Andrés, no verbete *Nome Próprio*, no Dicionário Enciclopédico de Psicanálise, editado por Kaufmann (1996,p.372), afirmando nossa identidade e nosso papel. Penso que isso é que garantirá, como afirma provocativamente Dunker (2000), uma originalidade: “Neste cenário, projetos de constituição de novas formas clínicas, como a de certa fração da fonoaudiologia, enfrentam contra si uma instabilidade de referências. O que pode constituir um bom momento para originalidade” (p. 57).

¹⁴ Artigo não publicado.

Essas crianças pequenas que hesitam na fala, que dizem da finura desse tecido quase se rompendo, fazem a Fonoaudiologia pensar nessa direção. A psicanálise fala disso, dessa esperança de acharmos resposta para tantas questões que se impõem nesses atendimentos. A instabilidade de referências, a que se refere Dunker, aparece nas formas de relação; e é em Barthes que encontro uma forma harmoniosa de falar disso:

Ele não buscava a relação exclusiva; ele também não buscava a relação generalizada, comunitária; o que ele queria era, a cada vez, uma relação privilegiada, marcada por uma diferença sensível, levada ao estado de uma espécie de inflexão afetiva absolutamente singular, como a de uma voz de timbre incomparável; e, coisa paradoxal, ele não via nenhum obstáculo em multiplicar essa relação privilegiada: tudo era privilégio, em suma; o que se buscava era um plural sem igualdade, sem indiferença. (1975, p. 72)

Todos os casos aqui relatados foram atendidos por fonoaudióloga e supervisionados por psicanalista. Aqui há uma possível resposta/caminho para se pensar uma clínica fonoaudiológica e sua relação com a psicanálise. Caminho esse que compartilho com Gueller:

Por isso o maior desafio do trabalho interdisciplinar é que cada um possa se desvencilhar mesmo que seja por um instante de suas certezas, não para incorporar as do outro, mas para fazer, como numa análise, a experiência desse encontro com a alteridade. Trata-se de que cada um possa se estranhar ouvindo o outro de seu próprio olhar, da sua própria escuta. Trata-se de deixar-nos surpreender pelo que o outro fala, mas também de deixar-nos surpreender pela nossa própria fala tomada pelo outro. Nesta perspectiva o trabalho numa equipe interdisciplinar não se apóia na idéia de complementação de conhecimentos: o olhar do médico não é complementar à escuta do psicanalista, ou à do fonoaudiólogo. Mas então cabe se perguntar: se os conhecimentos não são complementares, como é possível dialogar, como é possível trabalhar de modo conjunto? Na perspectiva aqui proposta o trabalho central passa pelo reconhecimento dos limites e pelo traçado de fronteiras de cada discurso. Sem esse reconhecimento é impossível necessitar ou até desejar a articulação com outras áreas do conhecimento. (2006, texto inédito)

A supervisão clínica com psicanalistas foi fundamental nesse processo de estabelecer uma especificidade no meu campo de trabalho, visto que há um questionamento, uma pontuação extremamente importante que a Psicanálise, também dentro daquilo que é seu trabalho, pode trazer como efeito em meus atendimentos. Exemplifico com um fragmento de uma supervisão clínica na qual uma colega fonoaudióloga leva ao supervisor, um psicanalista, uma questão

comum na nossa prática: indicar ou não o uso de um aparelho ortodôntico para seu paciente. Ela reconhece que o menino tem uma mordida cruzada e faz um gesto com a boca que é idêntico ao do pai. Eis a resposta: *“Não me parece inconveniente do ponto de vista do menino essa intervenção; parece inconveniente do lados dos pais. Aí estaria a questão. Eu diria que abrir caminho para o ortodontista intervir é mais abrir caminho junto aos pais. É algo assim como um trabalho prévio de preparação para que os pais abram a boca. Abram a boca para deixar sair palavras. Bom, vocês vão se agarrar nesse aparelho para deixar de perguntar como o menino está na vida, porque como estão seus dentes não é como ele está na vida. Quando alguém tem um dente torto, ele pode endireitá-lo, digamos, evitando alguns inconvenientes e dores desnecessárias, mas quando alguém endereça o dente torto, a vida dele não desentorta, só o dente. Isto é que tem que ser trabalhado, porque é ali que tem um efeito muito resistencial e, bom, o menino está avançando e, na maioria dos casos, o tratamento com crianças é assim: os pais atingem um limite, só que a gente já ganhou tempo e a criança avançou, e aí os pais já não podem anular isso. Os pais arreganham os dentes, com mordida cruzada.”*

Essa fonoaudióloga já estava tocada por esse não saber que a Psicanálise expõe; tanto que ela leva uma questão que normalmente não gera dúvidas na área: a indicação de um aparelho ortodôntico para uma criança. Ela achava que o aparelho iria justamente romper a identificação do filho com o pai; por isso, uma das hipóteses era retardar a indicação. O que temos aqui é que, apesar dessa sensibilidade, dessa interrogação necessária na clínica fonoaudiológica, há questões que dizem da subjetividade de uma criança. Uma supervisão nos faz pensar na possibilidade de uma resposta e no fato de que temos que ter um cuidado maior, talvez para não tentar interpretar aquilo que não temos condições nem formação para fazer. Podemos, assim, correr o risco de tomar o discurso da Psicanálise com o de uma técnica e trabalhar na sua aplicação.

A Psicanálise possibilita pensar no erro como ato falho e no sintoma como fala. Nesse caso, a omissão de uma letra (o r de Renam) não fala de uma incapacidade articulatória, mas da

posição do sujeito frente ao outro; ensina a importância de pensar sobre o real da fala, do simbólico(captura) e do imaginário que talvez diga dessa fantasia que emprestamos à criança. A Psicanálise traz para a Fonoaudiologia a fala como enigma, não como articulação de sons; daí as nossas inquietações diante de uma criança que repete, repete. O real da produção articulatória e o som produzido pela voz não garantem o sucesso terapêutico dessa clínica.

Retorno à introdução desta tese, para destacar que meu encontro com a Psicanálise aconteceu a partir de uma pergunta feita pela mãe de um paciente: “o que eu faço com ele falando?”.

O amor cego à psicanálise, momento inaugural do nosso diálogo, era a certeza de que a Psicanálise teria uma resposta para os enigmas que se impõem à nossa prática clínica. A história da Fonoaudiologia tem mostrado uma busca incessante de respostas em áreas diferentes, e a Psicanálise, de fato, faz parte desse percurso. Contudo, é preciso lembrar sempre que, embora esses encontros sejam interessantes (para ambos os campos), eles não respondem ao real da clínica fonoaudiológica. Não há semiologia fonoaudiológica, uma vez que todos os nomes das doenças que tratamos têm sua origem no campo da Medicina, e, se dele escapam, acabamos por tomá-los de outra área; da Psicanálise, por exemplo. A Fonoaudiologia talvez possa fazer uso de um peixe, e deixar seu silêncio. Talvez agora seja a hora de fazer nossas próprias interrogações, seguir outras trilhas, insistir em respostas e deixar (inter)romper nosso silêncio.

Capítulo 6

Compassos no silêncio

*Mesmo quando tudo pede
um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede
Um pouco mais de alma
A vida não pára*

*Enquanto o tempo acelera
Vou na valsa
E pede pressa
Eu me recuso, faço hora
A vida é tão rara*

*Enquanto todo mundo espera a cura do mal
E a loucura finge que tudo é normal
Eu finjo ter paciência
O mundo vai girando cada vez mais veloz
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós
Um pouco mais de paciência*

*Será que é tempo que lhe falta pra perceber?
Será que temos tempo para perder?
E quem quer saber
A vida é tão rara, tão rara
Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
Mesmo quando o corpo pede um pouco mais de alma
Eu sei,
esse a vida não pára.*

(Lenine/Du Falcão)

Talvez eu nunca chegue a conseguir desenhar uma boca no Pinduca, mas o que eu tentei – e tento – é encontrar uma voz, uma música que ele, certamente, cantaria...ou tocaria. Os Pinducas nos mostram exatamente isso que ouvimos em Lenine: uma recusa à velocidade que a loucura dos outros com sua superprodução de signos finge que é normal.

Juliana é uma garota que também improvisa seu tempo e sua música. Quando seus pais me procuraram ela tinha quase 3 anos e pouco falava. Num curto espaço de tempo ela começou a

falar sem parar. Falava e falava no dia que antecedia nossa sessão, no dia da sessão e no dia seguinte. Depois o silêncio voltava. Seu pai dizia que ela falava sob o “efeito Ana Clélia”. Atualmente ela está com 6 anos. Fala bastante, com “letras faltando”, mas, sem dúvida, é uma narradora. Juliana fala, mas o único nome que escreve é ANA, o meu e, por uma dessas coincidências que aparecem sempre na clínica, as três letras são também o final do seu nome. Por que Juliana insiste nos silêncios? O que será que há nesse “efeito Ana Clélia” que se repete na escrita?

Os Pinducas se juntam a essa menina e marcam uma incapacidade: traçar uma boca, como se inscrever algo do/no corpo fosse da ordem do impossível nessa clínica fonoaudiológica. Esse impossível foi o motor da escrita desta tese. Para construir este capítulo final, retorno aos vários títulos que esta tese já recebeu a título de artigo, de projeto, de apresentação para qualificação.

Primeiramente, o projeto intitulava-se Histórias da Articulação Fonoaudiologia, Linguística e Psicanálise nos casos de Retardo de Aquisição de Linguagem. Um nome, no mínimo, ingênuo, pois pretendia narrar uma história que não existia; um título que evoca uma relação imaginária, mas também pretenciosa, uma vez que requeria para os ditos casos de “retardos de aquisição de linguagem” a função de escrever uma articulação inexistente. Sabemos que a Fonoaudiologia surgiu no Brasil a partir da clínica médica para preencher uma falta, um buraco, um vácuo¹, consequência dessa prática que, ao classificar os sintomas da fala como patologias, abriu um espaço para a terapêutica. A clínica fonoaudiológica funda-se na necessidade de cuidar e curar as anomalias de fala. A Linguística e a Psicologia foram áreas que forneceram os primeiros instrumentos para sua atuação e, por isso, a primeira fase na nossa

¹ Palavra utilizada por Vorcaro: “se a clínica médica estabeleceu uma modalidade de classificação diagnóstica de sinais e sintomas da fala, a medicina não tinha recursos para a terapêutica. Foi nesse vácuo que a fonoaudiologia surgiu”. (2004, p. 14)

prática é conhecida como a fase dos “empréstimos”. A psicanálise aparece num momento posterior, talvez também num vácuo aberto não mais pela ordem médica de curar, mas pelas interrogações que esse processo de cura fazia ouvir nas falas estranhas que os pacientes nos apresentavam. Nossa saída, nesse momento, foram os grandes chavões que prometiam abrir todas as portas; chaves mestras como “deve-se ver o paciente como um todo” ou “deve-se tomar a fala como um enigma”. O paciente “como um todo”, obrigava o fonoaudiólogo a considerar o corpo além da boca; a fala “como enigma”, refletia o reconhecimento da falta de transparência da linguagem. A Psicanálise² teve sua entrada, provavelmente, através do percurso que a própria área de aquisição de linguagem seguiu na trilha das publicações de Cláudia de Lemos e de outros autores ligados ao interacionismo, e também pelos trabalhos e rumos que uma Fonoaudiologia ligada principalmente à PUC/SP foi questionando e publicando nessa área.

A ingenuidade do primeiro título aparece, então, de duas maneiras: a primeira por acreditar que articular essas áreas seria meramente contar uma história; a segunda, talvez ainda mais complexa e certamente a responsável pelo rumo que este trabalho tomou, diz respeito a algo que corriqueiramente diagnosticamos na nossa área como retardo de aquisição de linguagem, sem nos darmos conta de que essa nomeação é da ordem do impossível: uma linguagem não se retarda, já que ela é o que constitui o sujeito. Logo, como colocar parâmetros, como medir, como classificar a linguagem? Aqui não há nada de enigmático; eu diria que há algo da ordem da armadilha em que caímos ao reproduzirmos um discurso psicanalítico da mesma maneira como fizemos com o médico e o lingüístico. Portanto, uma vez que não é possível retardar ou fazer avançar a linguagem; uma vez que ela não evolui nem regride, não há terapêutica que incida sobre ela. Ela falha, ela falta, porque é falha e falta. Se ela se apresenta como enigmas na fala, com seus tropeços, seus silêncios, suas hesitações, sua aceleração, seu

² É importante destacar que nesse momento tomamos também a Psicanálise (com artigo definido) como uma, como única, simplesmente repetindo o que dessa psicanálise incide sobre as falas das crianças.

retardo, é porque são sintomas que presentificam e identificam essas falas. A ingenuidade de que falamos com relação ao que lemos na Psicanálise escancara-se nas palavras de Pommier, na pulsação marcada pelo inconsciente lacaniano “estruturado como uma linguagem”, como repetimos muitas vezes sem saber o que aí se desvela.

O inconsciente se abre sempre que alguém fala. O que se apresenta nesse instante não é o resíduo de um passado longínquo, mas aquilo que nos espera à frente, no fim da frase. Assim como uma onda perde pouco a pouco sua força sobre a areia de uma praia, do mesmo modo o que pode se formar de inconsciente se mantém na sua crista, na borda do pensamento que se desenrola, e se fecha ao mesmo tempo que este. Da polissemia das palavras, aberta inicialmente, não resta mais que uma significação quase unívoca. Entre abertura e fechamento, entre a evocação da totalidade e a queda de um sentido, entre gozo e castração, o lapso, o chiste, o ato falho, ou mesmo apenas um silêncio, um ligeiro tropeçar são os vestígios daquilo que resiste à significação. O ato de falar oscila, pois, entre abertura e fechamento do inconsciente (POMMIER, 1992, p. 109-110)

O texto de Pommier é precioso nesse sentido de revelar como lemos, muitas vezes irresponsavelmente, essa Psicanálise, e justificamos, a partir dela, a nossa atuação terapêutica com a linguagem. A clínica fonoaudiológica atua sobre os sintomas da/na fala, e nessa prática a relação com a psicanálise é extremamente importante, não para nos instrumentalizar em relação ao desvendamento dos enigmas da fala do paciente, mas para nos manter atentos aos nossos impossíveis em relação a nosso trabalho e atuação.

A partir dessa descoberta do não saber, escreve-se um novo título: Teorizando uma clínica fonoaudiológica. Deparo-me, então, com a repetição de mim mesma. Na introdução desta tese faço referência a minha dissertação de mestrado para explicar que, ao pretender buscar um discurso novo, tomava para minha escrita a pretensão de trazer a minha clínica como lugar do acontecimento, do inédito. Ilusão narcísica que se repete no deslize desse segundo título, que rapidamente percebi e mudei³. Mas, por que se repete? Penso que também é nesse vácuo que minha formação teórica acontece, e na prática com as crianças atesto que a fonoaudiologia

³ Ao ler essa parte, a fonoaudióloga Lucila Pastorello observa que “e mudei, emudei, emudeci, fiz silêncio sobre a fala anterior”.

produz efeitos, e é nesse movimento que encontro um sentido para a repetição de tentar descrever uma clínica.

Novamente aprendo com a Psicanálise; aprendo que “o analista deve precaver-se de acreditar-se um fim em si mesmo... que não se tome pelo Deus que não há” (GOLDEMBERG, 2004, p. 20) e “quanto mais o analista é assertivo, quanto mais ele adivinha em sua construção ou reconstrução, menos ele deixa lugar ao sujeito e ao desejo” (BERGÈS, 2004, p. 159). Aprendizagem difícil, que me faz retornar aos casos – entendo como caso aquilo que já virou escrita – e ler o movimento em jogo em cada cena, em cada etiqueta das pastas que eu guardava.

Reconstruir cada nome – Eduardo, Ricardo, Renam, Henrique – no retorno aos casos foi fundamental para perceber que a Psicanálise havia trazido marcas importantes para essas histórias clínicas. Teve lugar, então, uma terceira nomeação: Entre o amor à psicanálise e o desejo do fonoaudiólogo: a clínica com criança. Um momento teórico que se traduz na epígrafe que coloco na contra capa:

Ele se sente solitário com todo escrito cujo princípio é de que o sujeito é apenas um efeito de linguagem. Ele imagina uma ciência muito vasta, na enunciação da qual o cientista se incluisse enfim – que seria as ciências dos efeitos da linguagem
(Roland Barthes)

Uma fonoaudióloga desejan-te; um sujeito que, por amor (no sentido do enamorado) depositava na Psicanálise a verdade que eu construía a partir do que os efeitos da linguagem estavam produzindo na minha prática com as crianças. Amor contraditório, pois abria o sujeito desejan-te para a verdade do não saber e colocava-o em um *entre*; um lugar de decisão entre Fonoaudiologia e Psicanálise, im-passe do desejo, seguido de dois pontos [:] e “a clínica com crianças”. Reler esse título a partir da explicitação desse dilema me fez retomar o que nele se colocava como condição: essa clínica.

Retornar à clínica, reescrever as histórias desses meninos, compreender o que existia no “efeito Ana Clélia” que Juliana insistia em mostrar, responder à simpatia da minha avó que fez eco neste trabalho e postou-me do lado do desejo. Em *Cartas a um jovem terapeuta*, Contardo Calligaris escreve que “é útil que a gente possua alguns traços de caráter ou de personalidade que, dito aqui entre nós, dificilmente podem ser adquiridos no decorrer da formação: melhor mesmo que eles estejam com você desde o começo” (2004, p. 3), e exemplifica com a sua interpretação sobre os motivos que levaram seu pai a ser médico.

Em Psicanálise escreve-se – e muito – sobre o desejo do analista. Na Fonoaudiologia é possível aprender a escrever sobre desejo, traçar os caminhos que levam a ele, distinguir, enfim, na relação com cada criança, além dela, o desejo do fonoaudiólogo.

Falar de passagens implica colocar em evidência a possibilidade de inscrição cultural desse objeto/traço resultante da ligação sujeito/outro. Esse tema implica trânsitos, territórios, fronteiras, ou mesmo – lembrando Lacan – litorais/literais. Passagens situa privado/público; dentro/fora; inanimado/animado; coisa/nomeação; reconhecimento/nome... Enfim, poderia fazer-se uma lista. Indicamos aqui somente alguns caminhos. Todos eles evidenciam a dificuldade inerente à referência de nosso lugar neste mundo, na medida em que essa referência transporta, pelo falo, dualidades irresolúveis. Essas dualidades não são dispensáveis e a dialética não as supera. Muito bem, o significante, num percurso de análise – é isso que nos ensina a psicanálise – pode transpô-las sem precisar resolvê-las. (COSTA, 2001, p. 52).

Foi a (re)escrita de casos de crianças⁴ que desencadeou este (re)encontro com o desejo de fonoaudiologizar, e, como escreve Vorcaro, “é interessante ressaltar que o caso não se limita ao paciente, mas refere-se ao encontro que a clínica promove” (2003, p. 11). Vorcaro também nos põe a pensar que a escrita da clínica convoca, ela própria, a perguntar-se o que ela apresenta de imaginário e de aleatório, e nessas interrogações é que se pode ler o ato psicanalítico.

⁴ “As crianças certamente têm o potencial de problematizar a psicanálise, sua técnica e sua teoria; e são elas que recolocam as questões que se estendem a todos os psicanalistas frente às “crianças” que freqüentam seus divãs” (RABELLO, S., 2004, p. 78)

As interrogações que se postaram a partir da escrita dos (a)casos relatados nesta tese me impuseram o título seguinte e definitivo: (com)passos no silêncio. A palavra linguagem, que aparecia no título primeiro, renomeou-se como silêncio, e esse deslocamento, a reescrita de um nome (de uma área?), ressignifica essa linguagem, porque toma a criança na fonoaudiologia inserida no campo da linguagem, mas em silêncio. Ler essa ressignificação de um nome permite responder à questão que permeia esta tese: há criança sem fala? Há criança em silêncio. Há linguagem-silêncio na criança e há com-passos no silêncio.

Como se compõem – a pergunta derradeira – os compassos necessários para podermos escutar o canto da fala de uma criança que nos encanta? (Re)Conhecer a paciência/trabalho/formação que essa escuta do silêncio de uma criança exige; fazer do silêncio o ritmo; aprender a ouvir o que está se compondo numa improvisação; tocar compassos no silêncio foi o que aprendemos com Eduardo, Ricardo, Renam, Gustavo, Felipe, Henrique, Juliana.

Compassos no silêncio. O *Com* nos com-vida a uma clínica fonoaudiológica que reconhece como essencial a interdisciplinaridade. Ela é o compasso que torna a música possível. Esta tese trata da composição de crianças como falantes e dos descompassos nos quais ouvimos essas crianças. Portanto, a clínica fonoaudiológica exige parceiros para compor com-passos.

No corpo deste texto, a música se fez ouvir, para pensarmos que a genialidade de Cage está, justamente, em sustentar um silêncio que toca e nos toca. Para aprendermos que todo movimento é som. Que todo peixe, ao tocar uma língua, ressoa, um traço se faz e o contorno de uma boca aparece⁵.

Felipe, o menino que me ajudou a escrever a introdução deste trabalho, deu-me de presente, sem saber, o seu final, ao permitir que eu gravasse um momento pequeno de nossa sessão:

⁵ “Para se produzir som musical precisa-se de uma fonte sonora (CORPO que produz som ao vibrar)”. *Harmonia e Improvisação*, Almir Chediack, Lumiar Ed., 1986, p. 41.

F: sabe papai, papai, papai tá doente. Sabe, te amo papai, te amo papai... (sua voz vai sumindo)

Um sussurro inaudível, para mim.

A: O papai tá doente? O que ele tem?

F: o papai tá doente. Cego o papai. Tá cego (sussurrando)

A: O papai tá cego?

F: Tá cego o papai. Cego e surdo (muito baixo)

A: O papai tá cego e surdo?

F: O papai tá doente, socorro. Papai, socorro! **Que fez papai?**

Felipe foi capaz de articular esta questão: *Que fez papai?* – na clínica fonoaudiológica. Respondê-la diz do impossível dessa clínica. Felipe, mudo. O gesto de colocar o peixe, gesto realizado pelo outro, subtrai a vírgula. Escrevi isto porque fiquei brincando com mudo(calado) e mudo(mudança). Queria terminar com isso ou isso:

Conferência sobre o nada

Estou aqui e não há nada a dizer.
Se algum de vocês
Quiser ir a algum lugar
Pode sair a qualquer momento
O que nós requeremos é o silêncio
Mas o que o silêncio requer
É que eu continue falando.
Dê ao pensamento de alguém
Um empurrão: ele cai logo.
Mas o que empurra e o empurrado
Produzem esse entretenimento
Chamado discussão.
Vamos ter uma daqui a pouco?
Ou, podemos decidir não ter uma discussão.
Como vocês quiserem.
Mas agora há silêncios
E as palavras fazem, ajudam a fazer, os silêncios.
Eu não tinha nada a dizer
E estou dizendo
E isto é poesia,
Como eu quero.

(John Cage, tradução de Augusto de Campos)

Referências Bibliográficas

- ALBANO, E. C. *Da fala à linguagem – Tocando de ouvido*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- ARANTES, L. A clínica psicanalítica e a fonoaudiológica com crianças que não falam. *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v.15, n.1, p.59-69, dez. 2003
- _____. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem – Tese de Doutorado: PUC/SP, 2001.*
- _____. As múltiplas faces da especularidade. *Letras de Hoje*. Porto Alegre. V.36, n.3, p. 253-259, setembro, 2001.
- BASSO, R.B. Retardo de Desenvolvimento de Linguagem: O fonoaudiólogo e seu paciente. *Dissertação de Mestrado: IEL/UNICAMP, 1995.*
- BARTHES, R. *Roland Barthes por Roland Barthes*. São Paulo: Cultrix, 1975.
- BEFI-LOPES, D.M. Avaliação, Diagnóstico e Aspectos Terapêuticos nos Distúrbios Específicos de Linguagem. In: Ferreira, L.; Befi-Lopes, D.M. & Limongi, S.C.O. (orgs.). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2005, P. 987-1000.
- _____. Alterações de Desenvolvimento da Linguagem. In: Fonoaudiologia: Informação para a Formação, Limongi, S.C.(org.). Rio de Janeiro: ed. Guanabara Koogan, 2003. p.19- 32.
- BERGÈS, J. Retardo da Linguagem e Afetividade. *Escritos da Criança*. Centro Lydia Coriat. Porto Alegre. No. 2, p.21-29, 2^a.ed., 1988.
- BERGÈS, J. & BALBO, G. *Psicose, Autismo e Falha Cognitiva na Criança*. Porto Alegre, CMC, 2002.
- _____. *Jogo de Posições da Mãe e da criança. Ensaios sobre o transativismo*. Porto Alegre: CMC, 2003.
- _____. *A Atualidade das Teorias Sexuais Infantis*. Porto Alegre: CMC, 2001.
- _____. *A criança e a Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2^a ed, 1997.
- _____. Do Corpo à Letra. In: Vorcaro, A. (org.), *Quem fala na língua?* sobre as psicopatologias da fala. Salvador, BA: Ágalma, 2004, p. 151-174.
- BERNARDINO, L. M. F. *As psicoses não-decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- CAGE, J. *Silence*. Hanover: Wesleyan University, 1961.
- CALADO, C. *O Jazz como espetáculo*. São Paulo: Perspectiva, 1990.

- CALVINO, I. *Seis Propostas para o próximo milênio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- CALLIGARIS, C. *Hipótese sobre o Fantasma na cura psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- _____. *Cartas a um jovem terapeuta: o que é importante para ter sucesso profissional*. Rio de Janeiro: Elsevier ed., 4^a. edição, 2004.
- CASTRO, M. F. P. Apontamentos sobre o corpo da linguagem. In: Leite, N. V. de A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003, p. 47-60.
- CERQUEIRA, C. Clínica de Linguagem: Interrogações e pontuações sobre retardo de linguagem a partir do atendimento de uma criança. *Dissertação de Mestrado*: PUC/SP, 2005.
- CHEDIACK, A. *Harmonia e Improvisação I*. Rio de Janeiro: Lumiar, 1986.
- COSTA, A. *Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- CUNHA, M. C. *Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo: Plexus, 1997.
- DE LEMOS, C.T.G. - Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In: Lier de Vitto, M. F. e Arantes, L. (orgs), *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006, p. 21-32.
- _____. Sobre o paralelismo, sua extensão e a disparidade de seus efeitos. In: Lier de Vitto, M. F. e Arantes, L. (orgs), *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006, p. 98-107.
- _____. Sobre os pronomes pessoais na fala da criança. *Letras de Hoje*, v. 39 n. 3 p. 9-25, setembro, 2004.
- _____. Corpo & Corpus. In: Leite, N. V. de A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003, p. 21 –38.
- _____. Das Vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Caderno de Estudos Lingüísticos*, Campinas, Unicamp/ IEL, v. 42, p. 41-70, 2002.
- _____. Sobre fragmentos e holófrases. In: III Colóquio do LEPSI, 2002, São Paulo. *Psicanálise-Infância e Educação, Anais do III Colóquio do Lepsi*. São Paulo: USP, 2001, p.45-52.
- _____. Sobre o estatuto Lingüístico e Discursivo da narrativa na fala da Criança. In: *Lingüística*, vol. 13, ALFAL, 2001, p. 23-60.
- _____. A criança com(o) ponto de interrogação. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, p. 39-50, 1999.
- _____. Sobre o Ensinar e o aprender no processo de aquisição de linguagem. *Caderno de Estudos Lingüísticos*. Unicamp. v. 22, 1992, p. 149-152.

_____. Saber a língua e o saber da língua. *Aula inaugural IEL/Unicamp*, 13 de março de 1991 (inédito).

DOLTO, F. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DRUMMOND, C. O caso clínico na psicanálise com crianças e seus efeitos de transmissão. In: *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*. V.1, n.1. Belo Horizonte: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, 2003, p.31-34.

DUCROT, O. & TODOROV, T. *Dicionário Enciclopédico das Ciências da Linguagem*. São Paulo: Perspectiva, 2001.

DUNKER, C. I. L. Clínica, Linguagem e Subjetividade. Ver. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 12(1):39-60, dez. 2000.

_____. As escansões do gesto: esboço para uma teoria psicanalítica da ação. In: Leite, N. V. de A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003, p. 31–38.

ECO, U. *A Busca da Língua Perfeita*. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

FERNANDEZ, F. D. M. Os atrasos de aquisição de linguagem. In: Goldfeld, M. (org.). *Fundamentos em Fonoaudiologia: Linguagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 23-37.

_____. Terapia de Linguagem em Crianças com Transtornos do Espectro Autístico. In: Ferreira, L.; Befi-Lopes, D.M. & Limongi, S.C.O. (orgs.), *Tratado de Fonoaudiologia*, São Paulo: Roca, 2005, p.941-953.

FIGUEIREDO, A. C. A Construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Ver. *Latinoam. Psicopat. Fund.*, VII, 1., São Paulo: Escuta, 2003, p.75-86.

GOLDENBERG, R. A ética é o estilo. In: Bernardino, L. M. F. (org.), *Psicanalisar crianças: que desejo é este?* Salvador: Ágalma, 2004, p.18-21.

GOMES, I.C. Aprendendo a falar com Marie. O uso de objetos como intérpretes na relação com uma criança autista, *Distúrbios da Comunicação*. v. 11, número 1, 1999.

GUELLER, A. J. S. *Vestígios de tempo. Paradoxos da atemporalidade no pensamento freudiano*. São Paulo: Arte 7 Ciência, 2005.

_____. O psicanalista, a criança e a clínica interdisciplinar. No prelo, 2006.

HOLLANDA, F. B. *Budapeste*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

JERUSALINSKY, A. Seminário III, *Razão e Método para apresentação de casos clínicos*. USP, Instituto de Psicologia: Lugar de Vida, 2004.

_____. O Nascimento do ser Falante. In: Bernardino, L. M. F. e Rohenkohl, C. (orgs.) *O bebê e a Modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.51-59.

_____. e colaboradores. *Psicanálise e desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

_____. Para uma clínica das psicoses. In: *Estilos da Clínica*, ano I, n.1, p. 146-163, Instituto de Psicologia da USP, 1996.

_____. Pequena história do tempo lógico em psicanálise. In: Slavutsky, A. (org.). *Cem anos de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 179-191.

JERUSALINSKY, J. *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador, BA: Ágalma, 2002.

_____. Prosódia e Enunciação na clínica com bebês: quando a entonação diz mais do que se queria dizer. In: Vorcaro, A. (org.), *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala*. Salvador, BA: Ágalma, 2004, p. 206-228.

KAUFMANN, P. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise. O legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KIEFER, B. *Elementos da Linguagem Musical*. Porto Alegre: Movimento, 1987, 5ª. edição.

LACAN, J. *Escritos*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

LACERDA, E. T. A intervenção do especialista na relação de uma criança não falante com sua mãe em tempos de constituição. In: *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 13(2): 351-357, jun. 2002.

_____. Os vários tempos de uma prática clínica fonoaudiológica marcada pela psicanálise. São Paulo, Monografia apresentada como conclusão do Curso Conflito e Sintoma II, do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientae.

LACHAUD, D. A língua materna. In: Souza, A.M. (org.), *Psicanálise de Crianças*, vol.1 – interrogações clínico/teóricas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LAJONQUIÈRE, L. *Infância e Ilusão (Psico)Pedagógica: escritos de psicanálise e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LEITE, N. V. A. Autismos. In: *Estilos da Clínica*, São Paulo, USP, v. IV, no.7, Instituto de Psicologia, 1999.

_____. Sobre a Singularidade. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, (38): 34-49, 2000.

_____. Do *Infans* ao falante: o tempo para se contar. In: *Letras de Hoje*. Porto Alegre, v.36, no.3, p. 267-272, setembro, 2001.

_____. Sema-soma. In: Bernardino, L. M. F. e Rohenkohl, C. (orgs.) *O bebê e a Modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 85-90.

_____. Corpolingüagem. In: Vorcaro, A. (org.). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala*. Salvador, BA: Ágalma, 2004, p. 180-188.

LEMINSKI, P. *Distraídos venceremos*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LEMONS, M. T. G. A fala da Criança como Interpretação. *Caderno de Estudos Lingüísticos*. Unicamp. n. 29, 1995, p. 17-26.

LEVIN, E. *A Função do filho. Espelhos e labirintos da infância*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

LIER DE VITTO, M. F. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. *Letras de Hoje*. Porto Alegre: EDIPUCRS, v. 39, n. 3, 2004, p. 47-60.

_____. Patologias da linguagem: subversão em ato. In: Leite, N.V. de A. (org.) *Corpolingüagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003, p. 233-245.

_____. Sobre o sintoma – déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda....? *Letras de Hoje*. Porto Alegre. v. 36, n. 3, setembro, 2001, p.245-251.

LIER DE VITTO, M.F.e ARANTES, L. (orgs) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006.

LISPECTOR, C. *A maçã no escuro*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

MAIA, S. M. A singularidade e o trabalho clínico terapêutico. In: *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, 12(1): 21-28, dez., 2000.

MENDES, P. E. Sobre a Interdisciplinaridade no contexto terapêutico: a psicanálise servindo de elemento teórico à clínica fonoaudiológica. In: *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 8, no. 1, 1996, p. 61-77.

MENEZES, F. *A acústica musical em palavras e sons*. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2003.

MILNER, J. C. *O amor da língua*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

NÁSIO, J.-D. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

NESTROVSKI, A. *Notas Musicais. Do barroco ao Jazz*. São Paulo: Publifolha, 2000.

NYMAN, M. *Experimental Music: Cage and beyond*. New York: Schirmer, 1974.

ORLANDI, E. P. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 1992.

PALLADINO, R. R. R. Repetições: falas que ecoam na alma. *Tese de Doutorado*, PUC/SP, 2002.

_____. Desenvolvimento da linguagem. In: Ferreira, L.; Befi-Lopes, D.M. & Limongi, S.C.O. (orgs.). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2005, p. 762-771.

PASSOS, M.C. Fonoaudiologia e Psicanálise: um encontro possível. In: *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 7, no. 2, 1995, p. 173-179.

PAZ, O. *O Mono Gramático*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

PERISSINOTO, J. Diagnóstico de Linguagem em Crianças com Transtornos do espectro Autístico. In: Ferreira, L.; Befi-Lopes, D.M. & Limongi, S.C.O. (orgs.). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2005, p. 933-940.

PERDIGÃO, A. B. *Sobre o silêncio: um livro de entrevistas com vários autores*. São José dos Campos, SP: Pulso, 2005.

PESSOA, F. *O Eu Profundo e os outros Eus*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980, 7ª edição.

POMMIER, G. *A Neurose Infantil da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

RABELLO, S. O que quer um psicanalista com as crianças? In: Bernardino, L. M. F. (org.), *Psicanalisar crianças: que desejo é este?* Salvador: Ágalma, 2004, p.71-80.

ROBINSON, R.J. The Causes of Language Disorders: Introduction and Overview. *Proceedings of The First International Symposium on Specific Speech and Language disorders in Children Reading*. AFASI, 1987.

ROCHA, A.C.O. A clínica fonoaudiológica escutando a mãe de crianças com Fra X. *Dissertação de Mestrado*. PUC/SP, 1994.

_____. Angústia e Silêncios – In: Leite, N.V. de A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2006, p. 143-148.

_____. e PASTORELLO, L.M. (org.) *Fonoaudiologia e Linguagem Oral – Os Práticos do Diálogo*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2006.

ROSA, J. G. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

ROUSSEAU, J. J. *Ensaio sobre a origem das línguas*. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003.

RUBINO, R. Os falantes tardios como uma categoria limite entre a normalidade e a patologia. *Letras de Hoje*: Porto Alegre, vol.36, 2001, p. 625-632.

_____. Atraso de Linguagem e estruturação subjetiva: questões sobre a relação entre a clínica fonoaudiológica e a clínica psicanalítica. In: *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 15(1): 71-82, Dez. 2003.

RUTTER, M. Developmental language Disorders: some thoughts on causes and correlates. *Proceedings of the First International Symposium on Specific Speech and Language Disorders in Children Reading*, AFASI, 1987.

SANTANA, A. P. Reflexões Neurolinguísticas sobre a surdez. *Tese de Doutorado*: IEL/UNICAMP, 2003,

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. Organizado por Bally, C. e Sechehaye, A. Tradução de Antonio Chelini, José Paulo Paes e Isidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1975.

SCHAFFER, R. M. *O Ouvido Pensante*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1992.

_____*A afinação do mundo*. São Paulo: Editora da UNESP, 2001.

SCHEUER, I.C., BEFI-LOPES, D.M. & WERTZNER, H. F. Desenvolvimento da Linguagem: uma introdução. In: Limongi, S.C. (org.). *Fonoaudiologia: Informação para a Formação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 1-18.

SEINCMAN, E. *Do Tempo Musical*. São Paulo: Via Lettera, 2001.

SPINELLI, M. Os problemas de comunicação na clínica dos distúrbios do desenvolvimento infantil. In: *Estilos da Clínica*, ano II, n.3, p.21-29, Instituto de Psicologia da USP, 1997.

_____*Pensando a linguagem*. In: Oliveria, S. L., Parlato, E. M. e Rabello, S. (orgs.). *O falar da linguagem*. São Paulo: Lovise, 1996, p. 17-22.

_____*Distúrbios no Desenvolvimento da Linguagem*. In: Francisco B. Assumpção Jr. (org.). *Psiquiatria da Infância e da Adolescência?* São Paulo: Editora Santos, 1994.

_____*Fatores Emocionais na Origem do Retardo da Linguagem*. In: *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v.1, n. 4 p.169-178, 1986.

_____*Distúrbios Severos de Linguagem na criança. Terminologia e aspectos clínicos*. In: Paiva, A.F.; Spinelli, M. & Vieira, S. (orgs). *Distúrbios de Comunicação: Estudos Interdisciplinares*. São Paulo: Cortes, 1981, p. 15-31.

SPINELLI, M. e TABITH Jr., A. Developmental Language Disorders and Emotional Problems: Frequency and Meaning of this interrelation. Hannover, XXII Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP), 1992.

VERAS, V. A fala da criança e o tempo defasado entre fala e escuta. In: *Letras de Hoje*. Porto Alegre, v.36, no.3, p. 283-288, setembro, 2001.

_____*A Inter-Dicção do singular*. *Caderno de Estudos Lingüísticos*. Unicamp (38):121-129, 2000.

VERÍSSIMO, É. A Música e eu. In: Kiefer, B. *Elementos da Linguagem Musical*. Porto Alegre: Movimento, 1987, 5ª. edição, p. 7-17.

VORCARO, A. – Incorporação do organismo na música do outro desejante . In: Leite, N.V. de A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003, p.115-125.

_____. Quem fala na língua? In: *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala*. Salvador, BA: Ágalma, 2004, p. 151-174.

_____. Gestos que descarrilam. . In: Leite, N.V. de A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003, p. Corpolinguagem: gestos e afetos / Nina Virginia de Araújo Leite (org.) – p. 125–140, Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003

_____. O corpo na psicose. In: Leite, N.V. de A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003, p. Corpolinguagem: gestos e afetos / Nina Virginia de Araújo Leite (org.) – p. 209–214, Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003

_____. Os dragões do tempo primordial: a repetição como primeira identificação. In: Leite, N.V. de A. (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003, p. Corpolinguagem: gestos e afetos / Nina Virginia de Araújo Leite (org.) – p. 215–231, Campinas, SP: Mercado de Letras, 2003

_____. Linguagem maternante e língua materna: sobre o funcionamento lingüístico que precede a fala. In: Bernardino, L.M.F. e Rohenkohl, C. (orgs.). *O bebê e a Modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 65-83.

_____. O Estatuto do dado lingüístico como articulador de abordagens teóricas e clínicas. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. Unicamp. n. 38, 2000, p. 131-137.

_____. *Crianças na Psicanálise: Clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

ZIRALDO. *O menino da lua*. São Paulo: Melhoramentos, 2006.

ZORZI, J. L. *Aquisição da Linguagem Infantil – Desenvolvimento, Alterações e Terapia*, 1993.

_____. Distúrbios de Linguagem em Crianças Pequenas. In: Lopes Filho, O. C. (org). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 1997.

WISNIK, J. M. *O Som e o Sentido. Uma outra história das músicas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.