PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Hedilamar Bortolotto

Linguagem e Subjetividade:

Estudo de Caso de uma Criança com Síndrome de X Frágil

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

SÃO PAULO

2008

PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Hedilamar Bortolotto

Linguagem e Subjetividade:

Estudo de Caso de uma Criança com Síndrome de X Frágil

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Distúrbios da Comunicação do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof.ª Doutora Regina Maria Ayres de Camargo Freire.

PUC- SP

2008

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

AGRADECIMENTOS

À Profa Dra. Regina Maria Ayres de Camargo Freire pelos questionamentos, seriedade, responsabilidade e disponibilidade que foram fundamentais para a execução deste trabalho e pelo meu crescimento pessoal e profissional.

À Profa Dra. Suzana Carielo da Fonseca pela leitura atenta e considerações no exame de qualificação e pela atenção durante o período que tive o prazer de compartilhar com ela o espaço da PUC-SP.

À Dra. Ana Clélia Rocha pelas pontuações e comentários da qualificação que enriqueceram este trabalho.

À Profa Dra. Célia Maria Giacheti pela atenção e disponibilidade.

Às Profas Dras Beatriz Novaes e Lúcia Masini pelas observações no exame da pré-qualificação.

Aos professores do Programa de Estudos Pós-Graduados (PEPG) em Fonoaudiologia, especialmente à Dra Maria Cláudia Cunha, Dr Luiz Augusto Souza, Dra Maria Cecília Bevilacqua e Dra Leslie Piccolotto Ferreira.

À Profa Dra Silvia Friedman do PEPG em Fonoaudiologia pela dedicação profissional e disponibilidade.

À Profa Dra. Lúcia Arantes do Programa de Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem, LAEL, cujas aulas inspiradoras transparecem neste trabalho.

À Profa. Dra Nadir H. Cervellini pela atenção, profissionalismo e por possibilitar meu estágio de docência.

As amigas e companheiras de mestrado Patrícia Trinta e Carina Rahal por dividirem comigo as alegrias e incertezas deste período repleto de afazeres.

Ao Grupo de Linguagem e Subjetividade pelas discussões, leituras e amizade, especialmente a Gisele Gouvêa Silva pela leitura atenta e enriquecedora.

Aos funcionários da PUC-SP, especialmente à Virgínia, sempre atenciosa e organizada.

Aos meus pais pelo apoio e inspiração constante.

Aos meus irmãos, Mara e Júnior, e cunhados, Durval e Damaris pela presença constante.

Aos queridos primos Tânia e Paulo pelas hospedagens e apoio multimídia. À Elaine, pelas revisões.

Aos meus sobrinhos, Melina, Danilo, Lorenzo e Priscila, motivo de orgulho e alegria.

Aos meus amigos e demais familiares pelo estímulo e apoio.

Ao Instituto SER, diretores, profissionais e amigos, pela confiança e incentivos constantes.

Agradeço especialmente a “Luiz” e sua família, exemplo de dedicação e adequação, pela confiança em mim depositada, partilhando descobertas e caminhos possíveis.

A CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo financiamento que tornou possível a realização desta pesquisa.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Hedilamar Bortolotto _____ .

São Paulo, de de 2008.

RESUMO

BORTOLOTTO, Hedilamar. *Linguagem e subjetividade: estudo de caso de um sujeito com diagnóstico de Síndrome de X Frágil.* São Paulo, 2007. 134p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós Graduados (PEPG) em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

A presente pesquisa clínico-qualitativa aborda um estudo de caso por meio da fala sintomática de um menino afetado pela Síndrome de X Frágil, diagnosticada aos quatro anos e meio de idade. O trabalho acompanha o processo terapêutico dos quatro aos seis anos de idade, visando identificar, de forma mais específica, como as leis de funcionamento da Língua se manifestam na fala da criança. O foco escolhido privilegia o olhar sobre o funcionamento relativamente autônomo da Língua, afastando-se da noção de causalidade linear entre a síndrome genética e os sintomas na linguagem. Elegeram-se, para análise, episódios enigmáticos extraídos de gravações de sessões fonoaudiológicas. Fundamentando-se na Lingüística, mais especificamente no Interacionismo, na Psicanálise Lacaniana e na Clínica Fonoaudiológica que mira a relação do sujeito com o Outro/outro, buscou-se uma prática clínica assentada sobre a subjetividade. As análises permitiram delinear o percurso da criança no enlaçamento singular de sua fala ao modo de funcionamento da Língua, pontuando interpretações e escansões, isto é, cortes e alterações de entonação, ritmo e melodia da fala da fonoaudióloga que provocaram deslocamentos na posição de falante da criança pesquisada. Conclui-se que ações interpretativas sobre as ecolalias e estereotipias geram mudanças na posição da criança e que o silenciamento do terapeuta pode abrir espaços para que a criança ocupe sua posição de falante, caminhos promissores para a Clínica Fonoaudiológica que atua com falas patológicas.

Palavras Chave: Patologia da Fala e Linguagem, Síndrome do Cromossomo X Frágil, Clínica Fonoaudiológica.

ABSTRACT

BORTOLOTTO, H. Language and subjectivity: case study of a subject diagnosed with Fragile X Syndrome. São Paulo, 2007. 134p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Estudos Pós Graduados em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

The present clinical-qualitative research deals with a case study based on the symptomatic speech of a male child affected by the Fragile X Syndrome, diagnosed at the age of four and a half year. This paper follows on the therapeutical process from the age of four years up to six years old, with the purpose of identifying, in a more specific way, how the language functioning laws emerge in the child's speech. The elected approach privileges a view on the relative autonomy of the speech and language, moving away from the notion of lineal causality of the genetic syndrome and the language symptoms. There were elected, for analysis, enigmatic episodes extracted from the therapeutical sessions. Based on the Linguistics, more specifically, the Brazilian Interacionism, on the Lacanian Psychoanalyses and on the Speech-Language Clinic Therapy focused on the subject relation with the Other/other, a clinical practice that lays on the subjectivity was aimed. The analyses allowed to outline the child's trajectory in the singular interlacement of his speech to the functioning laws of the language, pointing out the therapist's language interpretations and scansions, meaning cuts and variations of intonation, rhythm and melody in the therapist's speech that leaded to displacements in the child's position as a speaker of the language. It was concluded that interpretative actions resting on the verbal stereotype and echolalia generate changes in the child's position and that the therapist's silence can open spaces for the child to establish his speaker position, which represent promising paths to the pathological Speech-Language Clinic Therapy.

Key words: Speech-Language Pathology, Fragile X Syndrome, Speech-Language Clinics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11

1. A SÍNDROME DE X FRÁGIL E A LINGUAGEM 21

2. CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA E SUAS INTERFACES 31

2.1 Psicanálise 33

2.2 Lingüística 38

2.3 Clínica Fonoaudiológica 46

3. METODOLOGIA 57

3.1 Sujeito 62

3.2 A Instituição em que é realizado o atendimento à criança 64

3.3 Coleta de Dados 65

4. ANÁLISES 69

4.1 O princípio 73

4.2 Iniciando as gravações 77

4.3 Dialogando... 79

4.4 Deslocar a estereotipia, uma utopia possível**...** 82

4.5 Ainda a estereotipia**...** e mais. 88

4.6 O “Eu” e suas reflexões 92

4.7 Enigma 94

4.8 Luzes 97

4.9 Silenciamento na Fonoaudiologia..... 100

CONSIDERAÇÕES FINAIS 105

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 111

BIBLIOGRAFIA 127

ANEXO – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 131

1. Introdução

INTRODUÇÃO

Com a evolução da saúde preventiva e diagnóstica, houve um decréscimo nos índices de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas, aumentando o impacto clínico de distúrbios causados por doenças genéticas. Com os avanços médico-tecnológicos, as síndromes genéticas vêm sendo diagnosticadas com maior regularidade (MORAES, 2000).

A Síndrome de X Frágil ou Martin Bell, uma das doenças genéticas mais freqüentes, foi descrita, em 1943, por J. P. Martin e J. Bell como uma desordem neurológica evolutiva, resultante da mutação genética do cromossomo X. Trata-se da segunda causa genética que resulta em deficiência mental, superada apenas pela síndrome de Down (DIAMENT; CYPEL, 1996; PAUL *et al.*, 1987; TURNER *et al*., 1996). Estudos (YONAMINE; SILVA, 2002) apontam ampla variedade quanto à habilidade intelectual dos afetados pela Síndrome de X Frágil, desde limítrofes até deficientes mentais profundos, com poucos relatos de afetados com habilidade intelectual normal (PAUL *et al*., *op. cit.*).

As células somáticas humanas contêm 22 pares de autossomos e dois cromossomos sexuais, que são X e Y no homem e X e X nas mulheres. Um cariótipo normal é representado por 46, XY para os homens e 46, XX para as mulheres. Segundo Moraes (*Op. cit.*) o cariótipo 46, Y, fra(X)(q27.3) é característico dos afetados pela Síndrome de X Frágil do sexo masculino, havendo portanto quebra em q27 no cromossomo X. Trata-se de um distúrbio monogênico causado por uma patologia genética, sendo a detecção de portadores desta síndrome feita através do exame de cariótipo.

Análises epidemiológicas afirmam que a taxa média de prevalência da Síndrome de X Frágil, varia de 2 a 20 casos para 10 mil. No Brasil, a taxa média de prevalência é de 1 caso para 2500 (YONAMINE; SILVA, *op. cit.*). Casos de Síndrome de X Frágil em sujeitos do sexo feminino[1] são raros e estes apresentam, em geral, um quadro mais leve que o do sexo masculino.

A literatura especializada aponta como características da síndrome o dismorfismo ou má-formação facial leve, indícios *"que apontam para um distúrbio do tecido conjuntivo (hiperextensibilidade articular, hipoplasia de cartilagem e prolapso da válvula mitral)"* (DIAMENT; CYPEL, 1996; p. 615), orelhas alargadas, circunferência da cabeça ligeiramente aumentada, face longa e estreita, estrabismo, comprometimento oftalmológico como anormalidades na retina, mandíbula proeminente, palato alto e macrorquidia em adultos (DIAMENT; CYPEL, *op. cit.*; FRYNS *et al*., 1998; VRIES *et al*., 1998; YONAMINE; SILVA, 2002). Tais características são assistemáticas e mais evidentes a partir da puberdade.

Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM IV TR, que elenca características clínicas e comportamentais, a Síndrome de X Frágil, classificada dentro da categoria de Transtornos Globais de Desenvolvimento[2], é uma das condições médicas gerais que causam o Transtorno Autista[3]. O CID 10, Código Internacional de Doenças, que apresenta

---

[1] Para referências da Síndrome de X Frágil em sujeitos do sexo feminino ver TURNER G. *et al*. (1996, p. 197) e TEJADA, M.I. *et al*. (1998).

[2] Sob a classificação de Transtorno Global do Desenvolvimento, o DSM IV TR, abarca também o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

[3] Outras condições médicas incluídas no diagnóstico de Transtorno Autista no DSM IV são fenilcetonúria e esclerose tuberosa.

descrições clínicas e diretrizes para o diagnóstico, classifica a Síndrome de X-Frágil dentro das malformações, deformações e anormalidades cromossômicas congênitas, colocando esta síndrome genética como uma condição médica associada ao Autismo Infantil (CID 10, 1993, p. 247).

Diament e Cypel (*Op. cit.*, p. 804) relatam haver mais de 25% de Síndrome de X Frágil em crianças autistas, levando a uma associação entre os dois quadros, sendo constatado que *"o X-Frágil não é mais freqüente em crianças autistas comparadas com outras condições com grau similar de prejuízo mental".* Para Yonamine e Silva (*Op. cit.*) pode haver uma associação casual, mas não causal, entre autismo e a Síndrome de X Frágil, indicando que muitos portadores da Síndrome de X Frágil recebem diagnósticos iniciais de autismo uma vez que partilham diversas características quanto à dificuldade de interação e atraso na aquisição da fala e linguagem.

Pesquisas realizadas na área identificam como características de comportamento autístico nas crianças com a Síndrome de X Frágil, o isolamento social, o déficit de linguagem, a aversão ao olhar, a ocorrência de ecolalias, estereotipias e o bater de mãos (DIAMENT; CYPEL, 1996; YONAMINE; SILVA, 2002). Os problemas predominantes nos afetados pela Síndrome de X Frágil localizam-se nas áreas da linguagem e da matemática tais como disgrafias, discalculias, agnosia digital e desorientação quanto à lateralidade, além de atraso no desenvolvimento motor (SCHWARTZMAN *et al*., 1995). Outros estudos comportamentais apontam a presença de timidez, hiperatividade, déficit de atenção, ansiedade, labilidade emocional, impulsividade, distratibilidade, tendência à auto-agressão e raiva imoderada,

ressaltando haver menor grau de comprometimento em sujeitos do sexo feminino.

Diante do exposto, poderíamos nos perguntar: qual a importância do diagnóstico clínico para os profissionais que irão atender esta criança? O que muda, se muda, na direção do tratamento, quando o diagnóstico nomeia uma entidade nosológica sindrômica? Que efeitos tem o diagnóstico para a família desta criança e como este rótulo afetará a criança?

A literatura especializada aponta para a urgência do diagnóstico e da intervenção precoces, pois sujeitos com início de atendimento tardio, apresentarão maiores comprometimentos na aquisição de linguagem, na alfabetização, na interação social, entre outras dificuldades (KURZ, 1982; VERA BUHRMANN, 1979). Estudos apontam haver um índice de diagnóstico inferior a 50% dos sujeitos afetados pela Síndrome de X Frágil, mesmo em países desenvolvidos (VRIES *et al.*, 1998).

Por vezes o fonoaudiólogo é o profissional a quem a família endereça queixas sobre o desenvolvimento motor e de linguagem da criança condição que o leva a ser o primeiro a suspeitar da existência da síndrome. Considero ser interesse da Clínica Fonoaudiológica identificar características da Síndrome de X Frágil em uma criança a fim de ter uma visão das intercorrências às quais ela pode estar afeita. Para pais e familiares, o diagnóstico pode indicar caminhos a serem percorridos tais como buscar aconselhamento genético quanto a possíveis portadores em gerações futuras; analisar as possibilidades de inclusão da criança na rede regular de ensino ou em escolas especializadas; identificar a necessidade de atendimentos clínicos na área de saúde (ROCHA, 1994). As prioridades de cada sujeito deverão ser investigadas visando o

encaminhamento para as clínicas psicológica, fisioterápica, de terapia ocupacional e/ou fonoaudiológica. Segundo Levin (2001a, 2001b, 2005), a simultaneidade de atendimentos deve ser evitada a fim de não sobrecarregar a família ou a criança e favorecer o vínculo com os profissionais escolhidos.

Quando diagnosticada como portadora da Síndrome de X Frágil, a criança imaginada pelos pais (LEVIN, 2005; PÁDUA, 2007), torna-se uma outra sobre a qual eles não detêm um saber, o que os leva a se sentirem excluídos do papel que haviam antecipado. Pontes (2003) coloca que na fala dos pais, cuja entrevista relata, pode-se encontrar um diagnóstico, um caso clínico, um parecer médico, mas não um filho. Pádua (*Op. cit.*, p. 182) relata que frente a diagnósticos médicos há no discurso dos pais *"uma predominância da patologia em detrimento da criança".* Ao analisar o discurso de mães de "crianças com problemas", a autora coloca que estas incorporam um discurso médico de forma segura e clara, apresentando, porém, hesitações, ambigüidade, deriva e contradições quando questionadas quanto ao seu papel de mãe.

Pádua (*Ibid.*, p. 181) afirma que:

> *Podemos refletir que se para o discurso médico há algo que pode ser predito (preconiza a noção de causa e efeito) a partir da incidência de um diagnóstico, não podemos dizer o mesmo quando partimos de uma concepção que valoriza a linguagem, o funcionamento simbólico e o sujeito.*

Diante de uma criança que necessita de cuidados especiais para os quais não haviam se preparado, os pais, interessados e preocupados, irão buscar um conhecimento no discurso dos especialistas que poderá desautorizar seu saber. Muitas vezes, as mães, ao serem "orientadas" a como educar e alimentar seus próprios filhos são destituídas de seu papel (*Ibid.*) pelos discursos da área da saúde. Assim, é importante que os profissionais

envolvidos se afastem de uma perspectiva generalizante assentada sobre o diagnóstico e valorizem a singularidade e historicidade[4] de cada sujeito e de cada família, tendo em vista a constituição subjetiva da criança.

A criança afetada pelo X Frágil, nem sempre apresenta ao nascer, marcas explícitas da síndrome. Assim, se o diagnóstico é tardio, a linguagem não será marcada *a priori* por este, mas por atrasos na aquisição motora e de linguagem detectados de forma gradual pelos pais. Isso pode retirar o impacto de um diagnóstico precoce, possibilitando o reconhecimento de um sujeito antes que os pais possam constatar uma síndrome.

Para o profissional que atua na Clínica Fonoaudiológica, receber um sujeito já diagnosticado como portador da Síndrome de X Frágil possibilita alçar determinados cuidados que as especificidades da síndrome lhe demandam, tais como atentar quanto a possíveis comprometimentos cardíacos e sua interferência durante a realização das atividades, tendo em vista o não agravamento do comprometimento orgânico.

É ainda importante considerar que o diagnóstico genético de Síndrome de X Frágil não traz a si alienado, de forma causal e linear, um conjunto de características de fala e linguagem que seja homogêneo e generalizante. Para fundamentar esta afirmação apresentarei, a seguir, trabalhos sobre a Síndrome de X Frágil, realizados por médicos e fonoaudiólogos que abordam as alterações de linguagem encontradas nos sujeitos afetados. Na Clínica Fonoaudiológica que aqui se adota, a não especificidade dos problemas de

[4] Segundo Levin (2005, p. 130-132) a criança historicia-se em cena, produzindo uma história multifacetada, conforme a representa nas cenas e brincadeiras, sendo criada uma historicidade partilhada pelo sujeito e terapeuta.

linguagem em oposição à inexorabilidade do diagnóstico genético[5], coloca questões que demandam, com urgência, possíveis respostas.

É relevante que ao fundamentar a presente pesquisa em uma hipótese de funcionamento da Língua, a partir de Saussure ([1916]2006) e Jakobson ([1963]2005), isto é em uma lei que é anterior ao sujeito que é capturado (De Lemos, 2002) por este funcionamento, busco afastar-me das noções de senso comum sobre a linguagem e da causalidade entre domínios heterogêneos como cérebro-mente–linguagem.

Diante do que foi delineado, o objetivo geral deste trabalho é acompanhar Luiz[6], afetado pela Síndrome de X Frágil, visando identificar como as leis de funcionamento da Língua se manifestam nas peculiaridades de sua fala e pontuar os possíveis deslocamentos no transcorrer do processo terapêutico, refletindo a atuação fonoaudiológica e possibilitando um aprofundamento das questões teóricas que esta clínica coloca.

Buscou-se assim, fundamentar na Lingüística, ou melhor, no Interacionismo em aquisição de linguagem em sua articulação com a Psicanálise e mirando a relação do sujeito com o Outro/outro[7], desenvolver uma Clínica Fonoaudiológica alicerçada na subjetividade (FREIRE, 2000), identificando diferenças e semelhanças, entre crianças ditas normais em sua

---

[5] De forma diferenciada, no diagnóstico genético a alteração que indica a Síndrome de X Frágil localiza-se de forma inalterável no cromossomo X.

[6] Trata-se de um nome fictício usado para preservar a identidade do sujeito desta pesquisa.

[7] Outro é aqui entendido a partir das noções da Psicanálise como lugar do código e do tesouro dos significantes, é o lugar ao qual o sujeito dirige sua fala. O outro é o semelhante, cujo laço com o sujeito comporta a dimensão da hiância ou da ruptura, sendo o mal-entendido inerente a esse laço (PÁDUA, 2007, p. 18-20 e SILVA, 2007).

trajetória de *infans*[8] a falante e Luiz no "*enlaçamento singular" de sua fala "à língua e ao outro*" (LIER-DE VITTO, 2005, p. 145), pontuando ações e interpretações clínicas que provocaram deslocamentos em sua posição de falante.

O trabalho está estruturado da seguinte maneira: no **Capítulo 1** serão abordadas a Síndrome de X Frágil e as alterações de linguagem; no **Capítulo 2** a Clínica Fonoaudiológica e suas interfaces com a Psicanálise e a Lingüística farão sua apresentação, o **Capítulo 3** será dedicado à metodologia deste trabalho; no **Capítulo 4** serão discutidas as análises de excertos de atendimentos fonoaudiológicos de uma criança afetada pela Síndrome de X Frágil e, finalmente, serão apresentadas as **Conclusões.**

[8] O termo *infans* origina-se no latim infãns, significando aquele que não fala, infantil. (CUNHA, 2001, p. 435).

1. A Síndrome de X Frágil e a Linguagem

1. A SÍNDROME DE X FRÁGIL E A LINGUAGEM

Uma revisita à literatura fonoaudiológica sobre a Síndrome de X Frágil aponta uma tendência dos profissionais da área em estabelecer relações entre o que é da ordem do genético e os sintomas que se manifestam na fala e na linguagem. O predomínio de uma visão médica em detrimento da fonoaudiológica decorre de um descompasso entre os interesses dos pesquisadores pelos vários aspectos da doença. Como em geral os textos são escritos em uma parceira entre fonoaudiólogos e médicos, é a visão da área médica que determina um interesse maior pelo diagnóstico do que pelo atendimento clínico fonoaudiológico.

Hanson *et al.* (1986) encontraram taquifemia em 9 de 10 sujeitos afetados pela Síndrome de X Frágil, apontando que esta poderia ser uma importante característica diagnóstica dos portadores da síndrome que não apresentam retardo mental.

Paul *et al*. (1987), visando circunscrever características de fala e linguagem que diferenciassem adultos portadores da Síndrome de X Frágil, daqueles com autismo e retardo mental, não encontraram diferenças significativas no desempenho dos grupos pesquisados, exceção feita ao aumento dos índices de ecolalia no grupo de autistas.

Em pesquisa realizada com 13 sujeitos, 11 do sexo masculino e 2 do feminino, Giacheti (1992), fonoaudióloga, identificou alterações na emissão oral em 100% deles; 69,2% apresentavam alterações quanto à recepção oral e à recepção relacionada a ordens simples, além de alterações perceptuais, cognitivas e práxicas em diferentes graus de comprometimento, sempre mais

graves nos sujeitos de sexo masculino. Todos os sujeitos pesquisados apresentaram alterações na comunicação gráfica[9]. A pesquisa também relata haver alterações comportamentais como *"hiperatividade, labilidade emocional, timidez e contato visual pobre"*[10] (GIACHETTI, 1992, p. 25). A autora salienta a necessidade da presença do fonoaudiólogo nas equipes multidisciplinares para a realização do diagnóstico e da reabilitação.

Spinelli *et al.* (1995), em uma pesquisa com 10 crianças portadoras da Síndrome de X Frágil, relatam a presença de dispraxia verbal em 90% dos sujeitos pesquisados, sendo esta caracterizada por erros inconsistentes, inversões, comportamento de busca (experimentação fonética)[11] (SPINELLI *et al.*, 1995, p. 40, tradução nossa) e distúrbios da prosódia, e observam aumento de erros relacionados ao tamanho e complexidade da emissão. A dificuldade na evocação de palavras, caracterizada por uma procura trabalhosa e consciente, foi encontrada em 50% dos sujeitos, sendo esta, segundo os autores, relacionada à memória.

Pastorello (1996), em sua experiência na Clínica Fonoaudiológica, identificou comprometimento na inteligibilidade da fala de todos os afetados pela Síndrome de X Frágil, determinada por dificuldades na articulação, fluência, ritmo e velocidade da fala. Associa estas características a alterações

---

[9] A comunicação gráfica foi avaliada através do reconhecimento de grafemas, dos nomes próprios e endereços dos sujeitos pesquisados.

[10] A autora descreve hiperatividade como atividade motora excessiva, impossibilitando a realização das atividades propostas. A labilidade emocional refere-se à inconstância, riso ou choro descontextualizados e a timidez como acanhamento, dificuldade em contactuar com o outro. O contato visual pobre é descrito como a dificuldade para olhar ou manter olhar com o outro durante a avaliação (GIACHETTI, 1992, p. 25).

[11] No original "searching behaviour (phonetic experimentation)" (SPINELLI *et al*., 1995, p. 40)

semânticas e discursivas como ecolalia e dificuldade em manter turnos dialógicos, o que resulta em um discurso com coerência reduzida.

Fisch *et al*. (1999) ao correlacionar características de linguagem e idade em sujeitos afetados pela Síndrome de X Frágil, relatam um atraso severo da fala e linguagem tanto em crianças como em adultos, identificando um platô no desenvolvimento da linguagem que atinge, segundo os autores, níveis semelhantes à idade cronológica de 48 meses entre os sujeitos do sexo masculino, enquanto que os do sexo feminino apresentam índices maiores.

Em pesquisa que teve como foco a linguagem de dez crianças do sexo masculino afetadas pela Síndrome de X Frágil, Yonamine e Silva (2002) apontam a presença de atraso na aquisição da fala e linguagem que segundo os critérios do Exame de Linguagem TIPITI[12], utilizado na pesquisa, indicariam, *"a existência de seqüência de evolução lingüística máxima* [de crianças normais] *até três anos de idade"* (*Ibid.*, p. 985). Os autores referem também a presença de quadro fonético-fonológico inconsistente, déficits sintáticos e semânticos, além da presença de ecolalia, fala estereotipada e perseveração de palavras, frases e temas. Segundo os autores, a fala perseverativa bem como a ecolalia são usadas com o intuito de sustentar o diálogo e aumentar o tempo para elaboração de respostas.

Ecolalia e estereotipia são sintomas consagrados pela literatura da área, sendo relatados em vários dos artigos citados no decorrer desse trabalho (PASTORELLO, 1996; PAUL *et al.,* 1987; PERISSINOTO, 1995; YONAMINE;

[12] O Exame de Linguagem TIPITI elaborado por Braz e Pellicciotti (1988) é um instrumento composto de provas que visam à avaliação da comunicação oral e escrita com escalas determinadas pela idade cronológica e características de linguagem que consideram um padrão normal de desenvolvimento da linguagem.

SILVA, 2002). A ecolalia caracteriza-se por uma repetição das próprias emissões do sujeito, de emissões da fala do outro ou até mesmo de trechos de rádio e televisão e pode ser classificada em imediata, tardia e mitigada (FERNANDES, 1996; MENEZES *et al*., 2006) de acordo com a sua ocorrência no tempo e modificações imprimidas à fala repetida. No entanto, Oliveira (2003, 2006) discorda que essas falas sejam mera repetição da própria fala ou da fala do outro, afirmando serem heterogêneas por carregar significados particulares a cada sujeito, ou seja, as ecolalias apresentam marcas de subjetividade indicadas por meio de entonações diferenciadas, fala pausada ou hesitante, variações no ritmo respiratório e vocal.

A estereotipia caracteriza-se pela repetição automatizada de um movimento (PONTES, 2003), sendo associada à fala repetitiva, tanto em relação ao som quanto ao ritmo e entonação. Vorcaro (1999) coloca que a estereotipia designa uma repetição que não produz diferença, havendo um contínuo imutável que impede deslocamentos. Jakobson ([1963]2005, p. 51, grifo do autor) faz uso deste termo ao afirmar que em certos casos de afasia estão preservadas apenas *"algumas frases mais longas, estereotipadas, 'feitas'* (...)". Perissinotto (1995) refere-se ao uso estereotipado da fala ao abordar os distúrbios de linguagem relacionados ao autismo infantil. O DSM IV TR (1993) aponta o uso estereotipado e repetitivo da linguagem como um dos critérios diagnósticos para o transtorno autista.

A fala estereotipada mostra-se como uma característica de linguagem presente em sujeitos diagnosticados como portadores de Transtornos Globais de Desenvolvimento onde se incluem o autismo e a Síndrome de X Frágil. Em minha prática, assim como pontuado por Oliveira (*Op. cit.*) sobre as ecolalias,

observo que as estereotipias carregam singularidades. Elas são particulares a cada sujeito e são pautadas por interesses diferenciados, colocando-se como questionamentos que se apresentam reiteradamente em busca de um sentido e demandando respostas.

As características da fala dos afetados pela Síndrome de X Frágil, descritas anteriormente e conhecidas por atraso na aquisição da fala e linguagem, alterações na emissão e recepção oral, dispraxia verbal, comprometimento na inteligibilidade da fala, fala perseverativa, dificuldade na evocação de palavras, taquifemia, déficits sintáticos e semânticos, alterações perceptuais e na comunicação gráfica, sugerem uma diversidade de sintomas sem qualquer especificidade. Exceções devem ser feitas à ecolalia e à fala estereotipada que parecem carregar uma maior peculiaridade quanto à fala dos afetados pela Síndrome de X Frágil, embora sejam usadas nas descrições do comportamento comunicativo do amplo espectro dos portadores de Transtornos Globais de Desenvolvimento. Ou seja, a literatura visitada não esclarece em que ou como os sintomas encontrados se articulam à Síndrome de X Frágil o que nos levou a, respeitando as interfaces da Clínica Fonoaudiológica com a medicina diagnóstica, buscar uma nova visada da alienação das especificidades de linguagem à síndrome genética nos afetados pela Síndrome de X Frágil, visando privilegiar a linguagem a partir da singularidade da relação sujeito-Língua[13] (LIER-DE VITTO; FONSECA, 2001).

A literatura visitada, de caráter predominantemente descritivo e quantitativo, deixa entrever lacunas dada a heterogeneidade das características

[13] Língua será grifada em maiúscula referindo-se a Língua enquanto estrutura submetida a sua ordem própria conforme postulada por Saussure ([1916]2006) oposta ao órgão língua.

de linguagem que apontam para a singularidade das falas estudadas e a visão atrelada a uma noção de cronologia e desenvolvimento[14] (FISCH *et al*., 1999; YONAMINE; SILVA, 2002) abre espaços para questionamentos quanto às implicações entre Síndrome de X Frágil e fala patológica.

Os termos empregados são de cunho vago e, por estarem vinculados ao vocabulário médico, não remetem à identificação precisa do funcionamento de um sujeito e de sua fala. A tenacidade dos autores nos vários textos pesquisados em buscar particularidades de linguagem é frustrada uma vez que o funcionamento do sujeito e da linguagem não é da ordem da descrição, mas da estrutura na qual se entrelaçam diversos estratos, onde o relevante é o enredamento singular da fala à Língua.

Poderíamos assim questionar se a ecolalia e a estereotipia seriam sintomas característicos da linguagem que acompanham uma síndrome ou um transtorno. Poderiam ser especificidades da fala dos afetados pela Síndrome de X Frágil? Observa-se na revisão de literatura que as características genéticas e orgânicas apresentam estabilidade, o que não se dá da mesma forma na linguagem, exceto pela concordância em relação à presença da ecolalia e estereotipia. A ausência de particularidades específicas e delimitadoras da linguagem de afetados pela Síndrome de X Frágil remete à subjetividade e aos modos de enlaçamento singular do sujeito à Língua e ao outro, indicando ser este um caminho a ser trilhado pela Clínica Fonoaudiológica.

---

[14] Para maiores detalhes ver DE LEMOS (2006a). No texto “Uma visão (radical) à noção de desenvolvimento na aquisição da linguagem” a autora descarta as idéias de desenvolvimento lingüístico como um processo de aprendizagem em que a linguagem é tomada como objeto de conhecimento passível de sofrer parcelamentos e ser descrita a partir de estágios de desenvolvimento.

Portanto, neste trabalho, as peculiaridades da linguagem do sujeito em foco, serão vistas a partir da sua relação particular e única com a Língua, supondo-se que a identificação de uma causa não resulta inexoravelmente em sintomas pré-definidos (FONSECA, 2002). Afastando-se desse olhar fixado às características da síndrome genética privilegia-se, aqui, o *"compromisso com a fala do paciente"* (LIER-DE VITTO; FONSECA, 2001, p. 434) respeitando-se o funcionamento próprio da Língua, sua alteridade e anterioridade, uma vez que a Língua tem funcionamento independente do sujeito, é inconsciente e anterior a ele. Esta visada que almeja desnaturalizar a linearidade entre o organismo tocado por uma síndrome genética e a singularidade da fala de cada sujeito busca, conforme postulado por Fonseca (2002) a partir de Jackson ([1881]1932 *apud* FONSECA, *op. cit*.), uma "*concomitância independente"* em que

> *(...) essa observação é de fundamental importância já que, com ela, não se torna necessário precisar ponto a ponto quais os termos envolvidos de cada lado dessa correspondência e, por pressuposto, admitir determinação de um sobre/pelo outro.* (*Ibid.,* p. 40)

Portanto, esta pesquisa privilegia um olhar que se afasta da noção de causalidade entre a síndrome genética e as particularidades de linguagem, respeitando a sobredeterminação dos sintomas de linguagem em que se entrelaçam o funcionamento relativamente autônomo da Língua, a relação do sujeito com o Outro/outro e a singularidade de cada sujeito.

2. Clínica Fonoaudiológica e suas interfaces

2. CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA E SUAS INTERFACES

Ao iniciar este trabalho, eu acreditava que os sintomas de linguagem dos sujeitos afetados pela Síndrome de X Frágil, apontadas pela literatura como homogêneos e reiterados, seriam norteadores da busca de uma terapêutica que respondesse às demandas e questionamentos que interrogavam o meu fazer clínico. Em seu transcorrer, deparei-me com a heterogeneidade e singularidade das falas sintomáticas, presentes tanto na literatura como em minha prática. O aprofundamento teórico nas exigências que a Fonoaudiologia, em suas interfaces com a Lingüística e a Psicanálise me demandavam, possibilitaram que novos delineamentos fossem dados aos questionamentos iniciais.

2.1 Psicanálise

A Clínica Fonoaudiológica visa não uma incorporação ou uma clínica de *"empréstimos"* (CUNHA, 1997, p. 31, grifo da autora) dos conceitos advindos da Clínica Psicanalítica, mas a partir desta clínica outra, propiciar elaborações pertinentes à Fonoaudiologia e a relevância do papel do outro/fonoaudiólogo. A Psicanálise que aqui fará presença é a dita Lacaniana, por meio de seus conceitos de constituição do sujeito na e pela linguagem, subjetividade, captura, escuta, cura e estrutura.

Nesta Clínica Fonoaudiológica **o papel do outro/fonoaudiólogo** é fundamental ao reconhecer e antecipar um sujeito falante onde ainda pode não haver um sujeito e um falante (LEVIN, 2001a; PONTES, 2003). Vorcaro (1999) corrobora essa afirmação, colocando que na Clínica Psicanalítica que lida com as graves psicopatias infantis, o analista supõe um sujeito antes de haver um

sujeito, realizando distinções e transliterações em extensões metonímicas[15] das manifestações da criança antes que a criança possa fazê-lo. A autora coloca que o psicanalista, e, acrescento o fonoaudiólogo, podem através destas antecipações e traduções levar *"ao engajamento da criança na produção de sentidos em que ela exerce o deslizamento metaforonímico"* (*Ibid*., p. 102), onde este deslocamento nos eixos da Língua abre possibilidades para uma mudança de posição da criança. Vorcaro (*Ibid.*) coloca que o analista, ao colocar como significante a manifestação da criança, direciona a si próprio a ação da criança e toma esta demanda como um ato subjetivo. Essa antecipação do sujeito e a identificação do significante a um signo possibilitam um funcionamento metonímico, colocando o sujeito em uma cadeia significante, indicando um caminho possível para a Clínica Fonoaudiológica.

Esta pesquisa adota a noção de **linguagem como condição fundante** do sujeito. Leite (2001, p. 269) afirma que a Língua materna é *"causa singular do sujeito, matéria fundadora de seu psiquismo, sendo atribuída a ela o estatuto de causação do sujeito".*

Lacan ([1966]1998, p. 498) aponta que "*o sujeito, se pode parecer servo da linguagem, o é ainda mais de um discurso em cujo movimento universal seu lugar já está inscrito em seu nascimento, nem que seja sob a forma de seu nome próprio".* O ser humano ao nascer é ser dependente de um outro, é um corpo *"imaturo biológica e psiquicamente, é ser de necessidade, e aos poucos, vai se constituir em relação ao discurso do Outro como ser de desejo"* (PÁDUA, 2007, p. 24). Assim, o sujeito da Psicanálise e o da Fonoaudiologia aqui apresentada é um ser faltante, insatisfeito e incompleto, e que enquanto em

[15] Segundo Vorcaro (1999, p. 101) essa transliteração não é uma tradução metafórica, mas metonímica.

falta, poderá se constituir como um ser desejante, que sempre buscará suprir esta falta. Assim, a Fonoaudiologia busca no sujeito o desejo de tornar-se um sujeito inserido na linguagem, um sujeito-falante.

Segundo Pádua (2007, p. 34) "*é a linguagem a organizadora do campo imaginário e está estritamente ligada ao que se caracteriza como especificamente humano, pois transforma esse organismo ou realmente o desnatura".* Assim, a criança ao ser falada pelo outro/Outro deixa de ser um organismo e passa a ser um sujeito. A criança será capturada pelo funcionamento da Língua de forma inconsciente, como postulado por Dunker (2000, p. 52) *"É a linguagem como alteridade, como campo simbólico que submete o sujeito, que o constrange e onde ele não é mais senhor em sua própria morada".* Assim submetido à ordem própria da Língua o organismo vai se transformar em corpo pulsional, em sujeito, o *infans* torna-se um falante.

Vorcaro (2003) coloca que o advento da fala é a própria comemoração de uma **subjetivação** que está em curso, pontuando que nas graves psicopatias infantis o tratamento psicanalítico irá conduzir à estruturação do sujeito. A autora pontua que, tanto o fonoaudiólogo que estará mais voltado ao estudo da linguagem, quanto o psicanalista que estará predominante voltado ao estudo do sujeito, ao atender crianças que não falam, trabalharão no vértice da articulação entre sujeito e Língua. Vorcaro (*Ibid.*, p. 274) afirma que:

> *Um e outro recorrerão, mesmo que não saibam, a uma hipótese teórica do sujeito, a uma concepção de clínica, um e outro precisarão rever sua concepção ingênua de linguagem e deverão recorrer ao estudo da ciência lingüística.*

A noção de **captura** fundamentada em conceitos da Psicanálise será explicitada no próximo item a partir da visão da Lingüística, mais

especificamente da Aquisição de Linguagem e dos trabalhos iniciados por De Lemos (1982, 2002, 2006a, 2006b, entre outros).

A noção de **escuta** presente na Clínica Psicanalítica traz à Clínica Fonoaudiológica a possibilidade de traçar paralelos, uma vez que se trata *"de uma escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, deslize ou ruptura da fala"* (Dunker, 2000, p. 49). Assim a Clínica Psicanalítica afasta-se do olhar que fundamenta a Clínica Médica clássica e passa a escutar a fala de um sujeito.

Lacan, a partir de uma releitura de Saussure ([1916]2006) e Jakobson ([1963]2005), *"irá aplicar* [a] *estratégia estruturalista no terreno da psicanálise*" (DOR, 1992, p. 26) sendo a estrutura da Língua uma referência constante que permeia sua obra. A noção de **estrutura** introduzida na Lingüística por Saussure (*Op. cit.*) possibilita novas maneiras de pensar elementos e objetos, não a partir de suas propriedades específicas, mas a partir de sistemas de relações entre esses elementos e objetos que poderiam não ser perceptíveis de forma imediata. As estruturas, segundo Dor (1992, p. 22), *"são nada mais nada menos que leis estabelecidas entre os objetos ou entre seus elementos e que são suscetíveis de evidenciar propriedades de uma certa ordem."* Estas propriedades específicas determinam, portanto, uma estrutura particular para este conjunto de elementos que seguem uma lei específica ao grupo estrutural ao qual pertencem. A noção de estrutura na Clínica Psicanalítica possibilita que a idéia de causalidade seja tocada por um sobredeterminismo, onde as causas de um evento se enlaçam e se influenciam, isto é, não há relação entre uma causa única e o sintoma.

As estruturas da Clínica Psicanalítica se organizam em neurose, psicose e perversão que, por sua vez, são reorganizadas em tipos ou quadros clínicos. O autismo, quadro que é associado à Síndrome de X Frágil no CID 10 (1993) e DSM IV TR (2003), é uma possibilidade de funcionamento psíquico da psicose. Na criança, diferentemente do adulto, a estrutura não está resolvida, havendo a possibilidade de uma mudança, uma *"re-solução"* (VORCARO, 1999, p. 18) da estrutura. A estrutura não é fenômeno a ser descrito, mas *"uma hipótese acerca da forma como o sujeito se engendra em relação à linguagem"* (DUNKER 1996, p. 158). A imobilidade estrutural, isto é a impossibilidade de o sujeito mudar de estrutura postulada pela Clínica Psicanalítica, faz com que a **cura** represente "*a invenção de novas alternativas para responder às sobredeterminações estruturais"* (*Ibid.*, p. 163).

Portanto, o papel do Fonoaudiólogo enquanto outro/Outro na relação e a noção da linguagem como fundante do sujeito são fundamentais à Clínica Fonoaudiológica que aqui se apresenta, uma vez que o sujeito é estruturado a partir do outro/Outro. A antecipação de um sujeito falante é base desta atuação clínica, onde o sujeito é falado e constituído no e pelo discurso do outro.

A noção de escuta, um escutar atento que possibilita reconhecer as heterogeneidades e singularidades de cada fala e de cada sujeito e a de cura, vista não como extinção de um sintoma, mas como uma alternativa de resposta às sobredeterminações sintomáticas da fala, são relevantes à atuação nesta Clínica Fonoaudiológica.

A seguir será abordada a Lingüística, aquela que dialoga com a Psicanálise, uma vez que, como pontuado por Dunker (2000, p. 50), *"as ciências da linguagem, e não a biologia, tornaram-se o campo de maior*

interlocução para a Psicanálise do século XX". Assim, neste espaço de diálogo da Lingüística, mais propriamente do Interacionismo com a Psicanálise de cunho Lacaniano articula-se a Clínica Fonoaudiológica que aqui se busca.

2.2 Lingüística

Os trabalhos que abordam as Patologias e a Clínica de Linguagem que vêm sendo desenvolvidos por fonoaudiólogos tocados pela Lingüística, em particular pelos estudos realizados no campo da Aquisição de Linguagem por De Lemos (2002) e seguidores[16] assentam-se sobre vertentes teóricas que serão retomadas neste trabalho. A teorização fecunda do Interacionismo[17] tem caminhado em busca da solução de impasses que o tem levado a novos passos de um percurso compartilhado com a Psicanálise.

Torna-se relevante para esta pesquisa apontar que, a partir da teoria Lingüística postulada por Saussure ([1916]2006), a linguagem passa a ser dividida em Língua - norma, social e autônoma – e, em fala – individual – e portanto, carregará as características sintomáticas presentes no sujeito aqui estudado. Saussure (*Ibid.*) coloca que o funcionamento da Língua desliza em dois eixos, articulando relações que denominou associativas e sintagmáticas. As associativas ou relações em ausência são aquelas em que um termo da cadeia substitui outros termos possíveis de estarem em seu lugar criando *"com*

[16] Além dos trabalhos desenvolvidos por Cláudia de Lemos e seguidores, no IEL, Instituto de Estudos da Linguagem na UNICAMP, destaco os trabalhos referente à Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem desenvolvido no LAEL, Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem na PUCSP coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto e do qual fazem parte as fonoaudiólogas Lucia Arantes e Suzana Carielo da Fonseca.

[17] Para mais detalhes sobre o Interacionismo, fundamentado nos pressupostos de Cláudia de Lemos, oposto a interacionismos de caráter social, ver Lier-De Vitto e Carvalho (2007).

isso tantas séries associativas quantas relações diversas existam" como associações pelo radical ou sufixo, pela analogia dos significados ou semelhança das imagens acústicas (*Ibid.*, p. 145). As relações sintagmáticas respondem ao caráter linear da Língua em que os elementos se alinham um após o outro na cadeia da fala. Assim, não podemos dizer dois termos ou palavras ao mesmo tempo e cada termo adquire seu valor quando combinado aos elementos que o cercam. São relações em presença. Ao retomar as relações associativas e sintagmáticas de Saussure, Jakobson ([1963]2005) inclui a partir de seus estudos sobre a afasia, o falante da Língua. Este autor articula estes dois eixos da Língua, reinterpretando-os a partir das figuras de linguagem da metáfora e da metonímia, nomeando-os respectivamente de processos metafóricos e metonímicos, apontando que ao falarmos combinamos os constituintes lingüísticos destas duas formas. Estes processos referem-se, o primeiro à substituição em uma estrutura, de um termo por outro e o segundo, à combinação ou contigüidade na relação de um termo a outro. Assim, no processo metafórico, ao qual Jakobson (*Ibid.*, p. 40) refere-se também como similaridade ou associação, *"a seleção entre termos alternativos implica a possibilidade de substituir um* [termo] *pelo outro, equivalente ao primeiro num aspecto e diferente em outro"*. Lacan ([1966]1998, p. 510) afirma que a fórmula da metáfora é *"uma palavra por outra".* Já no processo metonímico, de contigüidade ou combinação, como postulado por Jakobson (*Op. cit.*) qualquer unidade lingüística serve, ao mesmo tempo, de contexto para unidades mais simples e/ou encontra seu próprio contexto em uma unidade lingüística complexa. Este eixo é responsável pelas regras sintáticas e pela gramaticalidade da Língua. O funcionamento destes dois processos

possibilitaria apreender a linguagem em seu estado nascente na fala da criança, salientando-se que estudos apontam que há uma "*dominância do processo metonímico na fala inicial"* das crianças (DE LEMOS, 2002, p. 52).

Em busca de um aprofundamento destas questões, De Lemos (*Ibid.*) retoma o texto de Jakobson (*Op. cit.*) sobre os processos metafóricos e metonímicos. Ao revisitar a obra[18] de Lacan[19], De Lemos (*Ibid.*, p. 54) observa que "*os processos metafóricos e metonímicos não remetiam a um movimento autônomo da língua sobre si mesma, mas sim a um sujeito, isto é, ao modo de emergência do sujeito na cadeia significante",* possibilitando a inclusão de uma fala individual (SILVEIRA, 2006). O sujeito, portanto, emerge, ou se esconde, entre os significantes da cadeia da Língua, através dos erros, dos chistes, atos falhos e enigmas que se manifestam na fala.

De Lemos (2002) coloca que erros ou corpos estranhos na fala da criança fazem parte da heterogeneidade presente na aquisição da linguagem. Estes erros são muitas vezes higienizados, descartando-se o que caracterizaria a fala da criança e sua singularidade. A autora pontua que no erro há a possibilidade *"de irromper* ***uma criança*** *através de uma fala inesperada. Fala essa que, no entremeio da fala do outro a que está alienada, diz que ela na sua singularidade, habita aquela língua, a do Outro"* (2003, p. 28, grifo da autora). O erro é visto como uma possibilidade de Língua que o sujeito adulto pensa ter esquecido, possibilidades de Língua que ficam recalcadas em cadeias não manifestas (Saussure [1916]2006), sendo, porém, reconhecidas como cadeias

[18] Entre a extensa obra de Lacan, De Lemos coloca como referência os livros *Escritos* ([1966]1998), *Séminaire IX: L' Identification* (1961-1962) e *O Seminário – Livro 11: os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise* ([1973]1988).

[19] Para uma abordagem mais especifica sobre a metáfora e metonímia ver páginas 508 a 513 na obra *Escritos* de Lacan ([1966]1998).

e combinações que fazem parte da Língua do adulto inserido na linguagem quando as escuta. Segundo Lemos (2006, p. 60), ao lidar com a fala de crianças o lingüista se depara com dados de natureza singular, que lhe parecem ao mesmo tempo "*pertencer e não pertencer à língua".* Lier-DeVitto (2005) opõe erro a sintoma tanto na fala da criança quanto na do adulto, constatando que erros que poderiam ser considerados sintomáticos são observados em falas normais. A autora pontua que aparatos conceituais e descritivos da Lingüística têm sido ineficazes *"para distinguir erros 'normais' de 'sintomáticos'"*, colocando ser o sintoma um terceiro na polaridade entre correto e incorreto (*Id.*, 2006b, p. 185-186, grifos da autora).

De Lemos (2002) fala em três posições ocupadas pelo *infans* em sua trajetória para tornar-se falante, que indicam mudanças em relação à fala do outro, à Língua e à própria fala da criança. Elas respondem a mudanças de posição em uma estrutura, colocando-se em relação uma com as outras, mas não são seqüenciais. A **primeira** posição é marcada pela dominância da fala do outro, a **segunda** pela dominância do funcionamento da Língua e a **terceira** pela dominância da relação do sujeito com sua própria fala.

De Lemos (*Ibid.*) vislumbra o desdobramento destas posições em duas classes de fenômenos: os que, semelhantes do ponto de vista da estrutura lingüística, estão presentes nas falas ditas normais e patológicas como os **paralelismos** e os que se diferenciam nas falas patológicas como as **holófrases**, contrastando os fragmentos da fala da mãe que retornam na fala da criança dita normal e os fragmentos que retornam como blocos não desmembráveis na fala do autista. Vorcaro (1999) identifica modificações que a noção de holófrase, advinda da Lingüística, sofreu no decorrer da obra de

Lacan, sendo, enfim, usada para nomear a ausência da dimensão metafórica, isto é, o impedimento de um termo ser substituído por outro. Assim, um significante não poderia substituir o outro uma vez que estes ocupariam o mesmo lugar, havendo uma identificação e fixação do sujeito a este significante. Jerusalinsky (2004, p. 216) pontua que a holófrase é uma "*fala cristalizada, unívoca, que não propicia articulação".* Vorcaro (*Op. cit.*) aponta que quando há uma solidificação entre o primeiro casal de significantes, isto é entre S1, o significante primordial ou significante mestre, e S2, o significante que possibilita a primeira substituição do significante primordial, o sujeito constituirá com este casal significante holofrásico um monólito irredutível e imutável. Fink (1998) afirma que este significante primordial é colocado inicialmente por Lacan como o desejo da mãe e posteriormente como o significante mestre, instalado através da operação do que Lacan chama de metáfora paterna ou função paterna onde a entrada de um terceiro elemento, seja ele o pai ou seu representante, possibilita que mãe e criança se afastem de sua posição de alienação. Vorcaro (*Op. cit.*) distingue as diferentes posições subjetivas nos casos em que este casal de significantes holofraseado aparece. Nos casos de autismo haveria uma solidificação do casal de significantes, S1 e S2, aos quais o sujeito se fixaria de forma alienada, resultando sempre no mesmo, em um contínuo que não se modifica, impedindo a entrada de novos significantes. Nos casos de psicose, a criança preencheria o intervalo entre os significantes S1 e S2, não havendo separação entre eles e entre a criança e o Outro.

As holófrases ou *"blocos não desmembráveis"* fazem questão neste trabalho uma vez que poderiam ser relacionados às chamadas estereotipias ou ecolalias. De Lemos (2002) pontua a presença de holófrases na fala de

autistas, que são entendidas como fragmentos vindos de uma fala outra, da mãe e até mesmo da televisão (OLIVEIRA, 2001) que se manifestam na fala da criança. Na fala sintomática estes fragmentos se apresentariam em *"blocos não desmembráveis, carentes de intervalos, impedindo substituições e deslocamentos relevantes"* (De Lemos, *op. cit.*, p. 65). Essas falas que muitas vezes se mostram presente nas falas patológicas interrogam minha prática clínica pela sua fixidez monolítica e pela dificuldade de deslocamento.

Além da identificação de "*blocos não desmembráveis*" na fala de Luiz, esta pesquisa identificou emissões que parecem não serem dirigidas ao outro, o que seria compatível com o conceito de **paralelismo**. Para De Lemos (2006b, p. 103) o paralelismo mostra a dominância do funcionamento da Língua, quando é colocado em jogo *"esse particular movimento do lingüístico sobre si mesmo"*, dando-se na ausência do interlocutor e, mesmo quando em presença do outro, não dirigido ao outro e, portanto, sem convocar uma resposta. De Lemos (*Ibid.*, p. 106) afirma que, para o investigador, o paralelismo tem um efeito de substituição/diferença que revela uma posição aberta que pode deslocar o sujeito para a terceira posição, a posição da escuta, na qual a criança está sobre o efeito da própria fala[20]. O paralelismo indica possíveis deslocamentos de posições que levam a mudanças enquanto sujeito-falante, que são fundamentais na fala sintomática e no sujeito capturado pela linguagem.

De Lemos (2002) dá à Língua, frente à sua autonomia e alteridade, a função de **captura**. A criança é vista como *"capturada por um funcionamento*

[20]Como colocado por De Lemos (2002, 2006) a primeira posição é caracterizada pela dependência da fala da criança em relação ao outro e a segunda se caracteriza pelo distanciamento da fala do outro, demonstrado pela impermeabilidade da criança frente às correções feitas pelo adulto.

lingüístico-discursivo que não só a significa como lhe permite significar outra coisa, para além do que a significou" (*Ibid.*, p. 55), o que mostra ser a criança enlaçada pelo modo de funcionamento da Língua, falando sem ter consciência de como fala ou das categorias de palavras que se presentificam em sua fala. De Lemos (2006b, p. 99) aponta a relevância de a criança ser identificada pelo outro como um sujeito falante, pontuando que as mudanças que a fala da criança em aquisição de linguagem dá a ver, ocorrem como resultado *"à captura da criança, enquanto corpo pulsional, que por isso mesmo demanda interpretação, pelo funcionamento da língua em que é significada, por um outro, como sujeito falante".* Ao ser reconhecida como falante da Língua, a criança é investida, enquanto corpo pulsional e ser desejante, de uma outra posição, em que lhe será dado um espaço que possibilite a passagem de *infans* a sujeito-falante. De Lemos (2002, p. 64) coloca que na chamada patologia de linguagem e na psicopatologia infantil nos deparamos com *"crianças que ou sucumbiram ou se enredaram em sua trajetória"* de falante da Língua. Lier-DeVitto (2006b, p. 190) acrescenta que, ao refletir sobre as falas patológicas e a clínica de linguagem, a fala da criança em transformação seria explicada por *"um processo de subjetivação solidário ao de estruturação da linguagem".* Assim em sua trajetória de constituição subjetiva, o sujeito trilha de forma concomitante o caminho de estruturação da linguagem, pois para a Psicanálise[21], a linguagem é condição fundante do sujeito.

Articulando-se às questões de patologia e clínica de linguagem pontuadas a partir dos trabalhos de De Lemos (1982, 2002, 2006 entre outros), Lier-DeVitto (2003) questiona a qualificação da fala como patológica e pontua

[21] Ver item 2.1 Psicanálise, páginas 33 a 38.

este termo como apropriado a partes do organismo. Coloca que é inegável, no entanto, o fato de que sintomas aparecem na linguagem. Arantes (2006, p. 225, grifo da autora) acrescenta que a fala patológica *"**não fica fora da linguagem**"*, postulando uma articulação entre Língua e fala sintomática, em que a Língua diz respeito às leis de funcionamento da linguagem, apontando ser a fala patológica um acontecimento particular que se impõe a todos os sujeitos que apresentam um sintoma na linguagem. Assim a autora (*Ibid.*, p. 225, grifo da autora), aponta *"que a fala sintomática não é 'desvio' da normalidade* (...) *ela traz marcas da presença singular, única, de um sujeito na linguagem"* conforme apontado por Oliveira (2001, 2003, 2006) na fala ecolálica. A heterogeneidade e particularidade nas falas sintomáticas, incluindo-se aqui as chamadas falas ecolálicas e estereotipadas, são relevantes para este trabalho uma vez que apesar de sintomáticas elas são produto da Língua, são linguagem e mostram possibilidades de Língua.

A fala sintomática ao ser reconhecida como uma possibilidade de Língua desloca o efeito da fala patológica sobre os falantes e ouvintes, como os pais que ao reconhecer a fala como destituída de significado, e, portanto, de um sujeito, dizem que a criança "fala por falar, sem nada a dizer". A noção de paralelismo, o falar sem dirigir-se ao outro, que também se encontra nas falas de crianças ditas normais, questiona esses mitos e crenças, uma vez que mesmo na sua ausência a fala da criança traz a presença do outro (LIER-DE VITTO, 1988). A criança mostra indícios de submetimento à *"ordem própria da língua*" (DE LEMOS, 1995, p. 237). Os diferentes efeitos provocados pelos mesmos processos que podem ser vistos como normais ou patológicos (DE LEMOS, 2002), a noção de captura da criança pela linguagem e sua

constituição subjetiva na e pela linguagem são relevantes para esta clínica que busca trabalhar com falas sintomáticas de sujeitos enlaçados de forma singular à Língua e ao outro/Outro.

Abordo a seguir, de forma mais específica, a Clínica Fonoaudiológica que fundamenta este trabalho e que tem seus alicerces nas pesquisas desenvolvidas na Linha Linguagem e Subjetividade da PUCSP, coordenado pela fonoaudióloga Regina Maria Freire que orienta este trabalho.

2.3 Clínica Fonoaudiológica

A fala sintomática faz questão na Clínica Fonoaudiológica uma vez que em nossa prática somos constantemente desafiados pelos sintomas persistentes e cristalizados dos sujeitos em atendimento e pelos diagnósticos médicos muitas vezes limitantes e “definitivos”. Na Clínica Fonoaudiológica constatam-se a heterogeneidade dos sintomas e os desdobramentos díspares obtidos por crianças que partilham o mesmo diagnóstico. Os prognósticos limitantes são muitas vezes superados, pois cada sujeito apresenta particularidades na passagem de *infans* a falante e em seu modo singular de enlaçamento pela língua/gem.

A Clínica Fonoaudiológica que aqui se coloca é tocada pela Psicanálise que considera a linguagem como fundante, uma vez que ela estrutura e organiza o psiquismo, não estando subordinada ao funcionamento orgânico ou cognitivo (AMOROSO; FREIRE, 2001). Faria (2003) coloca que: *“Eu me arriscaria a dizer que a Psicanálise enfrenta o sujeito que se apresenta* ***na***

linguagem dirigida ao analista e o fonoaudiólogo enfrenta ***a*** *linguagem que diz de um sujeito"* (*Ibid.,* p. 114, grifos da autora).

A fala patológica de sujeitos com a Síndrome de X Frágil poderia ser considerada como uma fala excluída de subjetividade, uma vez que se apresenta muitas vezes através de repetições, temas restritos e estereotipados em aparente descontextualização com a situação dialógica. A fala sintomática se afasta dos padrões considerados normais na aquisição de linguagem, padrões baseados em uma criança idealizada e generalizada pelas pesquisas. Na Clínica Fonoaudiológica nos defrontamos com *"produções singulares que se caracterizam por sua heterogeneidade e composições enigmáticas"* (AMOROSO; FREIRE, 2001, p. 19). Como pontuado por Oliveira (2001, 2003, 2006) as falas ecolálicas carregam subjetividade, manifestada nos sujeitos pesquisados, por meio de diferentes entonações, volume de voz e ritmo respiratório, sendo, portanto, passíveis de serem interpretadas.

A Clínica Fonoaudiológica frente à fala patológica almeja, segundo Amoroso e Freire (*Op. cit.*, p. 21), *"conhecer e descrever a linguagem do sujeito em sua singularidade, vislumbrar o papel do outro como estruturante desta (pela própria linguagem)"* além de reconhecer o erro como possibilidade do funcionamento da Língua. Assim o fonoaudiólogo, instância de funcionamento da Língua, sujeito por esta capturado e partícipe da tríade criança-fonoaudiólogo-Língua, coloca-se na clínica como intérprete privilegiado, cuja fala produz efeitos sobre a fala da criança que, por sua vez, (re)produzirá efeitos na fala do fonoaudiólogo que, por estar em uma posição estruturante, opera sobre a linguagem da criança, pela própria linguagem.

Amoroso e Freire (2001, p. 19) colocam que a partir de uma Clínica Fonoaudiológica da subjetividade, o erro antes considerado de forma negativa passa a ser visto *"como parte de um funcionamento que remete ao simbólico"* e por pertencer ao simbólico, o sintoma é sobredeterminado, não se ligando de forma clara a uma única causa. As autoras completam que mediante a opacidade do sintoma *"não há como estabelecer relações diretas entre o erro, isto é, entre o sintoma e sua causa"* (*Ibid., loc. cit.).* Assim a relação unívoca entre causa e efeito, entre lesão e sintoma (FONSECA, 2002), entre um cromossomo alterado e as alterações de linguagem provocam questionamentos. As relações limitantes que se colocam entre causas e sintomas também fazem questão na Clínica de Linguagem com afásicos. Fonseca (2000, p. 75) coloca que:

> *Se a lesão sempre implica uma limitação, ainda assim, o lingüístico pode se abrir. É no jogo entre dizeres, nas sessões de terapia fonoaudiológica, que se abrem novas possibilidades de dizer. É nesse sentido que, também, se pode afirmar que o lingüístico abre espaços de subjetivação: espaços de dizer e implicar-se nesse dizer. Nessa perspectiva, a clínica fonoaudiológica é aquela em que a palavra está em cena.*

A Clínica Fonoaudiológica que embasa este trabalho privilegia, portanto, a linguagem como possibilidade de vir-a-ser no mundo, respeitando a singularidade de cada sujeito e indiciando a posição do fonoaudiólogo como estruturante da linguagem da criança a partir de uma posição de falante diferenciado. Araújo (2002, p. 115) coloca que:

> *Concebido como instância do funcionamento da língua, o outro é sujeito capturado e dividido entre fala e escuta o que lhe confere a possibilidade de interpretar. Interpretação que implica uma relação à fala enquanto interrogação, no espaço da não-coincidência e que, portanto, supõe uma dissimetria insuperável entre falantes de uma mesma língua, cujo maior pronunciamento acontece no caso das "patologias" de linguagem. (...) Diante dessa "dissimetria patológica", deve-se esperar do fonoaudiólogo uma posição clínica e singular.*

Descartando a clínica da objetividade (FREIRE, 2000) que segue um paradigma médico, a Clínica Fonoaudiológica aqui apresentada assume quanto à fala patológica, um compromisso com a heterogeneidade da fala de cada paciente. Busca-se criar espaços em que a especificidade de cada sujeito possa ser respeitada, possibilitando que o seu dizer possa ser reconhecido como fala significativa, dando *"ao movimento a dimensão de gestos (...) antecipando-o* [sujeito] *lá onde ele não estava"* (Pontes, 2003, p. 265).

Ao investigar a posição do fonoaudiólogo diante da fala sintomática, Araújo (2002) identifica três tipos de ação presentes nesta clínica, sendo que, nas duas primeiras, o fonoaudiólogo não se deixa *"afetar pelo jogo significante que compõe o todo da criança"* (*Ibid.*, p. 115), há um predomínio da forma e o sentido aparecerá como efeito. Na primeira posição, o fonoaudiólogo traduz o que a criança diz e na segunda o fonoaudiólogo adota procedimentos que visam corrigir ou ensinar a falar corretamente. A autora identifica um terceiro tipo de ação em que o fonoaudiólogo oferece um espelho à fala da criança. Assim, o fonoaudiólogo ao espelhar a produção da criança promove a relação entre a criança e sua própria fala. Estas ações colocam, segundo Araújo (*Ibid.*, p. 116), "*o fonoaudiólogo na posição de escuta para o jogo significante, indicando uma possível direção para se pensar uma interpretação fonoaudiológica".*

Freire e Cordeiro (1999) colocam que a experiência da Clínica Fonoaudiológica reafirma uma certa regularidade nos sintomas patológicos da fala, sendo, portanto, possível e necessário reconhecer a existência de estruturas clínicas quando se fala das peculiaridades da fala. As autoras propõem então três estruturas clínicas (AMOROSO; FREIRE, 2001; FREIRE;

CORDEIRO, 1999) ao falar das manifestações sintomáticas da fala. A **primeira** delas, em que as manifestações desviantes são marcadas pela regularidade e previsibilidade, sendo os sintomas deslocados com medidas preventivas ou clínicas. Amoroso e Freire (*Op. cit.*) incluem nesta estrutura os chamados distúrbio articulatório, retardo de linguagem e distúrbio de leitura e escrita. A **segunda** estrutura Clínica Fonoaudiológica mostra a desorganização da fala em um sujeito já inserido na linguagem. Na **terceira** delas, há implicações no aparato psíquico e/ou biológico, que incidindo sobre diferentes estruturas subjetivas será marcado pela singularidade de suas manifestações. Nesta estrutura haverá alteração da linguagem na relação com o outro.

Freire (2000) coloca que as manifestações sintomáticas ocupam posições diferenciadas diante de diferentes intérpretes, pai-mãe-o outro, podendo a fala da criança ser interpretada como **desviante**, quando o interlocutor interpretar erros e desvios, que são possibilidades da Língua, como patológicos. Outro interlocutor, porém, poderia interpretar a mesma fala como **não desviante**, reconhecendo-a como semelhante à sua. No primeiro caso a criança poderá se colocar em uma posição de impossibilidade quanto a ser um falante da Língua e no segundo os erros e desvios poderão se cristalizar uma vez que são reconhecidos como variações de Língua. Freire (*Ibid.*) coloca também a importância de se diagnosticar se estamos frente a um sintoma **na** criança, isto é a um sintoma atribuído à criança pelo discurso dos pais; ou um sintoma **da** criança, sintoma este apresentado de fato, pela própria criança, sendo, as intervenções terapêuticas, diferenciadas em cada um dos dois casos.

A fala da criança a ser tocada neste estudo de caso apresenta características da terceira estrutura proposta pelas autoras, havendo

implicações orgânicas que resultam em uma constituição diferenciada do sujeito, à semelhança do postulado por Vorcaro (1997), que afirma haver diferenças nas estruturas psíquicas entre os portadores de autismo e psicoses.

Os sujeitos, cuja fala sintomática tem um funcionamento compatível com a terceira estrutura, apresentam alterações na relação com o outro, demandando serem interpretados como falantes, ou seja, que seus enunciados sintomáticos possam ser reconhecidos como possibilidades de fala, questão que está sempre presente na fala sintomática nas diferentes patologias.

É relevante supor um sujeito por trás das manifestações do bebê, reconhecendo uma demanda nos sons e até mesmo no choro, como o fazem as mães (VORCARO, 1997). A Clínica Fonoaudiológica que aqui se coloca, busca antecipar um sujeito-falante onde muitas vezes não há ainda um sujeito (LEVIN, 2005), abrindo espaços dialógicos e discursivos para que ele possa ocupar sua posição de falante.

Dando continuidade aos trabalhos iniciados por Freire (1999, 2000, 2001), visando à constituição de estruturas clínicas na Fonoaudiologia, Silva (2007)[22] propõe o funcionamento dos sintomas de linguagem em uma estrutura múltipla de estratos e interestratos articulados simultaneamente. Nesta grade estratificada da linguagem se arranjam três eixos horizontais, a saber, os estratos da escrita (enquanto inscrição, como letra que se inscreve no corpo), a Língua (regida pelas suas leis de funcionamento) e a fala (enquanto específica de cada sujeito), que são atravessados e articulados por três eixos verticais: o sujeito, a sanção do Outro, a metáfora e a metonímia.

[22] Para maiores detalhes remeto o leitor à leitura da dissertação de Silva (2007) intitulada *Por uma multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem* realizada no Programa de Estudos Pós Graduados em Fonoaudiologia da PUCSP.

À guisa de ilustração, poderíamos esquematizar a estrutura topológica de funcionamento da linguagem, a partir de uma grade:

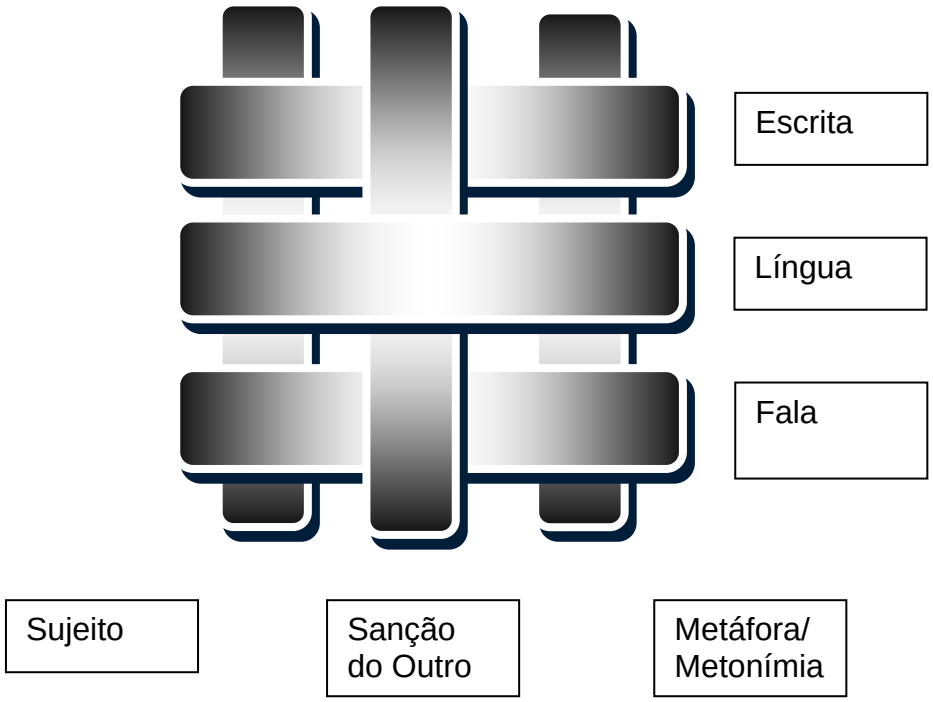

Figura 1. Esboço da estrutura topológica da grade da linguagem com os estratos da escrita, Língua e fala articulados aos eixos do sujeito, sanção do Outro e da metáfora e metonímia. (SILVA; FREIRE, 2008)

Pelo sistema de valores opositivo, contraditório e negativo que se fundamenta na teoria de Língua e fala elaborada por Saussure ([1916]2006), os estratos e eixos se entrelaçam e criam um campo intersubjetivo que adere aos modos de funcionamento do diálogo, possibilitando que os sintomas sejam explicados pelos e nos efeitos do seu percurso pelos eixos da grade da linguagem. A sobredeterminação destes eixos faz com que sintomas manifestos em um *"estrato estariam ligados a um problema estrutural de outro estrato" (*SILVA, o*p. cit.*, p. 160). Assim, neste entrelaçamento entre os eixos, podemos observar que a não captura do sujeito pelo funcionamento da Língua, feita à sua revelia, responderá uma não estruturação do sujeito, o que resultará em

manifestações sintomáticas no eixo da fala indicativos de uma alteração em outro eixo - o da escrita.

As manifestações sintomáticas na linguagem da criança que se apresenta como o estudo de caso aqui tomado, se entrelaçam nos estratos da Língua e da fala, embora sua origem esteja no estrato da escrita, onde o sujeito se inscreve como letra, *"este suporte material que o discurso concreto toma emprestado da linguagem*", (LACAN, ([1966]1998, p. 498), letra esta que é fundante de um sujeito.

Em trabalho sobre a Clínica Fonoaudiológica, Silva (2007) atribuiu relevância à noção de **sanção** uma vez que "*pode contribuir para o remanejamento necessário à determinação do lugar e posição do fonoaudiólogo para a trajetória de mudança e transformação das cadeias discursivas e dialógicas dos sujeitos"* (*Ibid.*, p. 53). A sanção é, assim, entendida *"como o que determina/homologa o lugar dos sintomas de linguagem na fala da criança, do adulto, do fonoaudiólogo, além de servir de laço com as estruturas da escrita, da língua, e da fala"* (*Ibid.*, p. 158). Segundo a autora, a sanção produz efeitos que transparecem na aquisição de linguagem pelo *infans* e na fala tanto dos sujeitos ditos normais como patológicos.

A autora fala de dois tipos de sanção na Fonoaudiologia; uma que diz respeito à clínica da objetividade, na qual o fonoaudiólogo se coloca em uma posição de saber e identifica a fala da criança como normal ou patológica, correspondente ou não ao esperado para sua idade cronológica. E a outra, a que se busca na Clínica Fonoaudiológica que aqui se articula, calcada na reversibilidade dos sintomas manifestos na fala, a partir das manobras terapêuticas. E, mais, pela escuta do fonoaudiólogo para o reconhecimento do

sujeito e do significante na dimensão dialogal, a qual não prescinde nem de falante nem de ouvinte, mas que opera nesta díade, como postulado por Lacan ([1966]1998, p. 249) *"não há fala sem resposta, mesmo que depare apenas com o silêncio, desde que ela tenha um ouvinte".*

Dunker (2000, p. 53) referindo-se à subjetividade em Psicanálise que se transforma à medida que é descrita ou narrada coloca que

> *(...) o mesmo verifica-se em relação ao próprio estatuto do sintoma, ele é dependente e indissociável da sua forma de enunciação e de sua estrutura de linguagem. E somente por isso pode ser alterado, desconstruído ou transformado por intermédio de operações lingüísticas.*

A sanção do Outro, entendida aqui como uma operação de linguagem, poderá ser usada como reconhecimento ou negação ou do sujeito ou do significante. Excluindo-se a idéia da linearidade entre causa e efeito na sanção, a mesma sanção pode provocar efeitos diferentes em sujeitos distintos e singulares. Ao reconhecer a fala desviante de uma criança, a sanção do outro/mãe poderá operar um movimento que cristalizará a fala que foge aos ditos padrões de normalidade. De forma oposta, sancionar as falas desviantes de uma criança em aquisição de linguagem poderá excluir sua fala como significante e limitar sua posição de falante da Língua.

Ao se reconhecer ou o sujeito ou o significante, parece haver para o ser humano uma escolha, que é na verdade uma *"escolha forçada"* (PÁDUA, 2007, p. 39) e inexistente[23], uma vez que ao se escolher o significante, perde-se o ser e ao escolher o ser, perde-se o ser e o significante. Vorcaro (1999) coloca que

[23] Pádua (2007) e Fink (1998) retomam o exemplo de Lacan (1964) da não possibilidade de escolha ao optar entre a bolsa ou a vida. Optando-se pela bolsa, perdem-se coisas valiosas que ela pode conter, optando-se pela vida, pelo não-ser, perdem-se ambas. Assim entre a bolsa e a vida, isto é entre o sujeito e o Outro, não resta ao sujeito senão a escolha forçada pela posição de perdedor.

*"o ser vivo é forçado a **se fazer** com o que há de desejante na linguagem, já que, sem ela, sua única alternativa é a morte"* (*Ibid.*, p. 23, grifo da autora). Assim não há opção entre o não-ser e a alienação ao Outro, a fala do Outro e ao constituir-se na e pela linguagem. Pádua (*Op. cit., loc. cit.*) coloca que "*De infans a alienação produz um ser falante, sujeito de e sujeito a equívocos, sonhos, sintomas, chistes, ato falho, ou melhor, sujeito de inconsciente".*

A partir destas colocações, apresentam-se os objetivos e a metodologia desta pesquisa para, no Capítulo 4, apresentar análises de excertos de corpora de uma criança com sintomas de linguagem. Estes corpora foram transcritos a partir de gravações em audiovideo e a análise está fundamentada nos pressupostos teóricos aqui explicitados. À guisa de conclusão podemos afirmar que o sujeito será entrevisto a partir da relação triádica criança-outro-Língua, na qual a Língua é tomada como fundante de um sujeito capturado pela linguagem. Serão considerados os efeitos da fala do outro/interlocutor que transparecem tanto na fala da criança quanto da fonoaudióloga; a noção de refração à sanção **do Outro** enquanto Língua; sanção como reconhecimento do e no sujeito; as noções de paralelismo, isto é as falas não dirigidas de forma específica ao outro/fonoaudiólogo, mas que mostram o funcionamento da Língua; e as holófrases, enquanto blocos fixos, privilegiando um possível deslocamento destes blocos não desmembráveis. A eleição de produções singulares e composições enigmáticas (AMOROSO; FREIRE, 2001), buscando a subjetividade e heterogeneidade da fala permeiam as análises realizadas.

3. Metodologia

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da PUC-SP, sob o protocolo nº. 010/2007, atendendo às solicitações e documentações necessárias.

Este estudo de caso é uma pesquisa clínico-qualitativa de natureza particular, fundamentado em conhecimentos advindos da Clínica Psicanalítica, da Lingüística e da própria Fonoaudiologia. A pesquisa realizada não se propõe a generalizações estatísticas, mas ao estabelecimento de indicadores analíticos que permitam reflexões que possam contribuir com os conhecimentos na vertente da constituição do sujeito e da linguagem de forma interacional, no campo das patologias de linguagem.

O estudo de caso, segundo d'Allonnes (2004, p. 69), *"trata do interesse sobre o trabalho de análise e de apresentação do material referente a uma pessoa em situação de ser estudada".*

Segundo Merriam (1992), o caso é selecionado por ser um fato de alguma preocupação, problema ou hipótese. Merriam (*Op.cit.*) define estudos de caso por suas características especiais, sendo o estudo de caso qualitativo definido como **particular, descritivo ou heurístico**. O estudo de caso **particular** foca uma situação particular, sendo sua importância devida ao fato de revelar fatos sobre o fenômeno. Um caso **descritivo** indica que o produto final do estudo de caso é rico, contendo uma descrição aprofundada do fenômeno. Um estudo de caso **heurístico** ilumina a compreensão sobre o fenômeno, propiciando a descoberta de novas relações e significados.

Este estudo de caso apresentou características de um estudo de caso particular, objetivando revelar fatos e dados sobre o manejo terapêutico de uma criança com sintomas de linguagem com diagnóstico genético de afetado pela Síndrome de X Frágil.

Convém pontuar que a Clínica Fonoaudiológica, ao contrário da Clínica Psicanalítica que publica apenas casos clínicos já encerrados, entende que a discussão de um caso clínico em andamento pode levar a mudanças de posição do terapeuta/investigador em benefício do cliente. E, ainda, o emprego do termo de consentimento livre e esclarecido[24], autoriza a realização de pesquisas e publicações de casos ainda em atendimento, de forma ética, ou seja, tomando-se cuidados em relação à proteção e à privacidade dos sujeitos envolvidos.

Vários aspectos se mostraram relevantes na escolha do caso, para além da presença da síndrome, salientando-se a disponibilidade de Luiz para o atendimento, as manifestações sintomáticas em sua fala, o compromisso da família com o atendimento, a idade do sujeito e o consentimento para a realização das coletas de dados. O *infans* se transforma em falante nos primeiros anos de vida (LEITE, 2001; LIER-DE VITTO, 1994), sendo a infância, um "*tempo de urgência"* (LEVIN, 2005) que, mesmo não especificado, é "*contingenciado no tempo*" (LEITE, *Op. cit.*), cronológico e fundamental para a condição constitutiva da subjetividade na e pela linguagem. Rocha (2007) ressalta que:

> *Na Fonoaudiologia, eu diria, é o presente que se sobrepõe ao futuro, o presente é que tem valor determinante, e mais, o*

[24] O modelo do termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais de Luiz encontra-se em anexo, páginas 133 e 134.

> *tempo é o da 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* (*Ibid.,* p. 36, grifo da autora).

Neste tempo de urgência, tempo cronológico marcado como o tempo da constituição subjetiva e do enlaçamento de um sujeito na e pela linguagem, iniciou-se o atendimento de Luiz. Segundo Lier-DeVitto, as falas patológicas marcam uma defasagem temporal onde o sintoma "***inscreve e se inscreve num tempo outro****: tempo da insistência, da repetição" (Ibid*., 2006b, p. 186, grifo da autora) onde há resistência a deslocamentos e mudanças.

A partir de análises realizadas com o auxílio de gravações em áudio e vídeo, são abertas possibilidades de reflexão na Clínica Fonoaudiológica que realizo. Convém salientar que, como postulado por Lier-DeVitto (1995), a descrição de um *corpus* limitado e estreito não é representativo das combinações possíveis que o funcionamento da Língua pode gerar, uma vez que há possibilidades infinitas de combinações. Assim o *corpus* que aqui se apresenta mostra possibilidades do funcionamento da Língua, respeitando-se as particularidade e singularidade do caso. Lier-DeVitto (*Op. cit.*, p 167-168) aponta que *"as patologias de linguagem (...) não cabem nas descrições, mas ainda assim expressam combinações. São linguagem".*

Nesta abordagem, as análises buscam deslocamentos possíveis da fala sintomática, pontuam "*enigmas*", termo empregado por Lemos (2002) para nomear falas inesperadas que são possibilidades de Língua, mas que não são usadas pelo falante adulto capturado pela linguagem, tornando-se assim enunciados de difíceis e, portanto múltiplas, interpretações. Rocha (2007, p. 123-124) complementa esse raciocínio afirmando que se a linguagem *"se apresenta como enigmas na fala, com seus tropeços, seus silêncios, suas*

hesitações, sua aceleração, seu retardo, é porque são sintomas que presentificam e identificam essas falas". Assim, falas enigmáticas e sintomáticas que fazem presença na fala do sujeito aqui apresentado serão colocadas de forma específica no Capítulo 4.

3.1 Sujeito

Primeiro filho, Luiz foi avaliado por esta pesquisadora aos quatro anos e oito dias no *Instituto SER*, local em que realizo atendimento fonoaudiológico e onde os dados desta pesquisa foram coletados, iniciando atendimento fonoaudiológico quatro dias após este primeiro contato. Luiz foi diagnosticado como afetado pela Síndrome de X Frágil aos quatro anos e seis meses.

No levantamento do prontuário há a informação de que, na anamnese realizada pela Psicóloga, a mãe relatou que a gravidez e o parto foram normais. Aos 12 meses Luiz começou a andar com auxílio, tornando-se independente para caminhar aos 23 meses de idade. A sua primeira palavra foi mamãe aos 24 meses de idade. Frente a este panorama, a família consultou um neuropediatra que justificou o atraso motor pela presença de um quadro de hipotonia familiar benigna. A mãe acrescentou, como resposta a um questionamento desta pesquisadora, que o diagnóstico inicial foi usado para responder às angústias e questionamentos da família. A própria família tomou a iniciativa de procurar atendimento especializado no *Instituto*. Trata-se de uma família diferenciada com formação na área de saúde, salientando-se que a mãe é graduada em Fonoaudiologia, mas não exerce a profissão.

Ainda na entrevista inicial, a mãe afirma que Luiz compreende o que lhe é dito, fala pouco, mas chama a irmã e diz "*tchau, até amanhã e dorme com Deus".*

À avaliação fonoaudiológica[25], Luiz apresentou compreensão para ordens simples, envolvendo ações de sua rotina diária. Constataram-se manifestações sintomáticas na fala caracterizadas pela emissão de sons isolados, particularmente de um ***a*** prolongado associado a movimentos repetitivos de abaixar a cabeça ou deitar-se com a cabeça voltada para o chão. Luiz apresentou ainda, interesses lúdicos restritos, envolvendo-se apenas em atividades com bolas, e rejeitando outros brinquedos como jogos de encaixe e animais de pelúcia. Não se aproximava da fonoaudióloga e mostrava resistência a mudanças na rotina como alternar o portão de entrada e o de saída da instituição.

Convém salientar o caráter momentâneo da avaliação fonoaudiológica, pois uma vez realizada quando a criança ainda não possui vínculos com o avaliador, pode apresentar particularidades e enigmas a serem (re)significados durante o atendimento terapêutico.

Quatro dias após esta primeira observação, Luiz iniciou atendimento Fonoaudiológico e Fisioterápico individual, respondendo às queixas da família e à avaliação inicial de hipotonia e atraso na aquisição da linguagem. A família está em atendimento Psicológico na mesma instituição que atende seu filho.

Luiz estava com quatro anos e seis meses de idade quando, encaminhado para a Clínica Médica, recebeu o diagnóstico de anomalia do

[25] Na avaliação inicial foi realizado apenas um contato, onde não me ative à teoria que hoje me embasa, fazendo uma leitura da fala da criança recortada da fala do outro.

cromossomo X, característica da Síndrome de X Frágil. Este diagnóstico, no entanto, não interferiu na aposta familiar do vir a ser sujeito e falante de Luiz. O menino freqüenta também uma escola de ensino infantil regular, com a qual a fonoaudióloga, o fisioterapeuta e a psicóloga estabelecem contatos freqüentes e orientam, quando solicitados.

3.2 A instituição em que é realizado o atendimento à criança

O atendimento vem sendo realizado no setor de Fonoaudiologia do *Instituto SER,* uma clínica-escola para portadores de distúrbios de saúde mental[26] e de necessidades especiais[27]. Trata-se de uma instituição particular que oferece ensino fundamental e médio, ministrado por pedagogos especializados, em classes de 3 a 10 educandos, agrupados por faixa etária e compatibilidade de níveis de aprendizagem. Tendo como ponto de partida as necessidades específicas de cada aluno, a escola oferece atividades complementares como dança, teatro, música, atividades circenses, informática e horta, além de atendimentos clínicos em Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

Desde sua fundação em 1988, até o início da década de 90, a escola fez uso do método de ensino Montessori[28]. A partir dos anos 90, passou a utilizar a

---

[26] São considerados os distúrbios de Saúde Mental, conforme diagnóstico pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais, DSM IV TR ou pelo Código Internacional de Doenças, CID X.

[27] Portador de necessidades especiais refere-se ao sujeito com dificuldades motoras e/ou rebaixamento mental que necessita de trabalho específico, temporário ou permanente, em escola especializada.

[28] Método de aprendizagem criado pela médica italiana Maria Montessori que dá ênfase aos aspectos biológicos e de desenvolvimento, sendo função da educação favorecer esse desenvolvimento.

perspectiva construtivista[29], tal como delineada por Emília Ferreiro e colaboradores. A partir de 2002, interessada em manter sua equipe atualizada, a escola promoveu cursos de formação e supervisão com Esteban Levin[30]. Em decorrência das supervisões recebidas, o Instituto passou a priorizar o desenvolvimento de atividades centradas no interesse do sujeito, respeitando a demanda e a historicidade de cada aluno. Isto se refletiu nos questionamentos que me levaram a aprofundar meus estudos em direção a uma maior compreensão da constituição do sujeito na e pela linguagem e a eleição do tema deste trabalho.

3.3 Coleta de Dados

As sessões ocorreram em média duas vezes por semana com a duração de aproximadamente 45 minutos cada. As coletas de dados foram feitas por meio de gravações em áudio vídeo tape, com a duração média de 30 minutos e freqüência semanal. Foram realizadas 38 gravações em fita VCRC, depois transformadas em DVD, que foram transcritas em ortografia regular de onde se extraíram excertos sobre os quais incidiu a análise. As gravações se iniciaram quando Luiz estava com cinco anos e quinze dias de idade estendendo-se até os seus seis anos, um mês e vinte e seis dias de idade.

Os recortes foram eleitos pelo efeito que a fala da criança provocou na fonoaudióloga enquanto terapeuta e investigadora. Conforme postulado por De Lemos (2002, p. 65), *“um mesmo processo pode produzir efeitos diferentes”,*

[29] O construtivismo coloca o aluno como agente principal, sendo o professor um orientador, sem utilizar métodos específicos. Enfatizam-se os usos sociais da Língua escrita.

[30] Levin (2001a, 2001b, 2003, 2005), psicanalista e psicomotricista, escreveu diversos livros sobre a imagem do corpo, a construção da experiência infantil, estruturação subjetiva e função do filho.

tendo sido eleitos episódios que provocaram tanto marcas de mudança como de "*estranhamento ou enigma"* (LEMOS, 2002).

Carvalho (1995, p. 149) desloca a naturalidade com que se considera o erro como lugar de não-saber, pontuando que se poderia "*propor que seria no lugar mesmo onde a fala da criança se produz como equívoco que as mudanças, nessa fala, ocorreriam".* Segundo a autora (*Id*., 2006) o recorte do erro não é um lugar no qual o investigador possa se colocar com tranqüilidade, buscando erros que se pressupõem estarem presentes na fala da criança em aquisição de linguagem, mas sim buscando mistérios e impasses. Opondo sintoma e erro, Lier-DeVitto (2006b) coloca ser o primeiro resistente a interpretações e mudanças, *"uma marca na fala que implica o próprio sujeito"* isolando-o de outros falantes de uma Língua e produzindo efeito de patologia na escuta de sua fala.

Assim, as produções enigmáticas foram reconhecidas como possibilidades de Língua que indicariam mudanças ou resistência, e eleitas unidades de análise para esta pesquisa. Estas incluem a fala da criança e da fonoaudióloga/investigadora formando o que Carvalho (2006) denominou de "**fragmentos de diálogos**" (*Ibid*., p.71, grifo da autora).

O procedimento de gravação, questionado por muitos pesquisadores[31] pela perda do corpo presente e pelo afastamento do momento de interação vivido com o sujeito, foi usado, conforme aponta Arantes (2001, p.146-147), como *"a possibilidade de um fonoaudiólogo responder ao como o sintoma se articula na cadeia significante nesse resto visível de corpo e voz".* A gravação em audiovideo possibilitou também um afastamento da fonoaudióloga da cena,

[31] A este respeito ver Masini (1989), e Birkman e Cunha (2005).

permitindo que a posição de investigadora se presentificasse de forma mais clara e reflexiva. A posição de interlocutor, isto é, daquele que está presente à interação, diferencia-se da posição de investigador, ou seja, do interlocutor agora em uma situação de análise dos dados colhidos na cena clínica. Esta ampliação da posição da fonoaudióloga pela incorporação do papel de investigadora teve efeitos no atendimento fonoaudiológico que passou a ser analisado durante a observação preliminar das gravações, discutido nas reuniões de orientação e fundamentado teoricamente. Isto se refletiu no olhar e na escuta da fonoaudióloga, uma vez que as gravações presentificavam a fonoaudióloga ocupando quase todo o espaço dialógico apesar de Luiz se mostrar em posição de falante quando sua fala era escutada. Estes acontecimentos serão analisados em maiores detalhes no item 4.9, que aborda o silenciamento em Fonoaudiologia.

Coletou-se um grande número de episódios interessantes de serem analisados, sendo o *“efeito de estranhamento ou enigma”* (LEMOS, 2002) relevante para a escolha de alguns, mais especificamente os episódios de número 4.2, denominado “iniciando as gravações” e 4.7, nomeado de “enigma” e apresentados no Capítulo 4.

4. Análises

4. ANÁLISES

A análise incidiu sobre excertos de corpora e fundamentou-se teoricamente nos pressupostos descritos no Capítulo 3, calcando-se em uma Clínica Fonoaudiológica que coloca questões para a Lingüística e a Psicanálise. Buscou-se identificar a estrutura Clínica Fonoaudiológica na qual Luiz se insere, respeitando a relação triádica **criança-fonoaudiólogo-Língua**, analisando-se episódios do diálogo entre Luiz e a fonoaudióloga, salientando-se que uma análise não é uma tradução compreensiva e que muitas das leituras e análises feitas partem da posição clínica da fonoaudióloga em cena, e não da posição da investigadora. A partir das primeiras transcrições, há um efeito de reconhecimento, pela fonoaudióloga, do modo de Luiz estar na linguagem.

A posição do fonoaudiólogo instala-se como o outro suposto na tríade criança-outro-Língua, mas um outro que, por suas interpretações, age na estruturação da linguagem da criança. Pela descrição do funcionamento da fala da criança e de análises posteriores em que a posição de fonoaudiólogo/investigador é privilegiada, buscou-se identificar sintomas em suas cristalizações ou deslocamentos (AMOROSO; FREIRE, 2001). O sintoma foi reconhecido como produtor de sentidos (SALFATIS; PALLADINO, 2001) passíveis de serem interpretados e deslocados.

A fala sintomática a ser apresentada convoca a Clínica Fonoaudiológica para que, junto com a Lingüística e a Psicanálise, busquem caminhos que possibilitem ao sujeito deslocamentos em seu enlaçamento singular à linguagem, pontuando que as dificuldades de Luiz são mais marcantes na oralidade. Assim, as análises apresentadas neste trabalho visaram alçar

singularidades, diferentes significados, buscando identificar mudanças apresentadas na fala da criança pesquisada.

Em todos os episódios aqui analisados as características sintomáticas da fala de Luiz são identificadas com a terceira estrutura da Clínica Fonoaudiológica (AMOROSO; FREIRE, 2001; FREIRE; CORDEIRO, 1999), caracterizada por implicações no aparato psíquico e biológico que incidem na fala e na relação com o outro.

Os sintomas de linguagem de Luiz apontam efeitos que resultam de refrações à sanção do Outro. Os caminhos terapêuticos que aqui se buscam, propõem que uma sanção outra, que reconheça o sujeito e o significante, possa provocar mudanças nas manifestações sintomáticas da fala de Luiz.

Passo à discussão de episódios da fala de Luiz em situação terapêutica, salientando que o episódio 1 apresenta um excerto de uma sessão preliminar às gravações regulares[32]. À guisa de ilustração de como era a fala de Luiz no início de seu atendimento, transcrevo este episódio. Os símbolos empregados seguem as normas da coleta de corpora dos arquivos do Banco de Dados de Fala e Escrita da linha de pesquisa de Linguagem e Subjetividade dos Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da PUC-SP.

Os episódios são transcritos em ortografia regular. Sob a rubrica **L.** estão as falas e ações da criança, além da descrição do contexto extralingüístico e sob a rubrica **F.**, o mesmo em relação à Fonoaudióloga, marcado em itálico. As ações são colocadas entre parênteses, iniciando com letra maiúscula, quando a ação antecede a fala e iniciando com letra minúscula, quando a fala precede a

[32] Convém salientar que os pais foram informados e autorizaram o uso desta transcrição para a pesquisa.

ação. Os símbolos empregados nestes episódios são: barra (/) representando lapso de tempo entre as falas, (?) indicando entonação ascendente, (.) indicando entonação descendente, (::) prolongamento do som, (::::) prolongamento maior do som, ( ) gestos indicativos ou contexto extralingüístico e sublinhado para falas concomitantes.

4.1 O princípio

O atendimento fonoaudiológico de Luiz foi iniciado aos quatro anos e doze dias de idade, enquanto as coletas para esta pesquisa ocorreram um ano e três dias mais tarde. No período anterior às coletas regulares, quando Luiz estava em atendimento há três meses, foi realizada uma gravação da qual se retirou um episódio com o objetivo de apresentar a fala de Luiz em situação de interação dialógica com o fisioterapeuta da instituição.

O episódio 1 é a transcrição de um excerto desta coleta onde interagem Luiz (L) e o fisioterapeuta cujos enunciados serão indicados pela letra (R) grafados em itálico. O supervisor do *Instituto* participa da interação e a filmagem em áudio-vídeo foi realizada por esta pesquisadora.

Episódio 1 (00h06min05seg)

(23) **L.** (Deixa de seguir o fisioterapeuta que se dirige para o outro lado da sala e se vira para um bumbo no canto da sala colocando uma bolinha plástica sobre ele). / (Vira-se e caminha para onde o fisioterapeuta está). A::::

(24) **R**. *Vamos, o Luiz vamos!*

(25) **L.** O::

(26) **R**. *O o o o (puxando um colchonete laranja para o outro lado da sala).*

(27) **L.** Uoi. Vai di (pega bolinhas que estavam no chão). A:::: (olha para o fisioterapeuta e volta para o canto da sala onde está o bumbo).

(28) **R**. Onde você vai levar as bolas? O que você vai fazer com as bolas?

(29) **L.** Ah (coloca as bolas sobre o bumbo). A:::: (com movimentos de abaixar a cabeça e colocando o braço direito sobre o rosto) / (Mexe as bolas sobre o tambor).

(30) **R**. Luiz!

(31) **L.** Ah? (Olha para o fisioterapeuta e se volta novamente para as bolas e o bumbo)

(32) **R**. Vem aqui. /.

(33) **L.** A:::: (fica mexendo o bumbo e olhando para as bolas sobre ele se moverem)**.**

(Supervisão Clínica - Luiz 04;03;03)

No decorrer desta gravação de 45 minutos, Luiz apresenta interesse restrito pelas atividades com bolas. Assim, após jogar as bolinhas de plástico pela janela, Luiz se deita com o rosto virado para o chão e apresenta emissões prolongadas do /***a***/[33].

Suas emissões "**Tau bóa**", "**Abo**" e "**Até manhã**" estão alienadas à fala do outro, ou seja, são falas coladas à fala de uma outra pessoa, papel desempenhando primordialmente pela mãe, o que nos leva a questionar quem de fato fala nesta fala (DE LEMOS, 2002). Destaco nesta gravação, a emergência de uma fala enigmática no enunciado (27) "**Vai di**" que aparece diversas vezes no decorrer da gravação, e se transforma em "**Vai**", "**Vai i**", "**A di**[34]" e "**Tau di**". Luiz expressa suas demandas por gestos e ações tais como abrir os braços para que o fisioterapeuta lhe jogue uma bola e empurrar o fisioterapeuta para tirá-lo de cima de uma bola grande sobre a qual se sentava.

Nos atendimentos fonoaudiológicos, o período anterior às gravações regulares foi marcado, primeiramente, por uma linguagem na qual predominavam gestos e ações quando Luiz me pegava pela mão e me levava até o brinquedo ou em direção à porta e pela presença de um número reduzido

[33] Este prolongamento do ***a*** será analisado com maiores detalhes nos itens 4.4 e 4.5, páginas 82 a 91.

[34] No episódio 5 o enunciado "**A di**" (57) é interpretado como *aqui* pela fonoaudióloga.

de sons e palavras isoladas com predominância do ***a*** prolongado. Luiz mantinha-se afastado do contato físico e evitava o visual; suas brincadeiras restringiam-se a atividades que envolvessem bolas de cores e tamanhos diversificados. Emissões como "**não**", "**não quer**", passaram a ser mais freqüentes, assim como a nomeação de familiares, como "**Mani**" para chamar a mãe. Em casa, Luiz passou a verbalizar o nome da fonoaudióloga e do fisioterapeuta ao olhar fotos das atividades realizadas no *Instituto*.

A canção ou fala ritmada apresenta-se, em minha prática, como um caminho para a interação fonoaudióloga e criança. Durante os atendimentos fonoaudiológicos emergiram canções infantis ou versões dessas canções, cuja letra era criada durante as terapias. Assim criamos canções que falavam da escola, de um familiar adoentado ou do pé machucado, usando variações rítmicas e melódicas[35]. Luiz mostrava interesse por essas canções e músicas, que posteriormente, na literatura pesquisada, identifiquei com a noção de **escansão**, isto é, um corte, decomposição ou destacamento tanto acústico como rítmico. A **escansão,** segundo Pontes (2003), produz a dimensão temporal, destaca um elemento e instaura uma superfície diferenciando figura e fundo. Sem a dimensão temporal encontra-se sempre o mesmo, a continuidade. Pontes (*Ibid.*) opõe escansão ou corte à continuidade, tomada pela autora como *"a ausência de inscrição de cortes organizadores do campo significante"* apresentando-se como "*ausência de palavra e de olhar", "ausência de cortes temporais" e "ausência de marcas de individualização"* (*Ibid*., p. 264-265).

[35] As variações rítmicas referem-se aqui a uma cadência que ocorre de forma regular e melodia à sucessão rítmica ascendente e descendente.

Como pontuado por Dunker (2003, p. 38), a introdução de formas de escansão torna-se, *“às vezes, a única maneira de permitir alguma viabilidade no acesso do sujeito à linguagem”.* Vorcaro (1999) coloca que a opacidade da fala é interrogada, sendo as expressões não compreendidas, as diferenças fonéticas e contradições ressaltadas, estendidas ou escandidas, abrindo a possibilidade de a criança ir além daquilo que já foi dito. A autora afirma que *“em situações específicas de limite de continuidade discursiva, o clínico estabelece mudanças bruscas no cenário, escandindo as falas”* (*Ibid*., p. 114). Na minha prática identifico que escansões, isto é, cortes e mudanças de ritmo, entonação e freqüência vocal produzem efeitos em Luiz e indicam possibilidades a serem trilhadas nas terapias fonoaudiológicas.

A ação fonoaudiológica não buscou traduzir ou corrigir a fala de Luiz, mas oferecer uma escansão à fala da criança (VORCARO, 1999; DUNKER, 2003; PONTES, 2003). Ao escandir a fala da criança presentifica-se uma diferença entre aquilo que a criança fala, ou pensa falar, e aquilo que o outro escuta, dando à emissão da criança uma dimensão temporal onde elementos podem ser destacados. A escansão pode ser associada à noção de espelho (ARAUJO, 2002; LEVIN 2001b, 2005), que segundo Levin (2001b, p. 241) deve ser um espelho “*não-especular*”, ou seja, o espelho não deve ser mera refração da imagem ou repetição da fala da criança. O espelho não-especular deve se colocar de forma diferente, alterando, por exemplo, a intensidade sonora e fazendo uso de diferentes freqüências vocais. Lacan ([1966]1998, p. 299) coloca que *“o emissor recebe do receptor sua própria mensagem sob forma invertida”,* assim este espelho ou escansão possibilita uma diferença, uma inversão, abrindo caminhos para que a fala patológica desloque-se do tempo da

"insistência" (LIER-DE VITTO, 2005, p. 147), do tempo em um contínuo que é impeditivo de mudanças e deslocamentos.

A atitude dos profissionais do *Instituto* e familiares foi sempre antecipar em Luiz um falante e um sujeito que tinha a possibilidade de escolher as atividades a serem realizadas, de compreender a fala do outro e de advir como falante da Língua.

4.2 Iniciando as gravações

As gravações apresentadas a partir deste item foram coletadas um ano e três dias após o início do atendimento fonoaudiológico de Luiz. O episódio apresentado a seguir é um recorte da primeira destas gravações, realizada quando Luiz estava com cinco anos e quinze dias.

Episódio 2.

(30) ***F.*** *Vamos visitar a zebra? Vamos ver onde tá a zebra? Vamos visitar a zebra? Vamos? (levanta e procura a zebra e depois aperta com o pé a zebra que faz um barulho de apito).*

(31) **L.** A::

(32) ***F.****. Achei a zebra, olha aqui.*

(33) **L.** A xexe vai (olhando para a fonoaudióloga).

(34) ***F****. Vamos achar a zebra?*

(35) **L**.Ti i.

(36) ***F****. Vamos andar?*

(37) **L.** A::

(38) ***F.*** *Vamos? Vamos? Vamos?*

(39) **L.** A::

(40) ***F****. Pode ir? Pode?*

(41) **L.** (Aceno afirmativo de cabeça).

(Interação Terapêutica 01 - Luiz 05;00;15)

O episódio 2 mostra uma mudança de posição, onde Luiz que se mostrava impermeável à fala da fonoaudióloga, apresentando a emissão do ***a*** prolongado no enunciado (31), aliena-se do ponto de vista fonológico à fala da fonoaudióloga incorporando fragmentos de seu discurso à sua fala, fragmentos que ao serem incorporados sofrem modificações, o que segundo Andrade (2006, p. 209) pode ser considerado *"como indício de uma certa relação criança-língua, que leva a criança a escutar, de modo singular, o que se produziu na fala da terapeuta".* A fonoaudióloga apresenta um espelhamento não especular e incorpora o fragmento "**xexe**" à sua fala, interpretando-o a partir da homofonia que remeteu "**xexe**" à palavra achar e retoma a fala de Luiz em uma estrutura lingüística emitindo uma demanda enunciativa em (34) "*Vamos **achar** a zebra?*", o que possibilita que ele, mesmo retomando a sucessão sonora do ***a*** prolongado nos enunciados seguintes (37 e 39), permanecesse no diálogo, abrindo caminhos para a circulação da fala e a retomada da interação na ação representada em (41). A sanção da fonoaudióloga ao identificar e espelhar a fala de Luiz oferece um reconhecimento do sujeito e do significante, uma vez que direciona o seu dizer na dimensão dialogal. Como pontuado por Araújo (2002), ao espelhar a fala da criança a fonoaudióloga promove a relação entre a criança e sua própria fala.

Há no episódio analisado, a junção do som /ʃ/, representado pelo dígrafo ch (de Achei), com o som do **z** de zebra, do enunciado (32) "***Achei** a zebra*" da fonoaudióloga que, por serem foneticamente semelhantes, circulam no diálogo, e são condensados em "**xexe**" do enunciado de Luiz em (33) "**A xexe vai**".

Luiz articula uma seqüência de palavras no eixo metonímico, em combinações de contigüidade, isto é, agrupando entidades lingüísticas

(JAKOBSON, [1963]2003). Este dado, colhido nos enunciados iniciais da fala de Luiz, vem corroborar a afirmação de De Lemos (2002) de que há uma dominância do processo metonímico na fala inicial da criança.

Este episódio parece apresentar semelhança com a primeira posição de falante (DE LEMOS, 2002), na qual Luiz indica um movimento de sua fala que mesmo alienado à fala da fonoaudióloga, mostra um deslocamento desta alienação em **xexe** (enunciado 33). O **xexe** que se coloca de forma enigmática, vem da fala do outro, sendo identificado na transcrição deste episódio com as falas de *achei, achar* e *zebra* da fonoaudióloga. Este significante pode vir de outros lugares como a fala da mãe, do fisioterapeuta que realizou o atendimento imediatamente anterior, do Outro enquanto tesouro de significantes. Assim como pontuado por Lemos (2002), alguns enunciados restam como *"efeito de enigma"* provocado pela fala da criança, enigmas que mostram o funcionamento da Língua e possibilidades de Língua esquecidas pelo falante adulto.

4.3 Dialogando...

O Episódio 3 foi retirado da mesma gravação que o apresentado acima. Nele observam-se emissões mais longas, com maior número de significantes encadeados e colocados em relação, mostrando movimento no eixo metonímico e substituições no eixo metafórico.

Episódio 3

(377) **L.** Oie (puxa a fonoaudióloga para a frente da filmadora).

(378) ***F****. É o filme. A lá a Hedi. A lá a Hedi também tá lá (ficam Luiz e a fonoaudióloga em frente ao visor da filmadora).*

(379) **L.** Tadu aí. (olhando para o visor).

(380) ***F**. É.*

(381) **L.** Te.

(382) ***F**. A Hedi tá aqui, ó.*

(383) **L** (Mostra o visor). Te ti.

(384) ***F**. Então vamos por o Luiz tamém tá? Tá bom? Você vai desligar? (colocando Luiz no foco da filmadora).*

(385) **L.** Num ta ti.

(386) ***F.** Não, então tá bom. Deixa aí. Deixa aí prá gente ir arrumando lá (leva Luiz até a caixa grande de plástico).*

(Interação Terapêutica 01 - Luiz 05;00;15)

Observa-se neste episódio, a emergência de emissões que circulam ao redor do som /t/ que, assim como o som /d/ do enunciado (379) "**Tadu**", estão presentes em enunciados como "**Te ti**" (383**)** e "**Num ta ti**" (385).

Neste episódio, como em outros analisados, observa-se a insistência do retorno de dêiticos na fala da fonoaudióloga, supondo um saber em Luiz sobre a que estas palavras remetem, não oferecendo abertura para que a fala de Luiz deslize no eixo da mensagem. Os dêiticos *lá* e *aqui* estão presentes nos enunciados 378, 382 e 386, sendo o dêitico **aí** incorporado à fala de Luiz no enunciado (379). Luiz faz o uso deste dêitico, posicionando-se no enunciado (379) na primeira posição de falante (DE LEMOS, 2002) na qual pela alienação à fala do outro, a criança não comete erros.

Luiz toma a frente do diálogo com (379) "**Tadu aí**" e (385) "**Num ta ti"**, que foram interpretados como um possível questionamento dirigido à fonoaudióloga sobre se "Ricardo está aí", referindo-se ao fato de Ricardo, fisioterapeuta que atua com ele, estar ou não no visor da filmadora; quando a fonoaudióloga passou a investigadora, reconheceu neste enunciado (379) uma possível cadeia significante. Para Luiz, Ricardo, o fisioterapeuta e Hedi, a fonoaudióloga, ocupam a mesma posição metafórica de uma série em que um

termo (ou nome ou sujeito) poderia ser substituído pelo outro, uma vez que ou Ricardo ou Hedi estão com ele no atendimento. Assim como encontrar Hedi no visor, de forma manifesta, e não encontrar, Ricardo, que ocupa aqui uma posição latente. Luiz faz demandas enunciativas reiteradas, nos enunciados (379), (381), (383), (385), buscando substituir Hedi por Ricardo uma vez que são termos associados metaforicamente. Neste episódio, Luiz apresenta indícios da segunda posição do *infans* em sua trajetória para tornar-se falante (DE LEMOS, 2002), isto é, aquela em que há dominância do funcionamento da Língua.

A sanção da fonoaudióloga sobre a fala de Luiz neste enunciado (379) "**Tadu aí**" foi a de confirmar a sua fala respondendo a ela, o que se presentifica no enunciado (380) da Fonoaudióloga *"É".* Há, porém, uma sanção de não reconhecimento dos significantes (Tadu aí) que não gerou efeito de abrir o diálogo, indicando naquele momento uma escuta bloqueada para outras possibilidades de sentido.

Observa-se, portanto, neste episódio, o funcionamento da Língua nos eixos metafórico e metonímico (JAKOBSON, [1963]2005) e mudanças de posições de Luiz no enlaçamento de sua fala à Língua e ao outro/Outro, tanto na alienação à fala do outro quanto na dominância do funcionamento da Língua (DE LEMOS, *Op. cit.*), ou seja, nas posições subjetivas de alienação e separação. Estas posições, por serem em uma estrutura, podem ocorrer, como neste episódio, simultaneamente.

4.4 Deslocar a estereotipia, uma utopia possível...

Como colocado no Capítulo 2, o termo estereotipia refere-se a **movimentos** corporais reproduzidos de maneira **fixa** e inalterável e à fala repetitiva ou *"frases feitas"* (JAKOBSON, [1963]2003), isto é, movimentos ou falas que reproduzem sempre o mesmo. A própria noção de **movimento** e **fixo** já indica que ao se mover, deixa de estar paralisado, colocando em movimento possíveis diferenças e singularidades. O termo estereotipia faz questão neste trabalho por ser uma característica do autismo[36] e, também, por habitar a fala de Luiz, a clínica que aqui adoto, pede sua ressignificação como sintoma do funcionamento da linguagem. Opto por manter o uso deste termo, por estar marcado pela tradição das Clínicas Médica e Fonoaudiológica, mas proponho uma subversão em sua definição, pois foi possível vislumbrar deslocamentos nesta fala considerada inalterável, excluída de subjetividade e de significado.

Irei redefinir estereotipia, caracterizando-a como *"blocos não desmembráveis"* (DE LEMOS, 2002, p. 65) que poderiam ser entendidos como indicativos da primeira posição na qual a fala da criança mantém-se alienada à fala do outro, alienação aqui que não admite, a princípio, quaisquer mudanças. O deslocamento destes blocos fixos, mesmo que de forma mínima, abre caminho para a entrada de um outro que, estruturado pela linguagem, coloque-a em funcionamento, possibilitando que os deslocamentos iniciais possam resultar em mudanças de posição.

Desde o início do atendimento de Luiz, a emissão do ***a*** prolongado fez enigma no atendimento interdisciplinar e fonoaudiológico. A fala estereotipada

[36] Para maiores detalhes sobre a estereotipia remeto o leitor à leitura do Capítulo 1, A Síndrome de X Frágil e a Linguagem, páginas 23 a 29, e de forma mais específica à página 26.

de Luiz, ao contrário da visão consensual trazida pela literatura, não foi entendida pela fonoaudióloga/investigadora como repetitiva, carente de subjetividade ou impeditiva do surgimento de um sujeito falante. Passei a atribuir significados e intenções a esta fala estereotipada, interpretando-a como desinteresse pela situação terapêutica e, conseqüentemente, escandindo-a ou apresentando demandas para que Luiz atribuísse um sentido àquela seqüência sonora. Ao colocar em questão esta fala dita estereotipada, eu vislumbrava intencionalidade ao que Luiz estava expressando.

Segundo Carvalho (1995), a atribuição de intencionalidade está presente na interação, mas é necessário deslocar ou destituir o investigador da posição de domínio de saber como condição constitutiva do campo de aquisição de linguagem. De forma semelhante, torna-se necessária *"a suspensão de conhecimento prévio ante o sintoma"* (LIER-DE VITTO, 2006, p. 187) abrindo espaços para que o fonoaudiólogo/investigador seja questionado por emissões enigmáticas presentes nas falas patológicas.

Ao fazer questão no atendimento fonoaudiológico, buscou-se dar significado a este prolongamento sonoro – a chamada estereotipia - que foi entendido, segundo Amoroso e Freire (2001, p. 22) *"como um fato que ressurge insistentemente em busca de um sentido"*, almejando um deslocamento possível desta fala que poderia ser vista como ritualizada e não passível de ser interpretada.

A seguir um episódio, com presença da repetição do ***a*** prolongado, é analisado.

Episódio 4

(71) **L.** A::::

(72) ***F****. Ah! Bola (pegando uma bola da caixa grande de plástico de dentro da qual Luiz está sentado e levantando a bola). Irri. Achei (balançando a bola).*

(73) **L.** A::

(74) ***F****. Tchau bola. Ih, ih, ih. Não cabe. Coube! Outra, pega outra aí? Quer? (colocando a bola em uma caixa pequena de madeira com dois orifícios, um de cada lado).*

(75) **L.** A:::: (tenta colocar a bola na caixa pequena de madeira).

(76) ***F****. Coube?*

(77) **L.** A::::

(78) ***F****. Dá uma pra mim (estende a mão).*

(79) **L.** A:: (coloca a bola diretamente na caixa pequena de madeira). / I:::: a::::

(80) ***F****. Ih! Acabou a bola.*

(81) **L.** A a tiu.

(82) ***F****. Aaatchim (empurrando uma bola para fora da caixa pequena de madeira).*

(83) **L.** A::

(84) ***F****. Apareceu uma bola. A a a...*

(85) **L.** A!

(86) ***F****. A a...*

(87) **L.** Aiu.

(88) ***F****. Achou uma bola.*

(89) **L.** Aiu.

(90) ***F****. E essa?A a a a a a a (empurrando a bola pelo orifício da caixa pequena de madeira).*

(91) **L.** A::xoui.

(92) ***F****. Achou. Achou. A tchim. Caiu uma bola.*

(93) **L.** A::

(94) ***F****. A a a tchim. Caiu outra bola. A a a...*

(95) **L.** Ta ta.

(96) ***F****. Atchim. Achou uma bola. A a a tchim.*

(97) **L.** (Ri retirando uma bola da caixa pequena de madeira).

(Interação Terapêutica 01 - Luiz 05;00;15)

O episódio 4 exemplifica a resistência de Luiz ao deslocamento da estereotipia que se reapresenta de forma semelhante, mas não idêntica, já que com pequenas variações na duração da vogal **a**. A primeira ocorrência pode ser observada em (71) retornando nos enunciados 73, 75, 77, 79, 83 e 93. Ao final

da emissão (79) ”**I:::: a:::**” Luiz desloca a “estereotipia” ao inserir um **i** prolongado antes da emissão do ***a***, uma inversão na sucessão sonora de **as,** aqui antecipada pelo **i**, que pode ter migrado de enunciados anteriores da fonoaudióloga (como em 74). Esta retoma o início do fragmento, incorporando-o à sua fala e transformando-o em *“**lh!**“* no enunciado (80).

A emissão (81) de Luiz “**A a tiu**”, remete às mudanças pelas quais as brincadeiras passaram no decorrer dos atendimentos. As bolas que eram o centro de interesse de Luiz foram se transformando em fantoches que se escondiam em uma caixa de madeira com orifícios laterais e que “saltavam”, transformando-as em outros objetos. Nesta brincadeira, a fonoaudióloga fez tentativas de corte na estereotipia do ***a*** prolongado por meio da introdução, de forma consciente e deliberada, de palavras iniciadas com o som de **a**, como abriu, acabou, apareceu e à onomatopéia atchim associada ao movimento das bolas que “espirravam” de dentro da caixa. Apenas a onomatopéia atchim associada ao jogo com as bolas parece ter capturado a escuta de Luiz.

No enunciado (81), Luiz aliena-se à fala da fonoaudióloga fazendo uso de restos metonímicos de sua fala ao emitir o significante “Atchim!” O “Atchim, **A a tiu**” (81) retorna no enunciado (82) da fonoaudióloga “*Aaatchim*”. Luiz retoma o som de ***a*** prolongado no enunciado (83), e a fonoaudióloga introduz novamente o ***a*** como em (84) “*Apareceu uma bola. A a a*” que retorna na fala de Luiz como (85) “**A!**” com uma diferenciação supra-segmental que indicia os efeitos desse jogo dialogal sobre a estereotipia. Nos enunciados (87) e (91) “**Aiu**” e “**A::xoui**”, o ***a*** prolongado se modifica, acrescentando no enunciado (91) o som de x/ch da palavra “*Achou*” emitida pela fonoaudióloga no enunciado 88 (entre outras). A fonoaudióloga então interpreta este enunciado como **Achou**,

mas novamente o uso estereotipado do ***a*** prolongado volta à cena na fala de Luiz (no enunciado 93 “**A::** ”).

A estereotipia do ***a*** prolongado faz questão para a fonoaudióloga e para profissionais e familiares nos vários ambientes em que Luiz circula, tanto no clínico, como no escolar e familiar. A estereotipia afasta Luiz do contato com o outro e traz uma marca de “incomodo” relatada pelas pessoas que o cercam, tais como “ele faz isso em todos os lugares”, “ele faz para irritar” ou “está difícil agüentar”. A sanção do outro como um dispositivo clínico poderia deslocar esta fala repetitiva que se associa com freqüência a movimentos estereotipados indiciando uma mudança da posição que Luiz ocupa nos ambiente em que freqüenta. Segundo Levin (2001b, p. 204, grifo do autor) *“a criança pode, ‘unificar-se’ em seu fragmento; por exemplo ser ‘toda estereotipia’, ou ‘toda ecolalia’ (...)”,* formando assim, no real uma unidade criança-estereotipia que a mantém ao mesmo tempo, de forma controversa, segura e fragmentada, afastando-a do outro e de uma imagem do corpo unificada. O corpo enquanto biológico só poderá ser significado a partir da constituição de uma imagem de corpo, sem a qual a criança ficará fragmentada e impossibilitada de fazer uso de seu corpo orgânico (DOLTO, 2004; LEVIN, 2001b). Segundo Dolto (*Ibid.*, p. 14-15) “*se o esquema corporal é, em princípio, o mesmo para todos os indivíduos (...) da espécie humana a imagem do corpo, em contrapartida, é peculiar a cada um: está ligada ao sujeito e à sua história”.* A autora aponta que a imagem do corpo é inconsciente, sendo o lugar do desejo.

Segundo Levin (2001b, p. 106): *“A imagem do corpo transforma-se em operador que funda e institui as peripécias e a estruturação subjetiva da criança”.* A criança que não tem imagem do corpo constituída não pode brincar,

ela se machuca sem sentir dor, olha sem ver, repete os mesmos movimentos estereotipados sem se cansar. Levin (*Ibid.*) afirma que a criança estrutura a linguagem e a imagem corporal a partir do outro, função primeiramente desempenhada pela figura materna. A primeira imagem do corpo da criança está no outro, *"para um recém-nascido o primeiro espelho será o olhar cênico da mãe, a criança está dentro dela, nesse espelho materno"* (*Ibid*., p. 103).

Um deslocamento desta estereotipia do ***a*** prolongado criaria uma "*fissura*" na muralha fixa e inalterável (*Id.*, 2005, p. 134) que parece permitir o afastamento de Luiz da interação com o outro e o mantém completo neste unidade corpo-estereotipia.

Constatou-se pelas análises posteriores que, tanto Luiz quanto a fonoaudióloga apresentam, neste primeiro episódio, enunciados mais curtos, nos quais o efeito da fala estereotipada de Luiz repercute na fala da fonoaudióloga. Ao privilegiar palavras iniciadas com o fonema /**a**/ a fonoaudióloga colocou-se na mesma posição de Luiz ou seja, em uma posição fixa e estereotipada, e, dessa forma, não desencadeou qualquer deslocamento deste som. A fala da fonoaudióloga e a de Luiz se assemelham e assim não abrem a cadeia significante, isto é, a cadeia em que a conexão significante a significante possibilita que as palavras adquiram seus sentidos (SILVA, 2007). De forma semelhante, percebe-se uma cristalização da posição da fonoaudióloga que, enlaçada pela historicidade a partir da qual houve uma alienação de Luiz ao significante atchim, não apresenta escuta para as mudanças presentes na fala da criança. Assim nas emissões de Luiz (87) "**Aiu**", (89) "**Aiu**", não houve escuta para o que poderia ter sido interpretado como *caiu* e apenas no enunciado (92), o "*Caiu"* vai aparecer e ser legitimado.

Na ação observada em (97) Luiz ri, mostrando-se presente na cena (LEVIN, 2001a), interagindo com a Fonoaudióloga, ainda que sem a presença de fala. Oliveira (2001, 2003, 2006) coloca que muitas vezes a fala ecolálica, a repetição da fala do outro, não é reconhecida como fala e nem o sujeito como falante. Ao rir, na ação transcrita no enunciado 97, Luiz não fala, mas se coloca como falante da Língua, presente e participando desta cena. Assim identificou-se nas análises deste episódio deslocamentos e desfragmentações que a Língua produz na fala de Luiz, mas que ficam muitas vezes mascarados pela presença do ***a*** prolongado tanto na escuta da Fonoaudióloga como na dos demais profissionais e familiares da criança. Há, portanto, a urgência de se dar a esta fala estereotipada uma outra dimensão, atribuindo-lhe significado e buscando ter escuta para outras emissões que se apresentam simultaneamente a esta estereotipia e que acabam sendo apagadas *"pela afetação que* [este] *sintoma produz no outro e no próprio sujeito"* (LIER-DE VITTO, 2006, p. 187).

4.5 Ainda a estereotipia... e mais...

O episódio apresentado a seguir, identifica um movimento de transformação da estereotipia e os efeitos da escansão (VORCARO, 1999; DUNKER, 2003; PONTES, 2003) da fala de Luiz realizada pela Fonoaudióloga.

Episódio 5

(14) ***F.*** *Vai guardar?*

(15) **L**. A au o e (pega uma bola de tênis dentro da sacola).

(16) ***F.*** *Vai vê?*

(17) **L.** Be. A:: (segura a bola de tênis e a bola laranja nas mãos)

(18) ***F.*** *Guardou? Vamos guardar? (senta-se no chão na frente de Luiz).*

(19) **L.** Oa::! Da::

(20) ***F.*** *Vou guardar. / (pega a sacola do chão e coloca uma bola dentro dela). Uma.*

(21) **L.** A:: Dé:: a.

(22) ***F.*** *Uma.*

(23) **L.** A::! (coloca a bola laranja na sacola).

(24) **F.** *Uma. / Duas.*

(25) **L.** (Tenta colocar a bola de tênis na sacola mas ela cai).

(26) ***F.*** *Opa. Duas. Pronto.*

(27) **L.** (Coloca a bola de tênis na sacola). O.

(28) ***F.*** *Guardou?*

(29) **L**. Oi?

(30) ***F.*** *Guardou? / Um...*

(31) **L.** Éa:: (vira-se de costas para a fonoaudióloga)

(32) ***F.*** *Um, dois, certo?*

(33) **L.** É::a::::

(34) ***F.*** *Um, dois, certo?*

(35) **L.** É::a:: A::::

(36) ***F.*** *Ah. Vamos fazer isso agora? Hum?*

(37) **L.** A::::

(38) ***F.*** *A:: (deita no chão, mostrando a figura dos esmaltes na sacolinha de papel que Luiz segura). Isto daqui é esmalte para botar na unha, da mamãe. / Né?*

(39) **L.** A::::é::e::é a::

(40) ***F.*** *E::e e e!*

(41) **L.** É::

(42) ***F.*** *E::É::Num qué::*

(43) **L.** E é é é.

(44) ***F.*** *É é é é.*

(45) **L.** E é é é.

(46) ***F.*** *É é é é. É é é é!*

(47) **L.** É-é-é-é! (no ritmo do desenho do Pica-pau e depois ri).

(48) ***F.*** *É-é-é-é! Ah, é o Picau pau. É-é-é! É-é-é! Ri-i-i-i! É-é-é! É-é-é! É::!*

(49) **L.** Uu.

(50) ***F.*** *É o Pica pau? / Hein?*

(51) **L.** Pi pi.

(52) ***F.*** *Pica-pau? É-é-é-é! Pica-pau!*

(53) **L. (**Brincando com a sacolinha de papel).

(54) ***F.*** *Vamos fazer virar (segurando a alça da sacola junto com Luiz). Vvv! (mexendo a sacola para frente e para as costas de Luiz).*

(55) **L.** A bi bli vi. (batendo a sacola contra o chão junto com a Fono).

(56) ***F.*** *Virou!*
(57) **L.** A di.
(58) ***F.*** *Achou! (pegando a bola de tênis que caiu da sacola).*
(59) **L.** A o!
(60) ***F.*** *Achou!*
(61) **L.** I ra! Ti té. Ah não! (vira-se para a Fono).
(62) ***F.*** *Ah. Ah não! Sumiu. (levanta-se e senta no chão).*
(Interação Terapêutica 38 - Luiz 06;01;26)

O episódio 5 apresenta um movimento do ***a*** prolongado que se apresenta inicialmente no enunciado (17) "**Be. A::**" de Luiz, reaparecendo com modificações em (19) "**Oa::! Da::**", (21) "**A:: Dé::a**", (23) "**A::!**", (33) "**É::a:::**", (35) "**É::a:: A::::**" e (37) "**A::::**" com entonações variadas. No enunciado "*A::*" (38) da fonoaudióloga, eu começo a escandir este fragmento sonoro que reaparece modificado no enunciado (39) "**A::::é::e::é a::**" de Luiz. Em (40) "*E:: e e e!*" e (42) "*E::É:: Num qué::*" novamente ocorrem escansões, isto é variações do enunciado de Luiz tanto quanto ao ritmo e melodia como em sua duração. Nos enunciados 43, 44, 45 tanto eu quanto Luiz apresentamos prolongamentos de ***e*** e ***é*** com variações de entonação e em (47) Luiz retoma e significa esta sucessão sonora com o ritmo do canto produzido pelo Pica-pau do desenho infantil. A fonoaudióloga alia a sucessão sonora ***a*** ao significante Pica Pau e Luiz retoma em (51) "**Pi pi**" que a fonoaudióloga reconhece em (52) como "*Pica pau*".

A fonoaudióloga reconhece em (56) como "*Virou*" a produção enigmática de Luiz em (55) "**A bi bli vi**" e como *aqui* o enunciado (57) "**A di**" de Luiz.

A fala de Luiz aliena-se em (59) "**A o!**" ao "*Achou*" da fonoaudióloga na emissão (58) e a fala da fonoaudióloga em (62) "*Ah. Ah não. Sumiu.*" aliena-se

ao enunciado de Luiz em (61) "**I ra! Ti te. Ah não!**" quando Luiz se volta para a fonoaudióloga.

Observamos que as emissões do ***a*** e do ***e*** prolongados não estão cristalizados, mas em movimentação constante, tanto na entonação como entre as cadeias latentes e manifestas.

Poderíamos identificar nesta fala estereotipada uma gramaticalidade própria tal como a postulada por Freud ([1919]1976) ao referir-se aos três tempos da fantasia bate-se em uma criança[37]. A fantasia apresenta uma gramaticalidade na qual o sujeito, a criança que sofre a ação e o adulto que realiza a ação vão sendo substituídos por outras crianças e adultos. De forma análoga poderíamos identificar na fala estereotipada apresentada por Luiz uma gramaticalidade na qual o ***a*** isolado e prolongado inicial vai sofrendo modificações entonacionais, rítmicas e melódicas. Estes deslocamentos poderiam ser indicativos de uma cadeia latente que se mostraria presente mesmo nas falas estereotipadas com menor variação.

Portanto, o deslocamento do ***a*** prolongado que se apresentava como uma desafio à fonoaudióloga no início das sessões, hoje abre espaços para transformações nas quais os sons deslizam nos eixos de funcionamento da Língua, tanto de forma metafórica, através das substituições, como metonimicamente, através da cadeia de sons que se articulam a eles, indiciando princípios organizadores que podem remeter a uma gramaticalidade própria a esta estereotipia.

[37] Para Freud ([1919]1976) esta fantasia se compõe de três fases que apresentam uma gramaticalidade, representada por um enunciado próprio a cada fase.

4.6 O “Eu” e suas reflexões

Este episódio destaca-se pela emergência do “**eu**” no enunciado (20), pois a inversão pronominal, isto é, o referir-se a si mesmo em terceira pessoa, é uma das características diagnósticas de portadores da Síndrome de Asperger e de Autismo (ASSUMPÇÃO JR, 1995) que estão classificados, segundo o DSM IV TR (2003), dentro da categoria de Transtornos Globais de Desenvolvimento, onde se incluem os afetados pela Síndrome de X Frágil. Este manual diagnóstico, no entanto, apresenta esta peculiaridade de fala de forma isolada sem lidar com a gramaticalidade da fala patológica.

Episódio 6

(1) ***F****. A gente leva a Penélope lá:: na bola (pegando o livro infantil com a figura do carro Penélope e se dirigindo a caixa com as bolas de plástico).*

(2) **L.** Óia. U::

(3) ***F****. Olha.*

(4) **L.** Eh, eh! (olhando o visor da filmadora e sorrindo).

(5) ***F****. (Coloca a filmadora mais perto). Ficou perto.*

(6) **L.** Ah, ah, ah.

(7) ***F****. Agora ficou mais perto. Vamos lá. Aqui ó. Vamos aqui, ó (aponta a caixa plástica no chão se afastando da filmadora).*

(8) **L.** (Volta até a mesa onde está a filmadora e pula se olhando no visor da filmadora que está voltado para Luiz).

(9) ***F****. Vai pular?*

(10) **L.** É.

(11) ***F****. Vai pular?*

(12) **L.** Oi.

(13) ***F****. Oi. Que que tá aí? Oi! (falando para o visor da filmadora)*

(14) **L.** É. (mexendo na filmadora).

(15) ***F****. Você pulou aqui. Pulou aí na filmadora? O Luiz pulou? Um dois três...*

(16) **L.** Já!

(17) ***F****. Já, pulou. Vamos arrumar o sapinho agora aqui ó? (pegando o quebra-cabeças de madeira com a figura do sapo). Vamos fazer esse jogo do sapo aqui. Vamos aqui a gente faz o sapo, o jogo do sapo prá filmadora ver, ó?*

(18) **L.** (Pega as peças do jogo das mãos da fonoaudióloga sem tirar os olhos do visor da filmadora).

(19) ***F****. Alá. O que é isso daqui?*

(20) **L.** Eu (olhando para o visor)

(21) ***F****. É o Luiz, eu ./ Olha o sapo. Outro sapo (pegando as partes do quebra-cabeças e colocando no visor da filmadora)*

(22) **L.** Não (afastando as peças do quebra-cabeças).

(Interação Terapêutica 02 – Luiz 05;00;20)

Benveniste ([1966]2005) afirma que é na e pela linguagem que o homem se constitui com sujeito, sendo a subjetividade considerada como a capacidade do locutor de se colocar como sujeito. É a partir do contraste do **eu** e do **tu**, que a consciência de si próprio torna-se possível. Segundo a teoria de valor de Saussure ([1916]2006), os elementos da língua se opõem pelos valores opositivo, contraditório e negativo, assim o **eu** só tem seu valor em oposição aos outros pronomes pessoais como tu e você. Benveniste (*Op. cit.*) afirma que não se emprega o **eu** ao dirigir-se a alguém, sendo esta condição de diálogo *"constitutiva da pessoa"* (*Ibid.*, p. 286), uma vez que implica em uma reciprocidade na qual o **eu** se tornará **tu** na locução daquele que, em seu turno dialógico, designa-se por eu.

A presença do "**eu**" na emissão (20) de Luiz faz questão frente à clínica médica uma vez que ao se apresentar na primeira pessoa, Luiz se diferencia de um critério diagnóstico dos portadores de Autismo (ASSUMPÇÃO JR, o*p. cit.*). O uso de pronomes em terceira pessoa é corroborado pela literatura da área como Levin (2005, p. 16) que ao referir-se a uma criança com diagnóstico de Transtorno Global do Desenvolvimento, coloca que parece haver um *"excesso de sofrimento que se manifesta pela fala escassa e tênue em terceira pessoa"*. Sustentada pela clínica da subjetividade que aqui se apresenta, opto por voltar-me para a singularidade de cada sujeito, questionando se o uso do pronome em

primeira pessoa refletiria uma posição subjetiva. O uso do **eu**, porém, não é transparência de conhecimento sobre a Língua, nem assunção de uma perspectiva de sujeito, é apenas um elemento indicativo da alienação à fala do outro, presente em outros enunciados de Luiz. Poder-se-ia, porém, vislumbrar neste enunciado, que se diferencia das descrições fenomênicas da fala de autistas presentes na literatura especializada, um indício de constituição subjetiva de Luiz, manifestada na presença do pronome pessoal de primeira pessoa que separa o eu do ele, opondo estes elementos.

4.7 Enigma

Episódio 7

(1) **L.** Pópi (colocando o lápis na mão da fonoaudióloga).

(2) ***F.*** *Pode pintá? (pintando um desenho de carrinhos). Esse?*

(3) **L.** I. Aí (segura o lápis junto com a fonoaudióloga acompanhando os movimentos do lápis).

(4) ***F.*** *Aqui? Esse? Pode pintá de outra cor?*

(5) **L.** Uh! Uh!

(6) ***F.*** *Vamos pintá esse daqui de verde (pega o lápis verde) Tá bom? Pode ser? (pintando o desenho dos carros)*

(7) **L.** (Olha a pintura feita pela fonoaudióloga).

(8) ***F.*** *Alá. O que que é esse daqui? (apontando com o lápis o carro chamado Penélope).*

(9) **L.** (Coloca sua mão sobre a mão da fonoaudióloga que segura o lápis)

(10) ***F.*** *Essa é a Penélope e esse daqui é o Álex É o Aléx?*

(11) **L.** (Segura o lápis junto com a fono). Alá (segura sozinho o lápis pintando o desenho)

(12) ***F.*** *É o Alex. /*

(13) **L.** Pinta pintom pintá (olhando para a ponta do lápis verde). / Dedá (colocando o lápis verde no pote de lápis e derrubando o pote ao retirar o braço).

(14) ***F.*** *(Levanta o pote de lápis).*

(15) **L.** A.

(16) ***F.*** *Vai guardá?*

(17) **L.** Uh! Uh! (colocando outros lápis no pote).
(Interação Terapêutica 03 – Luiz 05;00;27)

O episódio 7 mostra a estabilização, na fala de Luiz, de transformações que emergiram, inicialmente, no episódio 2. Luiz apresenta, de forma mais freqüente, encadeamentos de palavras que manifestam um deslocamento no eixo metonímico. Há mudanças na posição da fonoaudióloga a partir dos efeitos de sua posição de investigadora, tais como a ampliação da abertura para que Luís ocupe sua posição de falante da Língua, seu espaço na tríade criança-outro-Língua, possibilitando seu enredamento singular pela Língua. Esta mudança pode ser observada na sanção da fonoaudióloga que opera como reconhecimento do sujeito como falante.

Observa-se nas perguntas colocadas pela fonoaudióloga nos enunciados (2) e (4) e nas respostas dadas por Luiz em (1) (3) e (5), que ele ocupa uma posição no turno dialógico e na condução da atividade em que é reconhecido como um sujeito falante (DE LEMOS, 2006b), capturado pela linguagem, demandando uma interpretação pela fonoaudióloga/investigadora a partir dessa posição.

O enunciado (13) "**Pinta pintom pintá**" capturou minha atenção, constituindo-se em "*um enigma, um estranhamento*" (LEMOS, 2002) que, segundo Lier-DeVitto e Carvalho (2007), é "*a resistência da fala da criança à sistematização ou a categorização (...)* [e que vem] *(...) à tona através da constatação empírica de fragmentos de enunciados do adulto nas produções infantis*". Assim a fala da criança não se presta a descrições lingüísticas, tal como a fala do adulto onde se podem analisar as categorias, como substantivos

ou verbos, das quais o sujeito faz uso, uma vez que a criança em aquisição de linguagem pode apresentar, de forma simultânea, erros e acertos no uso dos mesmos elementos. Os fragmentos da fala do adulto que deslizam para a fala da criança criam questões como a postulada por De Lemos (2002), sobre quem de fato está falando nesta fala que emerge da criança. Portanto, enigmas e estranhamentos fazem parte da fala da criança e estes questionam as análises e interpretações dadas pelos adultos. Nessas emissões pode-se constatar *"o modo particular de enlaçamento de um sujeito na/pela linguagem*" (LIER-DE VITTO, 2006b, p. 187) onde a fala sintomática de Luiz traz fragmentos recortados da fala do outro que resultaram em enigmas que mostram o modo singular como esta criança escuta a fala do adulto.

No enunciado (13) observa-se um retorno da sonoridade da fala da fonoaudióloga no qual o fragmento **om** (de bom) e as palavras **pinta, pintar, pintá** emitidas nos enunciados 2, 4 e 6, retornam no enunciado (13) de Luiz "**Pinta pintom pintá**". Outros retornos de sonoridade foram identificados com o *"**alá**"* (enunciados 8 e 11 da fonoaudióloga) que retorna em "**dedá**" (no final do enunciado 13 de Luiz). Estes retornos de sonoridade remetem à noção de paralelismo (DE LEMOS, 2006b; LIER-DE VITTO, 1998, 2006a) abordada no Capítulo 3. No enunciado (13) de Luiz, há indícios de um movimento de composição paralelística no qual Luiz apresenta um enunciado que retomando fragmentos do enunciado da fonoaudióloga não é uma resposta a eles, "*mas um contraponto a ele* [enunciado], *ao modo de uma segunda voz que se insere em paralelo em um mesmo texto" (*DE LEMOS, *op. cit.*, p. 103). Ainda, no enunciado (13), Luiz não demanda resposta do outro, salientado pelo fato de fixar o olhar na ponta do lápis ao emitir este enunciado, mostrando, porém, um

funcionamento da Língua que indica a presença não corporificada de um outro inserido no funcionamento da Língua.

Neste episódio, Luiz mostra-se no efeito de ter sido capturado pela ordem própria da Língua, em seus dois eixos de funcionamento, o metafórico e o metonímico, presentes na emissão que produziu um "*efeito de enigma*" na fonoaudióloga/investigadora. Presentifica-se um movimento paradigmático, onde a homofonia entre o **pinta**, o **pintom** e o **pintá**, os articula em uma cadeia sintagmática. Assim, as cadeias metafóricas e latentes, tornaram-se neste episódio, manifestas pelo viés da metonímia.

4.8 Luzes

O episódio 8 mostra um maior número de emissões de Luiz, enunciados que mostram o funcionamento da Língua nos eixos metafórico e metonímico mostrando, no episódio sobre a luz da sala e a luz da filmadora, luzes que iluminam as possibilidades de um jovem falante da Língua.

Episódio 8

(78) (Apaga a luz da sala e volta até a filmadora que está com a luz acesa).

(79) Ah, tem luz ali hoje. Eu não sei porque que essa luz tá acesa.

(80) Auau da.

(81) Eu vou apagar então. Eu vou fechar aqui, acabou, acabou. Agora esse vai ficar aceso. (fechando o visor da filmadora).

(82) É vê.

(83) A luz, ó a luz. Olha! Vamos brincar aqui na luz? (mexendo os dedos em frente à lâmpada acesa da filmadora) Uh?

(84) A.

(85) O que que tem aí?

(86) Évada.

(87) Uma luz?

(88) Luz.

(89) A luz. Luz. A::

(90) No xé::la! (olhando para a luz da filmadora)

(91) A luz. Deixa eu ver só. (Mexendo na filmadora) Não, não apaga. Será que eu sei apagar essa luz?

(92) Não E!

(93) Olha o dedo ó. Blululu (mexendo os dedos em frente à luz da filmadora e fazendo um som ao mexer a língua) Mexe na...

(94) É bóa.

(95) Apaga?

(96) Uh. (Aproxima-se da filmadora).

(97) Vamos fazer um desenho aqui? (fazendo movimentos com o dedo sobre a superfície da mesa iluminada pela luz da filmadora).

(98) Óia!

(99) É olha aqui.

(Interação Terapêutica 21 - Luiz 05;06;08)

A partir da transcrição de diversas fitas que mostram o enlaçamento de Luiz na e pela linguagem, a fonoaudióloga também percorreu caminhos teóricos e dialógicos que possibilitaram identificar mais claramente o espaço dialógico que Luiz ocupa nesse episódio.

A fonoaudióloga interpreta as emissões de Luiz de uma forma que responde à materialidade significante. Mesmo que não unívoca, a interpretação em cena faz os espaços dialógicos se ampliarem.

O enunciado (80) de Luiz "**Auau da**" é interpretado e respondido em (81) "*Eu vou apagar então",* quando a fonoaudióloga reconhece o significante do enunciado de Luiz como apagar e faz uma escansão, ampliando e modificando sua fala. Luiz se apresenta no funcionamento da Língua, no eixo metonímico.

Quando a fonoaudióloga coloca uma demanda enunciativa (85) "*O que que tem aí?"*, Luiz responde a essa demanda no enunciado (86) "**Évada**" que mesmo sendo uma emissão enigmática, é interpretada pela fonoaudióloga como lâmpada. Eu confirmo essa interpretação através da questão formulada

no enunciado (87) “*Uma luz?*“. Luiz então se aliena à minha fala e substitui o seu enigmático “**Évada**” por “**luz**” em (88). A fonoaudióloga então retoma esta fala de Luiz, reconhecendo o sujeito e o significante e sanciona essa fala em (89) “*A luz. Luz. A::”.* A fonoaudióloga ocupa a primeira posição de falante, alienando-se à fala de Luiz. Assim, as posições de falante da Língua se alternam, provocando mudanças e deslocamentos.

Luiz produz novo enunciado que causa um efeito de estranhamento na fonoaudióloga “**No xé::la!**” (90) cuja entonação denotava uma surpresa, mas o significante não foi interpretado pela fonoaudióloga que retoma então o significante *luz* em (91), possibilitando que o diálogo não seja interrompido.

Quando a fonoaudióloga vai apagar a luz da filmadora, Luiz é incisivo em sua demanda “**Não E!**” em (92). Seu pedido é atendido, ao reconhecer seu desejo enquanto sujeito nos significantes: Não Hedi!

Portanto, neste episódio observam-se em Luiz, mudanças de posição subjetiva e de falante da Língua, ao fazer e responder a demandas, enunciar seus desejos, enredado pela ordem própria da Língua e constituindo-se enquanto sujeito na e pela linguagem.

Identificam-se deslizamentos no eixo metonímico, no qual as palavras se colocam em cadeias que possibilitam uma ressignificação de seus elementos, como em (82) “**É vê**”, onde o “**É**” é ressignificado como **quer** por sua articulação ao significante **ver**, resultando assim no enunciado “**Quer ver**”, dado que a Língua é uma estrutura, ou seja, efeito de relação entre os elementos e o sentido, efeito dessas relações.

O eixo metafórico se mostra nas emissões (86) e (88) onde "**Évada**" e "**luz**" são interpretadas como substituições possíveis para significantes que estão em associação. Ao dizer "*Uma luz?*" em (87), a fonoaudióloga opera a sanção, gerando como efeito a substituição que se articula no eixo metafórico, eixo que realiza as restrições de significado.

4.9 Silenciamento na Fonoaudiologia

Minha prática fonoaudiológica visava à estimulação de linguagem, ou seja, supunha-se ser necessário dirigir a fala à criança, durante toda a sessão. O pressuposto de uma habilidade inata para a aprendizagem da linguagem fundamentava esta prática, buscando expor o sujeito à linguagem a ser aprendida. Quando passei a atender os portadores de Transtornos Globais do Desenvolvimento, especialmente os autistas, constatei que o falar em excesso buscando preencher o silêncio e a fala do outro, poderia causar um efeito inverso ao esperado e contribuir para o silenciamento da criança.

Villa (1989, p. 163) exprime essa idéia de excesso de fala e ação na Psicanálise afirmando que "*Diante o mutismo às vezes acontece, comigo aconteceu, de manifestar-se um 'ativismo terapêutico' que a nada mais visa senão nos proteger (...). Esse ativismo é ruído que se opõe à vinda do silêncio".* Surreaux (2001, p. 593) coloca que o fonoaudiólogo lida de forma tensa com o silêncio, nomeando esta reação *"como uma fobia do fonoaudiólogo ao silêncio".*

Orlandi (1997, p. 11-12) identifica dois modos de silêncio: um que corresponde a estar no sentido e um segundo que produz um "*efeito de silenciamento",* onde a produção de sentidos é silenciada. Surreaux (*Op. cit.*, p.

594) coloca que o paciente fonoaudiológico pode ser afetado por quatro categorias de silêncio, a saber, o **silêncio funcional**, ocasionado por uma etiologia orgânica ou funcional, como nos casos de deficiência mental grave; o silêncio **ligado a uma posição subjetiva** que é causado pela dificuldade subjetiva do sujeito como nos casos de autismo; o silêncio **de resistência** que aparece contra as vozes que exijam que o sujeito fale e o silêncio **como inibição**, que retoma o *"efeito de silenciamento"* pontuado por Orlandi (*Op. cit.*) como dificuldade ou impossibilidade de dizer algo para o outro, como efeito de ser silenciado pela antecipação de sua fala pelo outro.

Orlandi (*Op. cit.*, p. 12) coloca que

> *(...) há uma dimensão do silêncio que remete ao caráter de incompletude da linguagem (...). Esta dimensão nos leva a apreciar a errância dos sentidos (a sua migração), a vontade do "um" (da unidade, do sentido fixo), o lugar do non sense, o equívoco, a incompletude (lugar de muitos sentidos, do fugaz, do não-apreensível), não como meros acidentes da linguagem, mas como o cerne mesmo de seu funcionamento.*

Segundo Orlandi (*Op. cit.*, p. 31) "*o silêncio é fundante"*. Surreaux (*Op. cit.*) propõe reconhecer o silêncio como constitutivo da linguagem e passível de ser interpretado, respeitando o direito de o sujeito se manter em silêncio.

Rocha (2007, p. 12) coloca que ao não identificar fatores orgânicos que poderiam causar o silenciamento da criança, a área Fonoaudiológica recorre a padrões fundamentados em uma criança ideal e em uma aquisição de linguagem baseada em etapas[38] em que "*pais e profissionais pré-conceituam o silêncio ou a pouca fala de uma criança justamente pela semelhança, pela conformidade a um modelo"* não reconhecendo o silêncio como significante. A

[38] Ver uma visão crítica a esta abordagem baseada em estágios de desenvolvimento no Capítulo 1, página 28.

autora coloca que na prática clínica *"é fundamental sustentar um vazio para que o som do outro – dessas crianças* [que se silenciam] – *se faça ouvir"* (*Ibid.*, p. 59).

Frente à patologia apresentada por Luiz, seu silêncio seria categorizado como ligado à posição subjetiva dado que permeado pela peculiaridade de sua inscrição enquanto sujeito, mas também identifico em Luiz, silêncios de resistência diante da imposição de falar, além do silêncio de inibição, efeito de ser falado e antecipado pelo outro.

O silenciamento da fonoaudióloga abriu espaços dialogais que foram ocupados por enunciados de Luiz. Na última sessão gravada, durante uma cena em que brincávamos de dormir, coloquei-me em silêncio radical. A transcrição a seguir, apresenta um episódio de três minutos e trinta e quatro segundos, no qual Luiz falou por três minutos e trinta segundos, sem ser interrompido. Estão destacadas em negrito as emissões a serem analisadas a seguir.

Episódio 9 (00h17min56seg a 00h21min34seg)

(88) ***F.*** *(Coloca um pedaço de tecido sobre Luiz que está deitado no chão, próximo à estante de metal, cobrindo-o). Este é o seu.*

(89) **L.** O a!

(90) ***F.*** *O meu é pequenininho. Pequeno. Ó (pega o pedaço menor de tecido, cobre parte das pernas e se deita) Bruuu... (finge dormir, imitando sons de ronco, depois faz silêncio).*

(91) **L.** O. A o! A ui ui ui vo. **A ah**. **Da**! A a e i u! A a a! Ah! / U di o! Uh. O! **Uji**. **Ui** ui. Oie! Oie! A. A:: / **U** ui vo aí. U i a o aí. **Quéu**. U i **quéu.**/ A la la la. Deu. A va. / Deu ó. U ui! Ui! A a a u u! Vai di ti a. A a a. Ui a. A a (tira o tecido e se ajoelha no chão) Ui. **Uau**. (Fica agachado e puxa para si uma caixa de brinquedos que está no chão). Uh? A. **Mui bem**. A (vira a caixa e parte dos brinquedos cai no chão). I i. O te. Vai. Di di dé. I ih ih! **Bem**. **U i a ta te** (empurra um carrinho amarelo e um vermelho com movimentos de ir e vir) E a ah. **Oi** (empurrando o carrinho branco que anda para longe). O **di de**. O **di** de vi (cantalorando). Ih. Ih! Ui. I a. E vê da. **Iá!** (afasta a caixa e pega mais carrinhos) Uh, u. **Vai**. U **di eh**!

(92) ***F.*** *(Levanta-se e senta no chão). Oi. Oi. Você está brincando? Não vai me acordar, não? / Hein?*

(93) **L.** Ui. Ui. Ah! O a oi! A.

(94) ***F.*** *Vamos brincar? Vamos brincar?*

(95) **L.** Uh!

(96) ***F.*** *Estão vamos. Tem carro...*

(Interação Terapêutica 38 - Luiz 06;01;26)

Os espaços de silêncio possibilitaram que a fala de Luiz emergisse por três minutos, apresentando uma seqüência composta por alguns sons quase ininteligíveis, outros que puderam ser decifrados e, ainda, por variações de entonação.

Observa-se em (91), a articulação metonímica dos significantes "**deu**" e "**dá**" e "**ah**", "**ui**", "**u**" e "**uji**" que, tal como analisado no item 4.7, são substituições metafóricas em presença.

O episódio mostra um paralelismo que poderíamos chamar de monólogo de ação (LIER-DE VITTO, 1998), manifestando a dominância do funcionamento da Língua. Luiz acompanha suas ações com a presença da fala como em "**Oi**" (ao empurrar o carrinho), "**Ia!**", interpretado por mim como Já (ao puxar a caixa) e "**Mui bem**" (ao pegar os brinquedos), dando a ver as redes de relações significantes de onde estas palavras emergem (*Ibid.*, p. 152).

Identificam-se nas emissões de Luiz, uma demanda que convoca a presença da fonoaudióloga, demanda que advém da interpretação dos enunciados "**di**, **di de**" reiterada no fragmento "**di eh!**" do enunciado (91).

Em "**Mui bem**", "**Bem**", "**Vai**", "**Quéu**", "**Uau**", "**Oi**", "**Iá**" e "**Da**" presentifica-se uma alienação à fala do outro, indicativa de uma primeira posição na trajetória de *infans* a falante como abordado nos trabalhos sobre aquisição de linguagem (DE LEMOS, 2002). Ao mesmo tempo, Luiz apresenta uma

separação do outro e de sua fala que se manifesta em sons tais como “**uji**” e nas combinações insólitas que marcam este enunciado, indicativos da segunda posição do *infans* em seu enredamento pela Língua. Portanto, neste episódio observam-se enunciados que marcam a primeira e segunda posição da trajetória de *infans* a falante assim como paralelismos que indiciam mudanças, isto é, uma posição aberta que pode deslocar o sujeito para a terceira posição, uma posição de escuta, onde a criança fica sob o efeito da própria fala (DE LEMOS, 2006b).

Estes deslocamentos e mudanças de posição são fundamentais na Clínica Fonoaudiológica que lida com falas sintomáticas, muitas vezes cristalizadas.

Foram, portanto, apontadas, as mudanças e deslocamentos que emergiram na fala sintomática de Luiz, respondendo às questões formuladas na introdução deste trabalho. Será preciso acompanhar Luiz por mais tempo para vê-lo ocupar a terceira posição, aquela caracterizada pela dominância da relação do sujeito com sua própria fala; no entanto, o compromisso ético com o paciente subsiste se sustentado pelas possibilidades de mudança em sua constituição subjetiva.

6. Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fonoaudiologia em suas interfaces com a Psicanálise e a Lingüística de cunho interacionista foi fundamental para a elaboração de articulações entre a aquisição de linguagem, a subjetividade e a Clínica Fonoaudiológica com crianças e suas famílias, objetivo do trabalho terapêutico.

Ainda assim restam questões a serem respondidas quanto a uma teoria lingüística que poderia dar conta da fala da criança, mais especificamente, neste trabalho, a fala sintomática de uma criança. O Interacionismo brasileiro faz importantes contribuições a este caminho, onde há ainda muito a percorrer. A não higienização dos corpora vem mostrando possibilidades de analisar falas apresentadas pelas crianças ditas normais, especialmente aquelas que produzem efeito de enigma e estranhamento e que se assemelham em sua singularidade às falas patológicas.

Esta pesquisa em que me debrucei sobre questões que surgem a partir do encontro com falas ditas sintomáticas, realizando transcrições e análises da interação entre sujeitos, possibilitou que eu vislumbrasse ações de grande valia para a minha prática clínica. Estas poderão levar a uma melhor compreensão de acontecimentos observados na clínica, e que resultam em uma prática em constante mudança e questionamento.

As posições de Luiz e da fonoaudióloga, as peculiaridades do enlaçamento na e pela linguagem do sujeito aqui descritas, os deslocamentos das posições discursivas do falante, a hipótese da multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem e o emprego da sanção que resulta em efeito na fala do outro, colocam-se como um campo amplo e ávido de novas pesquisas

que poderão reverter em uma prática fonoaudiológica que possa responder às demandas da clínica que lida com as patologias de fala e linguagem.

A presença de enigmas semelhantes à fala dita normal, os monólogos e paralelismos presentes na fala patológica e normal, a possibilidade de deslocamentos de falas estereotipadas vistas como fixas e não desmembráveis, os possíveis efeitos do silenciamento e da escansão em Fonoaudiologia, podem apontar outros caminhos que subvertem os exercícios fonoarticulatórios numa terapêutica que articula fonoaudiólogo-criança no diálogo de transformação do sujeito que se enreda em sua relação com a linguagem, isto é, na reversibilidade da fala sintomática.

Creio que muitos fundamentos teóricos tornaram-se importantes na trajetória desta pesquisa. O reconhecimento e antecipação de um sujeito e um falante onde pode ainda não haver um sujeito-falante, o respeito às singularidades, a subjetividade e o saber de cada família que apresenta uma demanda para a Clínica Fonoaudiológica mostraram-se de grande importância. Identificar e sancionar o sujeito como falante da Língua é reconhecer o sujeito no significante, possibilitando sua inserção na lógica dialogal, sendo a cura vista como uma alternativa às sobredeterminações da estrutura subjetiva e da linguagem.

A prática clínica coloca uma demanda de enfrentamento dos estranhamentos que as falas sintomáticas possam causar, reconhecendo que os sintomas dizem de um funcionamento singular da linguagem. É fundamental reconhecer o funcionamento da Língua como autônomo e anterior ao sujeito que é capturado por este funcionamento afastando-se de uma visão cronológica da aquisição de linguagem e do sintoma entendido como falta, mas sim, como

um modo particular de enredamento do sujeito na relação com a Língua e com o outro/Outro.

A identificação de estruturas clínicas fonoaudiológicas quando se aborda as peculiaridades da fala possibilita fundamentar a prática clínica na linguagem de cada sujeito, e não de cada patologia, como uma especificidade da Clínica Fonoaudiológica.

Reconhecer o silêncio como fundante e passível de ser interpretado, possibilita ao sujeito o direito de estar no sentido e se silenciar, evitando-se o falar excessivo da terapeuta frente a sujeitos que não falam.

Ações como escandir a fala das crianças através de ampliações, variações de ritmo, entonação e melodia, são possibilidades de trilhas transformadoras na Clínica Fonoaudiológica que lida com as falas patológicas.

Os deslocamentos e mudanças da fala estereotipada apresentados por esta criança respondem por uma modificação relevante no papel de sujeito-falante indicando caminhos possíveis no prognóstico e na terapêutica da Clínica Fonoaudiológica. A ecolalia e a fala estereotipada colocam rótulos e impedem que o sujeito tenha reconhecida sua posição de falante da Língua, fazendo com que o outro reconheça esta Língua como patológica e excluída de significado. Opondo-se a esta destituição de significado e ao apagamento do sujeito que apresenta uma fala ecolálica ou estereotipada, em meu trabalho clínico deparo-me com ecolalias que remetem à singularidade de cada sujeito, deixando entrever as marcas e particularidades do enlaçamento destas crianças pela linguagem. As mudanças apresentadas pelo sujeito aqui estudado são indicativas de que a rigidez destas falas pode ser contornada.

A partir da noção de funcionamento dos sintomas de linguagem e reconhecendo que sintomas em um dos estratos da linguagem (Língua, fala, escrita, sujeito, sanção do Outro, metáfora e metonímia) emergem em outro estrato, poderíamos identificar que os sintomas no eixo da fala de Luiz resultam de alterações no eixo da escrita, enquanto inscrição fundante de sua subjetividade. Isso faz com que a Clínica Fonoaudiológica tenha uma função relevante não apenas na trajetória desta criança enquanto falante da Língua, mas fundamentalmente em sua constituição subjetiva na e pela linguagem. Encontramos em Luiz um sujeito que mostra movimentos de inscrição na e pela Língua, no eixo da escrita e no funcionamento da Língua e sintomas que ainda persistem na fala. Há uma Língua funcionando nos eixos metafórico e metonímico da fala de Luiz, a sanção do Outro produzindo efeitos em sua fala e um sujeito respeitado em sua condição subjetiva.

Descrevemos aqui um caso único, mas acredito que a partir de novos estudos possamos dar continuidade à construção de caminhos para a Clínica Fonoaudiológica que possam alçar a subjetividade de cada sujeito e a singularidade de cada caso.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMOROSO, M. R. M.; FREIRE, R. M. Os sentidos do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica. In: PASSOS, M. C. (org). *A clínica fonoaudiológica em questão.* São Paulo: Plexus, 2001. p. 13-29.

ANDRADE, L. “Captação” ou “captura” – considerações sobre a relação do sujeito à fala. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006. p. 201-218.

ARANTES, L. Impasses na distinção entre produções desviantes sintomáticas e não sintomáticas. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006. p. 219-226.

_____ *Diagnóstico e clínica de linguagem*. 2001. 171f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). - LAEL-PUC, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

ARAÚJO, S. M. M. *O fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças: uma posição terapêutica?* 2002. 123p. Tese (Doutorado em Semiótica e Lingüística Geral) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - USP – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. Diagnóstico Diferencial. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. *et al*. *Autismo Infantil*. São Paulo: Memnon, 1995. p. 125-146.

BENVENISTE, É. *Problemas de Lingüística Geral I*. 5ª Edição. Campinas: Editora Pontes, [1966]2005. 387p.

BIRKMAN, M.; CUNHA, M. C. Fonoaudiólogo terapeuta *versus* fonoaudiólogo investigador. *Distúrbios da Comunicação,* PUC-SP, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 397-400, dez. 2005.

BRAZ, H. A.; PELLICCIOTTI, T. H. F. *Exame de Linguagem TIPITI.* 3ª Edição. São Paulo: Editora MNJ, [1981]1988.

CARVALHO, G. M. M. *Erro de pessoa: levantamento de questões sobre o equívoco em aquisição de linguagem*. 1995. 158f. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Lingüística, IEL-Instituto de Estudos da Linguagem, UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

_____ Questões sobre o deslocamento do investigador em aquisição de linguagem. *Cadernos de Estudos Lingüísticos.* Campinas, v. 47, n.1 e n. 2, p. 61-68, 2005.

_____ O erro em aquisição de linguagem. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006. p. 63-78.

CID-10, *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10, Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas,* Coordenação: Organização Mundial de Saúde, Genebra. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 251p.

CUNHA, A. G. *et al*. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa.* 2ª Edição, 14ª Impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2001. 101p.

CUNHA, M. C. *Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território.* São Paulo: Plexus, 1997. 159p.

D' ALLONNES, C. R. O estudo de caso: Da ilustração à convicção. In: _____ *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 69-90.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original. *Boletim da Abralim.* São Paulo, v. 3, p. 97-123, 1982.

_____ Corpo e linguagem. In: JUNQUEIRA FILHO, C. U. (org). *Corpo-Mente: uma fronteira móvel.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 235-247.

_____ Sobre fragmentos e holófrases. In: COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, n. 3, 2001, São Paulo. Anais do III Colóquio do LEPSI. São Paulo: USP, 2001. p. 45-52:

_____ Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Lingüísticos.* Campinas, v. 42, p. 41-69. Jan./Jun. 2002.

_____ Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006a. p. 21-32.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre o paralelismo, sua extensão e a disparidade de seus efeitos. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006b. p. 97-107.

DIAMENT, A. J. CYPEL, S. (coord.). *Neurologia Infantil*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, [1931]1996. 1363p.

DOLTO, F. *Imagem inconsciente do corpo.* São Paulo: Editora Perspectiva, [1984]2004. 316p.

DOR, J. Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, [1989]1992. 203p.

DSM-IV-TR™, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – American Psychiatric Association. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2003. 880p.

DUNKER, C. I. L. Clínica, Linguagem e Subjetividade. *Distúrbios da Comunicação,* PUC-SP, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 39-60, dez. 2000.

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

FARIA, V. O. *Distúrbio articulatório: um pretexto para refletir sobre a disjunção teórica e pratica na clínica de linguagem.* 2003. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). - LAEL-PUC, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2003.

FERNANDES, F. D. M. Ecolalia em psicoses infantis. In: FERNANDES, F. D. M.; PASTORELLO, L. M.; SCHEUER, C. I. *et col*. *Fonoaudiologia em*

Distúrbios Psiquiátricos da Infância. São Paulo: Editora Lovise, 1995. p. 146-162.

FINK, B. *O Sujeito Lacaniano, entre a linguagem e o gozo.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. 253p.

FISCH, G. S. *et al*. Age-Related Language Characteristics of Children and Adolescents With Fragile X Syndrome, *American Journal of Medical Genetics*, v. 83, p. 253-256, 1999.

FONSECA, S. C. A Instância Clínico-Terapêutica da Fonoaudiologia. In: FREIRE, R. *Seminários de Debates.* 1ª Edição. São Paulo: Roca, 2000. p. 67-78/ v. 3.

_____ *O Afásico na clínica de linguagem.* 2002. 264f. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). - LAEL-PUC, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.

FREIRE, R. M. O diagnóstico nas alterações da linguagem infantil. *Distúrbios da Comunicação,* PUC-SP. São Paulo, v. 12, n.1, p. 107-116, 2000.

FREIRE, R. M. A. C.; CORDEIRO, D. T. Patologia de Linguagem: Uma Nosologia. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABRALIN, v. único, 1999, Florianópolis. *Caderno de Resumos*. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 190-190.

FREUD, S. Uma criança é espancada. In: _____ *Obras escolhidas: Uma criança é espancada. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades e outros trabalhos.* Rio de Janeiro: Imago, [1919]1976. p. 13-41.

FRYNS, J. P. et al. 9th International Workshop on Fragile X Syndrome and X-Linked Mental Retardation: Conference Report. *American Journal of Medical Genetics*, v. 94, p. 345-360, 2000.

GIACHETI, C. M. *Achados fonoaudiológicos em indivíduos com a Síndrome do cromossomo X Frágil.* 1992. 107f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana: campo fonoaudiológico). - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1992.

HANSON, D. M.; JACKSON, A. W. III; HAGERMAN, R. J. Speech disturbances (cluttering) in mildly impaired, males with the Martin-Bell/Fragile X Syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, v. 23, p. 195-206, 1986.

JAKOBSON, R. Dois Aspectos da Linguagem e dois tipos de Afasia. In: _____ *Lingüística e Comunicação.* 20ª Edição. São Paulo: Editora Cultrix, [1963]2005. p. 34-62.

JERUSALINSKY, J. Prosódia e enunciação na clínica com bebês quando a entoação diz mais do que se queria dizer. In. VORCARO, A. M. R. (org). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatias da fala.* Salvador: Ágalma Psicanálise Editora, 2004. p. 13-19.

KURZ, C. Autism and early childhood psychoses. Need for early diagnosis and management. *Soins Psychiatrie*, v. 24, n. 2, oct. 1982.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, [1966]1998. 937p.

LEFÉVRE, A. B.; DIAMENT, A. J. *Neurologia Infantil: semiologia+clínica+tratamento*. São Paulo: Sarvier, [1916]1980. 781p.

LEITE, N. V. A. Do *infans* ao falante: o tempo para se contar. *Revista Letras de Hoje*, PUCRS. Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 267-272, set. 2001.

LEMOS, M. T. G. *A língua que me falta: análise dos estudos em aquisição de linguagem.* Campinas: Mercado de Letras, [1994]2002. 216p.

_____ O sujeito imprevisto. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006. p. 57-62.

LEVIN, E. *A Infância em Cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor.* 3ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes, [1997]2001a. 285p.

_____ *A função do filho. Espelhos e labirintos da Infância.* Petrópolis: Editora Vozes, 2001b. 263p.

_____ *Clínica e educação com as crianças do outro espelho*. Petrópolis: Editora Vozes, 2005. 276p.

LIER-DE VITTO, M. F. Aquisição de linguagem, distúrbios de linguagem e psiquismo: um estudo de caso, In: _____ (org) *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez Editora, 1994. p.135-144.

_____ Novas contribuições da Lingüística para a Fonoaudiologia, *Revista Distúrbios da Comunicação.* São Paulo, v.7, n.2, p. 163-171, dez. 1995.

_____ *Os monólogos da criança: delírios da língua.* São Paulo: Educ/Fapesp, [1994]1998. 181p.

LIER-DE VITTO, M. F. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, N. V. A. (org). *Corpolinguagem: gestos e afetos.* Campinas: Mercado de Letras, 2003. p. 233-245.

_____ Falas sintomáticas: *fora de tempo, fora de lugar*. *Cadernos de Estudos Lingüísticos.* Campinas, v. 47, n.1 e n. 2, p. 143-150, 2005.

_____ "Delírios da língua": o sentido lingüístico (e subjetivo) dos monólogos da criança. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006a. p. 79-95.

_____ Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas" In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006b. p. 183-200.

LIER-DE VITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Lingüística, aquisição da linguagem e patologia: relações possíveis e restrições obrigatórias. *Revista Letras de Hoje*, PUCRS. Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 433-439, set. 2001.

LIER-DE VITTO, M. F., CARVALHO, G. M. M. O interacionismo: uma teorização sobre a aquisição da linguagem. In: QUADROS, R. *Teorias de aquisição de linguagem.* 2007. (no prelo).

MARTIN, J. P.; BELL, J. A pedigree of mental defect showing sex-linkage. J*ournal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry,* v. 6, p.154-157, 1943.

MASINI, M. L. H. *Em busca da Linguagem: na Avaliação de Linguagem.* 1989. 100f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) –

Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1989.

MENEZES, C. G. L.; TAMANAHA, A. C.; PERISSINOTO, J. Relações entre tipos de ecolalia e a condução do diálogo: estudo de casos do espectro autístico. *Fono atual*, v. 36, n. 9, p. 74-80, abril-junho 2006.

MERRIAM, S. B. *Qualitative Research and Case Study Applications in Education.* 2ª Edição. São Francisco. Jossey-Bass Publishers, [1988]1992. 280p.

OLIVEIRA, M. T. *Ecolalia: quem fala nessa voz?*, 2001, 102f. Dissertação (Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem). - LAEL-PUC, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

_____ A diversidade sintomática na ecolalia. *Revista Distúrbios da Comunicação.* São Paulo, v. 14, n. 2, p. 351-360, jun. 2003.

_____ Ecolalia: quem fala nessa voz? In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006. p. 277-288.

ORLANDI, E. P. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos.* Campinas: Editora da UNICAMP, 1997. 189p.

PÁDUA, M. G. *O discurso médico, a função maternal e a "criança com problemas".* 2007. 250f. Dissertação (Mestrado em Ciências) –- Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, USP, Ribeirão Preto, 2007.

PASTORELLO, L. M. A experiência fonoaudiológica em quadros sindrômicos de psiquiatria infantil. In: FERNANDES, F. D. M.; PASTORELLO, L. M.;

SCHEUER, C. I. et col. *Fonoaudiologia em Distúrbios Psiquiátricos da Infância.* São Paulo: Editora Lovise, 1995. p. 107-120.

PAUL, R. *et al.* A Comparison of Language Characteristics of Mentally Retarded Adults with Fragile X Syndrome and Those with Nonspecific Mental Retardation and Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* v. 17, n. 4, p.457-468, 1987.

PERISSINOTO, J. Distúrbios da Linguagem. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. *et al*. *Autismo Infantil*. São Paulo: Memnon, 1995. p. 101-110.

PONTES, S. A. Estereotipia autística: é possível produzir gestos sem escansão? In: LEITE, N. V. A. (org) *Corpolinguagem: gestos e afetos.* Campinas: Mercado de Letras, 2003, p. 263-269.

ROCHA, A. C. O. *A clínica fonoaudiológica escutando a mãe de crianças com Fra X.* 1994. 75f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1994.

_____ *(Com)passos no silêncio.* 2007. 136p. Tese (Doutorado em Lingüística) – Departamento de Lingüística, IEL-Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2007.

SALFATIS, D. G.; PALLADINO, R. Interpretação: o escutar para além da palavra e do silêncio. In: PASSOS, M. C. (org). *A clínica fonoaudiológica em questão.* São Paulo: Plexus, 2001. p. 13-29.

SAUSSURE, F. *Curso de Lingüística Geral*. São Paulo: Editora Cultrix, [1916]2006. 279p.

SCHWARTZMAN, J. S., ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. *et al. Autismo Infantil*. São Paulo: Memnon, 1995. 285p.

SILVA, G. G. *Por uma multiestratificação estrutural dos sintomas de linguagem.* 2007. 169p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

SILVA, G. G.; FREIRE, R. Por uma proposta de funcionamento dos sintomas de linguagem. In: IV SIMPÓSIO DERDIC-ESCRITA. PUC-SP. São Paulo, 2008.

SILVEIRA, E. M. Um certo retorno à Lingüística pela via da Psicanálise. In: LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006. p. 33-56.

SPINELLI, M. *et al*. Word-Finding Difficulties, Verbal Paraphasias, and Verbal Dyspraxia in Ten Individuals With Fragile X Syndrome. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics),* v. 60, p. 39-43, 1995.

TEJADA, M. I. *et al.* Direct DNA Analysis of Fragile X Syndrome in Spanish Pedigrees. *American Journal of Medical Genetics*, v. 43, p. 282-290, 1992.

_____ Hallazgo atípico del Síndrome del X frágil en una familia con caso índice niña y ningún varón con retraso mental. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2, p. 127-130, 1998.

TURNER G. *et al.* Prevalence of Fragile X Syndrome. *American Journal of Medical Genetics,* v. 64, p. 196-197, 1996.

VERA BUHRMANN, M. Early Recognition of infantile autism. *South African Medical Journal,* Oct 27; v. 56, n. 18, p. 724-727, 1979.

VILLA, F. D. O mutismo da criança autista: uma promessa de silêncio? In: NASIO, J. D. (org) *O silêncio em psicanálise*. Campinas: Papirus, 1989. p. 159-167.

VORCARO, A. M. R. *A Criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997. 190p.

_____ *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 208p.

_____ A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. *Revista Distúrbios da Comunicação.* São Paulo, v. 15, n. 2, p. 265-287, dez. 2003.

_____ Das manifestações psicopatológicas na fala. In. _____ (org). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatias da fala.* Salvador: Ágalma Psicanálise Editora, 2004. p. 13-19.

VRIES, B. B. A. *et al.* M. F. The fragile X syndrome. *Journal of Medical Genetics,* v. 35, p. 579-589, 1998.

WATTENDORF D. J.; MUENKE M. Diagnosis and management of Fragile X Syndrome, *Journal of the American Academy of Family Physician*; v. 72, p. 111-113, Jul 1, 2005.

YONAMINE, S. M; SILVA, A. A. Características da comunicação em indivíduos com síndrome do X Frágil, *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 60, n. 4. p. 981-985, dez 2002.

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

BENVENISTE, É. *Problemas de Lingüística Geral II*. Campinas: Editora Pontes, [1974]1989. 294p.

BIRKMAN, M.; CUNHA, M. C. Internações hospitalares e cirurgias precoces, linguagem e psiquismo: estudo de dois casos. *Pró-Fono, Revista de Atualização Científica.* Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 79-88, jan.abr. 2006.

COUDRY, M. I. H. *Diário de Narciso, Discurso e Afasia.* São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1988. 205p.

DE LEMOS, C. T. G. Corpo & Corpus. In: LEITE, N. V. A. (org). *Corpolinguagem: gestos e afetos.* Campinas: Mercado de Letras, 2003. p. 21-29.

FERNANDES, F. D. M.; PASTORELLO, L. M.; SCHEUER, C. I *et col*. *Fonoaudiologia em Distúrbios Psiquiátricos da Infância.* São Paulo: Editora Lovise, 1995. 219p.

FREIRE, R. M. *A linguagem como processo terapêutico.* 2ª Edição. São Paulo: Plexus, 2002. 167p.

JACKSON, J. H. R. Remarks on Dissolution of the Nervous System as Exemplified by Certain Post-Epileptic Conditions. In: JACKSON, J. H. *Selected Writings*, vol. 2. Hodder and Stoughton Limited. London, [1881]1932.

LACAN, J. *O Seminário, livro 5, as formações do inconsciente (1957-1958).* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999. 531p.

LACAN, J. *O Seminário 11. Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, ([1964]1998. 269p.

LEVIN, E. *A Clínica Psicomotora, o corpo na linguagem*. 5ª Edição Petrópolis: Editora Vozes, [2001]2003. 341p.

LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. *Aquisição, patologias e clínica de linguagem.* São Paulo: Editora Educ, 2006. 446p.

MATOSO, M. C.; DUBOIS, M. C. T. *Orientações para apresentação de trabalhos acadêmicos.* Campinas: PUC-Campinas, 2007. 43p.

VORCARO, A. M. R. (org). *Quem fala na língua? Sobre as psicopatias da fala.* Salvador: Ágalma Psicanálise Editora, 2004. 301p.

VYGOTSKY, L. S. *Pensamento e linguagem*. 3ª Reimpressão Brasileira. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, [1934]1993. 135p.

Anexo

Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do Participante: Data: 01.03.2007

Pesquisador: Hedilamar Bortolotto

Instituição: PUC SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia

R. Monte Alegre, 984 – Perdizes – SP

Nós, _____e _____, na condição de pais do menor _____, consentimos que os dados registrados por sua terapeuta possam ser utilizados para fins de pesquisa, objetivando investigar a relação entre linguagem e subjetividade em sujeitos portadores de Síndrome de X Frágil.

Os dados do paciente serão recolhidos a partir do processo terapêutico ao qual o paciente está já sendo submetido, não havendo nenhuma alteração no processo em curso.

Compreendemos não haver riscos ou desconfortos associados a este projeto. Da mesma forma, os resultados do mesmo podem beneficiar tanto o pesquisador, no melhor entendimento sobre o evento estudado, como o estudo em questão pode reverter-se em benefícios para nosso filho, no que diz respeito à evolução do processo terapêutico.

Sabemos que não há qualquer ressarcimento pela participação no referido projeto.

Será mantido o sigilo de nossos nomes e de nossas identidades no decorrer de todo o projeto.

Autorizamos a realização de gravações em vídeo áudio tape das terapias realizadas e a utilização de expressões verbais, orais ou gráficas por nosso filho durante a execução do projeto.

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em periódicos, livros, anais ou outros meios editoriais pertinentes. Os resultados também poderão ser apresentados em congressos e reuniões científicas e profissionais.

Temos o direito de retirar nosso filho deste estudo a qualquer momento de seu desenvolvimento.

Nós, pais de _____, compreendemos os direitos de nosso filho como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consentimos que ele participe deste estudo. Compreendemos sobre o que, como e porque este estudo está sendo realizado.

Recebemos uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____

(mãe)

_____

(pai)

Data ____/_____/_____

_____

Hedilamar Bortolotto (pesquisadora)