

SÉRIE EXTENSÃO



UFSM
Pró-Reitoria de
Extensão

CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM COM CRIANÇAS PEQUENAS E SEUS FAMILIARES

ANA PAULA RAMOS DE SOUZA



editora**ufsm**

SÉRIE EXTENSÃO



UFSM
Pró-Reitoria de
Extensão

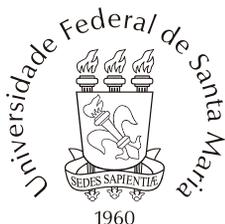
CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM COM CRIANÇAS PEQUENAS E SEUS FAMILIARES

ANA PAULA RAMOS DE SOUZA



editoraufsm

SANTA MARIA, RS - 2022



1960

Reitor: Luciano Schuch

Vice-reitor: Marta Bohrer Adaime

Pró-reitor de Extensão: Flavi Ferreira Lisboa Filho

Diretor da Editora: Enéias Tavares

Conselho editorial: Adriano Mendonça Souza, Alcyr Luciany Lopes Martins, André Valle de Bairros, André Zanki Cordenonsi, Enéias Tavares (Presidente), Fernanda Alice Antonello Londero Backes, Graziela Inês Jacoby, Jucemara Antunes, Lana d'Avila Campanella, Marcelo Battesini, Odailso Sinvaldo Berte, Paulo Roberto da Costa, Raone Somavilla, Ricardo de Souza Rocha, Rosani Marisa Spanevello e Sara Regina Scotta Cabral.

Revisão de texto: Magda Kessler

Diagramação: Gilberto de Moraes Jr.

Capa: Larissa Mendes

© 2022, Ana Paula Ramos de Souza

S729c Souza, Ana Paula Ramos de

Clínica fonoaudiológica de linguagem com crianças pequenas e seus familiares [recurso eletrônico] / Ana Paula Ramos de Souza.

– 1. ed. – Santa Maria, RS : Ed. UFSM, Pró-Reitoria de Extensão, 2022.

1 e-book. : il. – (Série Extensão)

ISBN 978-65-88636-05-3

1. Fonoaudiologia 2. Linguagem 3. Clínica 4. Crianças I. Título.

CDU 616.89-008.434

Ficha catalográfica elaborada por Lizandra Veleda Arabidian – CRB-10/1492

Biblioteca Central – UFSM

**Associação Brasileira
das Editoras Universitárias**

editoraufsm



UFSM
Pró-Reitoria de
Extensão

Direitos reservados à:

Editora da Universidade Federal de Santa Maria

Prédio da Reitoria – Campus Universitário – Camobi – CEP: 97105.900 – Santa Maria, RS

(55) 3220.8610/8115 – editufsm@gmail.com – www.ufsm.br/editora

A **Série Extensão** prevê a disseminação digital e/ou impressa de livros inéditos de produção acadêmica na Extensão Universitária, que tenham como prioridade a comunidade externa, desenvolvidos por docentes e outros, em conjunto com estudantes que desenvolvam Programas e Projetos de Extensão da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com recomendada atenção às comunidades ou aos grupos atendidos por Ações de Extensão.

SOBRE A AUTORA

Ana Paula Ramos de Souza – Fonoaudióloga, mestre e doutora em Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, pós-doutora em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, docente do departamento de Fonoaudiologia e dos programas de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana e Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Ramiro, cujo primeiro sorriso, na noite de seu nascimento, instalou-me na linguagem do amor.

Ao professor Valdir do Nascimento Flores, meu maior mestre, que, com carinho e paciência, incentivou a escrita deste livro. Sua sabedoria e amizade são um norte na minha vida.

Aos primeiros mestres, Maria Aparecida Funck (*in memoriam*), Fermina Seligman (*in memoriam*), do lugar da clínica, e Helena Bolli Mota, do lugar da ciência linguística, por abrirem meu caminho na clínica de linguagem infantil.

Aos pais, que são e foram exemplos na minha vida. Ao Ivan, companheiro de vida e pai do Ramiro, que, com seu amor e suporte, caminha ao meu lado enfrentando os desafios de cada dia. Ao Vô Paulo (*in memoriam*) e tio Carlinhos (*in memoriam*) por todo amor e alegria que iluminaram a minha infância.

Às mães da minha vida, Marilene, que me deu a vida e o exemplo aguerrido, Babia, Tia Ersina, Vó Ilda e Maria Amélia Coronel, cujos exemplos e carinho me fizeram uma pessoa melhor.

Às crianças pequenas e seus familiares que foram minha bússola no aprendizado aqui compartilhado.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1. OS PRIMEIROS CASOS DE LINGUAGEM NA FONOAUDIOLOGIA	12
2. O ENCONTRO COM O GERATIVISMO: A RELAÇÃO ENTRE COMPETÊNCIA E DESEMPENHO	25
2.1 A IMPORTÂNCIA DE MODELOS DE DESEMPENHO NO CASO RUI	32
2.2 CASO EMÍLIO: APORTES GERATIVISTAS EM UMA INTERVENÇÃO VIA DIÁLOGO	39
3. O BREVE ENCONTRO COM O INTERACIONISMO BRASILEIRO	46
4. A DESCOBERTA DO DIÁLOGO E DO SUJEITO NA LINGUAGEM NA PERSPECTIVA ENUNCIATIVA DE BENVENISTE	53
4.1 OS PRIMEIROS CONCEITOS TEÓRICOS A PARTIR DE BENVENISTE	54
4.2 A SUSTENTAÇÃO DE UM LUGAR DE ENUNCIÇÃO: O FONOAUDIÓLOGO MEDIANDO A ARTICULAÇÃO ENTRE RECONHECIMENTO/SUPOSIÇÃO DE SUJEITO E SUPOSIÇÃO/RECONHECIMENTO DE FALANTE DA LÍNGUA	68
4.2.1 CASO SAFIRA: MAMÃE! MAMÃE? MAMÃE... QUEM ESTÁ FALANDO?	76
4.2.2 BERNARDO E O FANTASMA DO AUTISMO	78
4.2.3 HÉLIO: A ESCOLHA DE UMA LÍNGUA PARA SUSTENTAR UM LUGAR DE ENUNCIÇÃO	81
4.3 AS RELAÇÕES DE FORMA E SENTIDO NA CONSTITUIÇÃO DA CRIANÇA COMO UM FALANTE DA LÍNGUA	83
4.3.1 O IMPACTO DOS CONCEITOS NA RELEITURA DE ALGUNS CASOS APRESENTADOS	92
4.3.2 CASO LILI: O DESENHO E O CANTO NA SUSTENTAÇÃO DE UM LUGAR DE ENUNCIÇÃO E DO DOMÍNIO DAS RELAÇÕES DE FORMA E SENTIDO	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

APRESENTAÇÃO

Quando me formei em Fonoaudiologia, em 1987, iniciei a busca por uma teoria de linguagem que auxiliasse a trazer um olhar que pudesse ser considerado “científico” em relação a processos de avaliação e terapia para a prática fonoaudiológica. O contexto da graduação em Fonoaudiologia, em 1984-1987, clamava por essa chamada “cientificidade”, visto que não eram explícitas as bases teóricas dos procedimentos práticos que levaram ao reconhecimento da profissão em 1981. Em outras palavras, essa recém-reconhecida profissão trazia consigo muitas demandas de validação de procedimentos.

As grandes áreas de conhecimento da Fonoaudiologia, na época, eram a linguagem e a audição (abrangiam todas especialidades terapêuticas atuais). Havia procedimentos para avaliação motora orofacial e de voz, mas estas não se caracterizavam como especialidades. Apenas a partir das décadas de 1990 e 2000 que emergiram as especialidades da Fonoaudiologia como a linguagem, a motricidade orofacial, a audiologia, a voz, a disfagia, a saúde coletiva, entre outras, de modo mais claro e com um corpo de conhecimento ampliado, a ponto de ensejarem a criação de associações específicas. Essa diversificação do conhecimento fonoaudiológico evidencia também a ampliação do número de profissionais que, em 1987, era de cerca de 5000 e que, na época da escrita deste livro, era de 45.123 em todo Brasil (CFFa, 2019).

A área da linguagem, que particularmente interessa à proposta deste livro, vinculava-se, nesse tempo, a estudos da Pedagogia, da Psicologia do Desenvolvimento, da Neuropediatria, da Psicomotricidade e da Linguística, e, mais recentemente, da Psicopedagogia, Neuropsicologia e Psicanálise. Lembro que, na minha graduação, havia muitas avaliações que incluíam aspectos psicomotores, conhecimentos pedagógicos, neurológicos e alguns conhecimentos de aquisição da linguagem, cujas bases eram os teóricos da Psicologia do Desenvolvimento, com autores clássicos como Jean Piaget e Lev Vygotsky. Ainda eram pouco comuns estudos advindos da teoria gerativa de Noam Chomsky, que,

nessa época, estavam chegando às disciplinas de linguística nos cursos de graduação, sobretudo o estudo do processo de domínio gradativo da gramática pelas crianças e as variadas formas de descrição de dados de linguagem a partir do aparato linguístico.

O percurso que realizei na descoberta da área da linguagem e no atendimento à demanda por maior cientificidade – percurso este feito, em um primeiro momento, no interior da linguística, mas não só – eu relato, no primeiro capítulo (cf. Capítulo 1 - *Os primeiros contatos com a área da linguagem*), a partir de casos clínicos que colocaram em questão métodos e procedimentos de avaliação e terapia recebidos no curso de graduação; visão que poderíamos considerar, de um certo ponto de vista, tradicional.

Iniciei o percurso de estudos na Linguística, motivada pela abertura do Centro de Estudos de Aquisição e Aprendizagem da Linguagem (CEAAL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), coordenado pelo Dr. Mehmet S. Yavas e pela Dra. Feryal Yavas. Especificamente, o Dr. Mehmet aceitou receber fonoaudiólogos para orientação. A primeira foi a Dra. Helena Bolli Mota e a segunda, eu. Encontrei na Linguística Aplicada o conhecimento para estudar os distúrbios da fala, mais especificamente o desvio fonológico. Realizei mestrado, concluído em 1991, e doutorado, concluído em 1996, em Fonologia Clínica, que aplica conhecimentos fonológicos aos dados de distúrbios cujos sintomas estão no nível fonológico. No mestrado, estudei o modelo de ciclos modificado em sua aplicação no tratamento da fala de crianças com fissura labiopalatina (RAMOS, 1991) e, no doutorado (RAMOS, 1997a), utilizei estudos da teoria fonológica sobre a sílaba para abordar a aquisição da estrutura silábica pelas crianças com desvio fonológico. Busquei relacionar a percepção e a produção de fala a partir de modelos de desempenho propostos em uma visão modularista, compatível com os estudos de Chomsky (1965/1975). Nessas pesquisas, ocorreu meu primeiro encontro teórico no campo da linguística: o gerativismo. No segundo capítulo (cf. Capítulo 2 - *O encontro com o gerativismo: a relação entre competência e desempenho*), falo nesse encontro e nas contribuições que ele trouxe para pensar os dados de linguagem na minha clínica, em casos em que a produção da fala, e não só o desvio fonológico, é o principal sintoma, como a apraxia de fala infantil.

A prática clínica e a participação nos Encontros Nacionais de Aquisição da Linguagem (ENAL) promovidos pela PUCRS permitiram realizar outras descobertas teóricas porque, apesar de produzir teses a partir do paradigma gerativista, eu me apropriei de trabalhos de Psicolinguística em outras vertentes cognitivistas e interacionistas. Em especial, minhas descobertas no interacionismo, mais especificamente o brasileiro, serão abordadas no terceiro capítulo (cf. Capítulo 3 - *O breve encontro com o interacionismo brasileiro*).

No quarto capítulo (cf. Capítulo 4 - *A descoberta do diálogo e do sujeito na linguagem a partir da perspectiva enunciativa de Benveniste*) do livro, trago as construções teóricas, metodológicas e clínicas que pude fazer a partir de Benveniste deslocado teoricamente para a aquisição e a clínica de linguagem. Esses deslocamentos foram possíveis a partir de dois pós-doutorados realizados no Instituto de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O trabalho com a teoria de Benveniste e de colegas que a deslocaram para pensar a clínica produziram efeitos na reflexão teórica sobre minha prática com crianças pequenas. Isso será exemplificado por meio da discussão de alguns casos clínicos e da proposição de alguns princípios e estratégias teóricas que, segundo penso, viabilizam a compreensão da prática que toma o diálogo como centro da intervenção. Também nesse capítulo trago alguns atravessamentos da psicanálise no meu trabalho.

Enfim, gostaria que, ao final da leitura deste livro, o fonoaudiólogo pudesse perceber a relação entre teoria e prática como um ciclo interminável que motiva não só as mudanças de perspectiva teórica, mas as mudanças na vida clínica. No meu caso, ela influenciou os temas de pesquisa porque da minha prática emergiram questões que me fizeram buscar novas teorias e novas pesquisas, ao ingressar na Universidade Federal de Santa Maria. A cada momento já havia algum construto teórico em ação para que a prática se desse, ou seja, é uma via de mão dupla. Nesse sentido, destaco que a ideia ingênua que tive da aplicação de uma teoria linguística em minha prática foi se desfazendo ao longo de minha experiência clínica e de supervisão de estágios em Fonoaudiologia, pois, apesar de a teoria permitir um raciocínio sobre alguns fatos de linguagem, a clínica é de uma complexidade que transcende qualquer teoria linguística. Ela até pode fornecer dados para a comprovação de teorias linguísticas, mas nenhuma teoria linguística poderá explicá-la totalmente.

Neste livro, minha intenção é mostrar a interação entre teoria e prática em uma dinâmica clínica que convoca muitos saberes, além dos advindos da Linguística. No entanto, procurei enfocar prioritariamente as contribuições que algumas teorias de aquisição da linguagem advindas da Linguística puderam trazer na minha reflexão clínica. Intenciono, com a exposição de meu percurso teórico, introduzir as teorias aos jovens fonoaudiólogos ainda em formação.

Desejo uma boa leitura e que essa contribuição possa alimentar o desejo do leitor em clinicar com crianças pequenas, consciente da complexidade dessa clínica, mas com um ponto de partida para suas reflexões no âmbito da linguagem, já que o percurso de cada clínico é único e que essa clínica demanda muitos conhecimentos que não serão abordados no livro, mas que buscarei sinalizar no decorrer da escrita.

1. OS PRIMEIROS CASOS DE LINGUAGEM NA FONOAUDIOLOGIA

Em 1983, eu fazia o curso pré-vestibular, ainda indecisa quanto ao que cursar, quando li sobre a Fonoaudiologia em um jornal que descrevia inúmeras profissões. Tomada de curiosidade pela amplitude da profissão, na qual se estudava física acústica e psicologia ao mesmo tempo, busquei conhecer uma fonoaudióloga pessoalmente. Assim, o primeiro contato se deu na observação de uma sessão de linguagem em que a fonoaudióloga Beatriz Weber¹ atendia uma criança pequena com síndrome de Down que apresentava atraso na aquisição da linguagem. Posso dizer que este livro começou lá porque o cuidado com a criança e com a aquisição da linguagem preencheu minha vida desde então.

Ingressei no curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no verão de 1984 e iniciei as aulas com disciplinas como Anatomia, Fisiologia, Física Acústica e também Psicologia Geral. Linguagem e aquisição da linguagem foram os temas para os quais direcionei todas as minhas leituras extracurriculares. Creio que essas escolhas ficarão evidentes na composição deste livro.

Passado o período de algumas disciplinas teóricas e práticas em audiologia, ao final do terceiro ano de curso, já me sentia apta a iniciar minha atuação clínica nessa área, o que se confirmou no início profissional. Comecei no quarto ano meus estágios na terapêutica, ainda ministrados em um estágio mais geral que abrangia o exercício prático com todas as patologias, exceto deficiência auditiva, e um estágio específico em habilitação e reabilitação auditivas em conjunto com o curso de Educação Especial. Hoje sabemos que a área

1 Beatriz Weber é uma fonoaudióloga que atuava clinicamente em Porto Alegre, em um Centro de Atendimento de Fisioterapia, uma grande clínica que encontrei no guia telefônico impresso.

terapêutica está dividida em estágios de voz, motricidade orofacial, disfagia e linguagem².

Vi, nesses mais de trinta anos de profissão, a especialidade de linguagem se desenvolver em subáreas. De modo especial, cabe destacar a temática da fala, que fez parte do meu percurso de 1988 a 2000 de modo fundamental, por influência do primeiro trabalho de Fonologia Clínica que foi realizado pela Dra. Helena Bolli Mota, sob orientação do Dr. Mehmet S. Yavas, na PUCRS.

No último ano de curso, 1987, atendi meus primeiros três pacientes no estágio de terapia. Como eu podia escolher os pacientes, optei pelo atendimento de um menino de cinco anos com distúrbio de fala, uma menina e outro menino de oito anos com distúrbio de fala e dificuldades na alfabetização e aprendizagem. Nos três casos, havia um envolvimento de questões emocionais que ajudavam a explicar a não evolução das crianças no processo de aquisição da linguagem oral e escrita. Houve uma greve universitária na época e continuei atendendo com a supervisão da Psicóloga³ do serviço de atendimento fonoaudiológico da UFSM. Esses três casos, e o caso que eu atendi no estágio de habilitação e reabilitação auditivas, foram fundamentais no meu percurso teórico ao sair da graduação, que já delineava a interface entre linguagem e psiquismo⁴ nos primeiros casos atendidos.

Como podemos ver, utilizo a palavra “caso” já no título desta seção. Ora, o uso de um termo como esse não pode prescindir de alguma explicação. Segundo Nasio (2001, p.11), referência importante no campo da clínica psicanalítica, “em uma acepção mais comum, a expressão ‘caso’ designa, para o analista, o interesse muito particular que ele dedica a um de seus pacientes”. Esse interesse pode produzir um partilhamento da experiência com seus colegas. O autor também afirma que esse relato se torna um caso clínico quando da observação escrita do caso.

2 Ainda não estavam criadas as especialidades de linguagem, motricidade orofacial, voz e disfagia. As três primeiras se constituíam em conteúdos ministrados nas disciplinas de avaliação e terapia fonoaudiológicas.

3 A psicóloga do serviço, fundamental na minha formação, foi Maria Aparecida Funck.

4 Embora a interface com a Psicologia e, mais especificamente com a psicanálise, esteja presente no meu olhar clínico, eu não entrarei em debate teórico sobre a psicanálise na infância, pois o foco do livro serão as teorias de linguagem e não as de psiquismo.

Acredito que, de modo similar, as experiências apresentadas a seguir, neste livro, no âmbito da clínica de linguagem, podem ser consideradas – a exemplo do que diz Nasio – como relatos singulares de experiências singulares descritas pelo terapeuta, “casos”. A apresentação dessas experiências abrange aspectos pontuais, necessários ao debate teórico do livro. Tais aspectos são expostos em vinhetas, transcrições de sessões, ou mesmo em narrativas integrais nas quais são relatados o histórico do sujeito, os resultados de avaliações fonoaudiológicas, a terapêutica e os seus resultados.

Ao fazer isso, objetivo dar destaque à função didática que tem um caso – característica inerente à ideia de caso – que, conforme Nasio (2001), adquire um caráter cênico que auxilia no ensino e pode ter valor de sugestão, porque pode transmitir a teoria e mobilizar a imaginação e emoção do leitor. Para ilustrar o que diz, Nasio lembra casos de psicose célebres na Psicanálise que fazem emergir instantaneamente os conceitos teóricos. São casos apresentados e trabalhados por Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Woods Winnicott, Bruno Bettelheim, Françoise Dolto e Jacques Lacan, que o autor pontua como fundamentais aos avanços no campo psicanalítico.

Ora, sabemos, essas ideias não são habituais na Fonoaudiologia, já que sua produção científica prioriza estudos estatísticos, em que pese ser uma ciência terapêutica. No entanto, acredito que alguns casos podem, no decorrer da minha exposição, evidenciar a função heurística que tiveram para mim por terem gerado conceitos. De qualquer modo, cabe destacar que o caso ou uma vinheta dele não evidencia a realidade em si, mas minha percepção do caso. Desse modo, sempre será uma narrativa ficcional; mesmo que eu ou qualquer outro narrador tenha o maior número possível de cuidados para trazer evidências científicas do caso. A formação teórica rigorosa e a capacidade de escuta do paciente são elementos que Nasio (2001) afirma como fundamentais para a escrita de um caso. Este livro é um exercício nessa direção.

Na época em que atendi os primeiros casos clínicos, talvez não pudesse escrevê-los porque não havia o conhecimento teórico mínimo em linguagem para refletir sobre alguns aspectos que hoje são mais claros para mim. Havia, no entanto, essa escuta sensível que permite que atualmente eu releia os casos e os compreenda de outro modo, a partir de novas construções teóricas que fui fazendo nesses trinta anos de clínica.

O menino Paulo, de cinco anos, por exemplo, apresentava alteração de fala, à época denominada dislalia, que hoje denominamos de desvio fonológico. Ele tinha características de fala muito comuns ao que se lê na literatura. Paulo plosivizava todas as consoantes fricativas e também não possuía algumas estruturas silábicas complexas. A partir dos resultados obtidos com a avaliação fonológica, não ficou difícil escolher o fonema /v/ para a primeira intervenção em sua fala. Havia, no entanto, um detalhe: o menino só queria brincar e não desejava exercitar sua habilidade de fala. Chamei minha supervisora⁵ para me auxiliar com o que entendi, na época, ser uma resistência. Ela se aproximou dele e lhe mostrou uma miniatura de vaca, articulando bem seu nome, para que ele a imitasse a falar /vaka/ ao que ele respondeu: – pode tama de toru (pode chamar de touro). Tecnicamente, essa atitude chama-se evitação; na vida de Paulo, parecia significar muito mais.

Em conversa com a psicóloga, pude identificar uma certa rigidez da mãe, que mantinha o menino muito bem arrumado, vendo televisão e sem a possibilidade de experimentar o corpo de modo mais livre. Formulamos a hipótese, eu a psicóloga do serviço, de que a resistência em corrigir a fala, instância na qual o erro era permitido, era uma necessidade psíquica de Paulo, já que, em outros âmbitos, isso não lhe era facultado. Em outras palavras, sua atitude poderia significar uma forma inconsciente de pedir ajuda. Isso não quer dizer que Paulo não tivesse alguma tendência fisiológica para que a fragilidade se estabelecesse na produção de fala (desvio fonológico), mas a resistência dele em atender à solicitação para uma mudança articulatória era compatível com a hipótese que formulamos a partir de sua história.

Por orientação da psicóloga, pedi à mãe que o trouxesse com uma roupa mais velha para que pudesse trabalhar com massa de modelar, farinha, etc., pensando em uma experiência sensorial de se sujar, fazer bagunça, compensando o que não vivia em casa. Ela o trouxe, como sempre, bem arrumado. Fiz uma brincadeira com farinha e água. Ele se sujou todo e foi um momento ímpar porque nunca o havia visto

5 Minha supervisora era a Dra. Ana Maria Toniolo da Silva, falecida em março de 2021, a quem homenageio neste momento, por tudo que realizou por nossa profissão e como colega fundamental na história do Departamento de Fonoaudiologia da UFSM.

tão feliz. No entanto, ao ver o filho todo sujo na saída da sessão, a mãe não voltou mais para os atendimentos.

Isso me permitiu a reflexão de que é preciso respeitar as mães, desafiando-as no tempo certo: o filho é delas, e a forma de educar e cuidar das mães é uma decisão delas, e só poderá sofrer modificações mediante entrevistas continuadas nas quais possamos mediar reflexões com elas.

O caso da menina Lúdia era muito mais complexo. Ela tinha sido adotada por uma senhora mais velha, quando ainda mamava no seio de sua mãe biológica. A mãe adotiva a tinha “pegado” para pagar uma promessa. Na avaliação de linguagem, Lúdia apresentava ausência das fricativas palatais na fala e não se concentrava para estudar e se alfabetizar. Fui obrigada a aplicar um teste psicolinguístico longo, cujos resultados pouco serviram para a compreensão do caso e da terapêutica. Combinei com a menina que fizesse isso por mim para que eu fosse aprovada no estágio. Ela atendeu meu pedido, fazendo uma prova por dia, durante o período de greve.

Na terapêutica de Lúdia, passei a observar as etapas de aquisição da linguagem que estudei no livro *Psicogênese da Língua Escrita* de Emília Ferreiro e Ana Teberosky, publicado em 1986⁶. Deixando a menina livre para escolher as atividades, ela se dispunha a escrever no quadro negro e me demonstrou que já estava na hipótese alfabética. Também, nesses momentos, evidenciava conhecer o alfabeto. Minha grande descoberta: estava alfabetizada.

Fui falar, então, com sua professora que percebia o mesmo e que afirmou que ela não havia ido para a segunda série porque não aceitava fazer as provas. A professora então decidiu, estimulada por mim, aprovar a menina a partir da sua avaliação “informal”. O efeito, no entanto, da minha ida à escola foi fundamental porque Lúdia passou a realizar o que a professora pedia após me ver na escola, inclusive as provas.

Nas conversas com a psicóloga, fiquei sabendo a história de Lúdia: havia sido adotada aos dois meses de idade quando mamava

6 Emília Ferreiro (mexicana) e Ana Teberosky (argentina) lançaram, na década de 80, este livro que foi um divisor de águas no modo como era pensada a alfabetização. Elas praticamente incluíram a noção de aquisição da linguagem escrita a partir de uma abordagem psicogênica tanto na pedagogia quanto no meio clínico. O foco deixou de ser as incompetências da criança, mas suas potencialidades, sua forma de raciocinar e, em muitos casos, os atravessamentos negativos que métodos de alfabetização poderiam fazer se não considerada a fase de aquisição em que a criança estava.

em abundância, o que, talvez, explicasse sua ansiedade e dificuldade de concentração bem como a fixação por ver meus seios em sessão.

Ora, eu nunca havia imaginado que uma troca na fala e dificuldade de aprendizado pudesse estar ligada à situação tão precoce na vida de uma criança. Também não supunha que o psiquismo estivesse intrinsecamente ligado aos casos de linguagem. Na época, em debate com a supervisora psicóloga, recebi explicações que passavam por Melaine Klein⁷ e que apontavam a importância do psiquismo no trabalho de linguagem. Fui assim apresentada a essa autora, cuja relevância vim a conhecer com a leitura do caso Dick, na década de 90.

Compreendendo a situação exposta pela psicóloga, pude entender que eu representava, de certa maneira, a “mãe nova”, que dera Lídia em adoção, e a psicóloga, a “mãe velha”, que a adotou. Nosso trabalho conjunto e a importância de perceber por que emergia o sintoma de linguagem de Lídia permitiram que ela ultrapassasse suas dificuldades e fizesse o luto necessário em relação ao seu desmame e à perda da mãe biológica de modo abrupto.

Ao final do ano, Lídia estava falando muito bem, lia e escrevia, sendo aprovada para a segunda série. Pôde despedir-se de mim e, de certa forma, da mãe que perdera no passado, graças às orientações da psicóloga e seu magnífico atendimento. No ano seguinte, Lídia permaneceu apenas com a terapia psicológica e recebeu alta fonoaudiológica. No último dia em que a vi, em frente ao elevador, esperando o atendimento da psicóloga, e eu feliz porque estava recém-formada, cumprimentei-a e ela bateu os ombros, desdenhando minha presença. Vendo que fiquei triste, me chamou e me disse ao ouvido: - Foi muito bom te conhecer. Eu jamais esqueci essa fala de Lídia, mas ainda não tinha a dimensão do que isso significou no meu percurso.

Algo similar se deu no caso de Antônio, um menino de oito anos, com uma estruturação que tendia à psicose. Em termos fonoaudiológicos, ele falava com muitas trocas e também não conseguia se alfabetizar. Em sua história havia a perda recente do avô e também o histórico de seus testículos não estarem no saco escrotal ao nascimento. Segundo

7 Os trabalhos de Melaine Klein foram inovadores porque praticamente lançaram a possibilidade de análise com crianças a partir do vislumbre do brincar. Apresentava posição distinta de Ana Freud, que acreditava que a criança não poderia ser analisada como os adultos eram, mas apenas educada.

a psicóloga que o atendia antes de eu entrar no caso, no relato sobre o pós-nascimento, a mãe levou Antônio do hospital para casa sem qualquer comunicação da equipe sobre o fato. Ela afirmou que levou um susto quando foi trocar sua fralda pela primeira vez. Percebia-se um mal estar familiar em torno do fato que se marcou de modo traumático na imagem corporal de Antônio e fez emergir dúvidas sobre sua potência enquanto homem e reprodutor.

Na época em que iniciei os atendimentos de Antônio, um dos testículos estava no lugar e outro não. Isso aparecia em todos os jogos, por exemplo, no futebol, em que metade do campo era podre e outra metade não. A psicóloga orientou-me a dizer, quando possível, que com uma parte só funcionaria. O menino evoluiu na fala sem que qualquer exercício direto de fala fosse feito. Brincava de modo livre com brincadeiras em que ele pudesse exercer sua “virilidade”, em geral o futebol.

Não é de menor interesse lembrar que este caso só permaneceu comigo porque, na época, ficar apenas com a psicóloga era proibido no serviço. Eu e a psicóloga apresentamos o caso em reunião clínica e, a partir de então, ao final do ano, quando me formei, Antônio pôde ficar só com o atendimento psicológico no ano seguinte.

Percebemos, nos casos de Lídia e Antônio, que a origem de seus sintomas de linguagem estava relacionada a fatores emocionais inquestionáveis e já muito precoces, logo após o nascimento. Suas dificuldades em aprender sons na fala e em adquirir a linguagem escrita se relacionavam à estagnação em um tempo/espço não resolvido. Enquanto Lídia estava à procura do seio perdido, de um tempo que não voltaria mais, marcando sua falta na ausência de um som na fala e na impossibilidade de se concentrar na escola, Antônio estava às voltas com uma falta em seu corpo, que lhe tomava toda a atenção e que provoca grande sofrimento a ponto de causar momentos de ruptura com a realidade. Nos dois casos, tudo havia começado quando bebês e se refletia em sintomas de linguagem que emergiram em uma fase mais tardia. Era inquestionável a demanda que esses casos me trouxeram por uma teoria clínica que abrangesse a subjetividade.

Em um caso de surdez, tive, no entanto, a possibilidade de impedir que sintomas de linguagem se cristalizassem a partir de conduções educacionais equivocadas e por dificuldade de adaptação parental ao filho com deficiência. O caso de Mateus, um menino de dois anos

com surdez severa em fase de adaptação do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) que eu acompanhava na sala de educação especial, já evidenciava sintomas que eu pude detectar e tratar durante seu aparecimento. Observei que Mateus partilhava o tratamento com outro menino com surdez profunda. A professora, munida do método Perdoncini⁸, fazia exercícios com tambor que eram desagradáveis para Mateus, visto que ele não era surdo profundo como seu colega. Na verdade, os exercícios me pareciam sem sentido para ambos.

Em certa situação, ele saiu da sala e jogou o aparelho fora. Como fonoaudióloga, que já sabia o básico de audição, percebi que o método da professora não era adequado a Mateus e falei com minha supervisora, uma educadora especial, que acolheu minha demanda e permitiu que eu realizasse um trabalho em separado com ele e sua mãe.

Nesse trabalho, o brincar e o diálogo entre mim Mateus e a mãe eram a tônica, bem como o resgate da história de Mateus e de seu histórico de nascimento junto a sua mãe (olhamos álbuns e conversamos sobre a história de Mateus e da família). Enfim, pude acolher e escutar as angústias daquela mãe sobre a diferença do filho real em relação ao idealizado. Pude explicar que Mateus escutava muito com o aparelho e que poderia desenvolver sua linguagem e inteligência em seu tempo. E de fato isso ocorreu. Ele se adaptou ao aparelho e começou a ouvir e a falar.

Não acompanhei o desfecho do caso de Mateus, que foi minha primeira intervenção oportuna⁹, mas tenho certeza de que fiz a diferença entre ele utilizar ou não o AASI e também na compreensão pela mãe das singularidades do filho relativas à surdez, o que acabou por impactar sua constituição e impedir a emergência de um sofrimento psíquico maior na mãe e nele. Cabe destacar que isso a fez focar no seu

8 Criado pelo Prof. Dr. Guy Perdoncini, Otorrinolaringologista, Foniatra e Fisiologista, na década de sessenta, esse método assume o princípio de que “A repetição frequente de estímulos intermitentes revela a sensação e favorece a aprendizagem e a memorização”. Foi trazido para o Brasil e adaptado à Língua Portuguesa pela linguista Alpia Couto, presidente da AIPEDA – Associação Internacional Guy Perdoncini para o Estudo e Pesquisa da Deficiência Auditiva

9 Embora minha formação fosse para realizar uma intervenção precoce via estimulação auditiva e utilização do AASI, eu acabei por fazer uma intervenção a tempo ou oportuna na medida em que tive sensibilidade suficiente para abordar a linguagem em sua funcionalidade entre dois sujeitos: a mãe e Mateus. Também pude impedir que a abordagem educacional utilizada prejudicasse o desenvolvimento do menino.

papel de mãe e acreditar que podia cuidar de Mateus e se comunicar com ele como se faz com qualquer criança, mas aceitando e considerando suas diferenças na audição. Devo essa perspectiva de intervenção à psicóloga e à educadora especial, minhas supervisoras no caso.

Em todos esses casos, percebo que fui impelida a levar em conta aspectos do psiquismo. Isso se deu não só pela supervisão da psicóloga que tinha orientação psicanalítica, mas porque os casos não evoluiriam se eu não tivesse percebido que não se tratavam apenas de limitações biológicas que incidiam na linguagem – como no caso Mateus – mas da emergência precoce de sintomas e sua cristalização, o que poderia afetar o funcionamento de linguagem – como em Lídia e Antônio –, ou de condições do psiquismo materno que obstruíam a possibilidade de errar – como em Paulo.

Somado a essas experiências, o estágio de avaliação ministrado pela Dra. Helena Bolli Mota, no último semestre, fez com que eu buscasse duas formações ao me graduar: a formação em estimulação precoce do Centro Lydia Coriat¹⁰, no ano de 1988, indicada por um psicólogo¹¹ que participou da minha banca final no estágio de habilitação e reabilitação auditivas, e o mestrado em tema da infância. Após tentativa frustrada na seleção do mestrado em Educação da UFRGS, ingressei no mestrado em Linguística Aplicada da PUCRS, cujo início se deu em 1989.

Durante o ano de 1988, atendi clinicamente, trabalhei em avaliação auditiva e fui funcionária de uma escola especial em Canoas. Haveria muitos casos a contar, mas dois abriram caminho de pesquisa e prática. O caso de João, no âmbito da clínica, e o caso de Érika, no âmbito da pesquisa. O caso de Érika será abordado no próximo capítulo, pois motivou minha dissertação de mestrado no âmbito do gerativismo.

O caso do menino João, com surdez severa, chegou à clínica com um aparelho de caixa que utilizava nas costas por baixo da camisa. Havia aí indícios de rejeição dos pais à surdez. João tinha cinco anos e fazia atendimento com uma psicóloga em psicodrama há uns dois anos.

10 O Centro Lydia Coriat, em Porto Alegre, é responsável pela formação de diversos profissionais do RS e do Brasil na clínica de bebês, crianças e adolescentes. Ele foi fundado por Sílvia Eugênia Molina, Alfredo Jerusalinsky, Zulema Garcia Yañes e Paulo César D'ávila Brandão.

11 Marcos Herter, docente Universidade Federal de Santa Catarina, em anos subsequentes.

Malgrado o atendimento psicológico, estava apresentando sinais de isolamento e comportamentos repetitivos como andar em círculos. Já ao início, eu realizei uma entrevista com os pais e expliquei sua audiometria (que eu mesma havia feito) e as possibilidades de uma protetização mais adequada, e trocamos o aparelho auditivo por um retroauricular que fez com que João passasse a ouvir tão bem que ele não queria tirar o aparelho nem para tomar banho¹². Em sessão, eu brincava e buscava trazê-lo para a interação, o que foi muito mais fácil com o uso do aparelho.

Lembro que convidei João para ir a um parque, situado em frente ao meu consultório da época, para experimentar o aparelho na rua. Após passar por lá com sua mãe, ele aceitou ir sozinho comigo. Sua reação ao ambiente externo para a ativação correta do AASI foi memorável. Ele passou embaixo de uma árvore e, ao ouvir um passarinho, fez um sinal de certinho com o dedo e me disse: *piu piu*. Ele me informava que estava tão bom o aparelho que conseguia ouvir o canto do pássaro. Na época, também fiz uma entrevista com o pai de João na qual acho que consegui dissipar a sombra de que o menino seria um deficiente intelectual. Ele pôde compreender a surdez do filho e voltar a investir subjetivamente nele.

Estranhamente ao que esperavam as colegas da área da surdez com orientação para a oralização, fiz o encaminhamento de João, já nas primeiras semanas de atendimento, para a escola especial Concórdia¹³. Fiz isso porque João estava em sofrimento psíquico e em risco para seu desenvolvimento cognitivo e linguístico que, a meu ver, estava relacionado à ausência de uma língua que permitisse socializar o mais rapidamente possível, e também à falta de compreensão e aceitação dos pais da sua surdez. Ir para a escola especial era uma forma de a família ser inserida na comunidade surda. Ao mesmo tempo, alertei à família que supunha que, com o novo aparelho e adequado acesso auditivo, João poderia desenvolver a linguagem oral, mas sua idade trazia uma

12 Minha supervisora na adaptação foi a fga. Vera Garcez, que apenas confirmou meu acerto e meu deu segurança em praticar todo o conhecimento de audiologia que eu havia recebido da Dra. Sônia F. Bortholuzzi na graduação. Duas audiologistas reconhecidas no Rio Grande do Sul e no Brasil.

13 Escola de educação especial para surdos ligada à congregação luterana, que contava com reconhecida fonoaudióloga pesquisadora na área da surdez a Dra. Beatriz Raymann

reserva em termos de prognóstico, considerando alguns estudos que eu havia lido sobre período crítico. Ir para a escola aprender LIBRAS lhe garantiria ao menos uma língua.

Em um mês de Concórdia, ele afirmou estar “namorando”, pois admirava uma menina mais velha do que ele, estava sinalizando em LIBRAS e adquirindo a língua oral. Ao final do ano, após ele começar a falar, eu tentei oferecer a ele meus conhecimentos de fonologia, já que confundia /m/ e /p/ ao trocar os pares “mão” e “pão” na brincadeira de cozinha. Tentei mostrar a articulação a ele. Ele me disse: - é com a fono. Fazia referência à fonoaudióloga da escola. Eu expliquei que eu era fonoaudióloga também. Ele me disse: - Tu para conversar.

Entendi que meu trabalho tinha sido outro, o que hoje eu denomino de intervenção tardia com elementos do que se faz em intervenção oportuna: promover o luto do filho idealizado e sua *reidealização* pela família, oferecer uma intervenção adequada auditiva para que João pudesse ouvir, e favorecer, no diálogo, a escuta de João como sujeito, que se marcava na linguagem por meio não verbal inicialmente, facilitando seu acesso à língua oral bem como à LIBRAS. Isso, de certa forma, explica que há um trabalho que pode ser feito no brincar e na comunicação não verbal que transcende a escolha de uma língua. João dizia que eu era para conversar, mas eu não falava a língua que era mais natural para ele: LIBRAS. Ele se sentia escutado, o que talvez fosse o mais importante naquele momento. Eu não atendia João com sua mãe e, com certeza, essa poderia ser uma modificação a ser feita se eu atendesse o caso nos dias atuais.

Dei alta a João, ao final do ano, com a alegria de saber que, depois de seis anos de vida às voltas com o problema do filho em um luto mal resolvido, os pais e João fariam suas primeiras férias familiares. Entendi, na época, que João estava bem, instalado em um bom funcionamento de linguagem, adquirindo LIBRAS e Português Brasileiro, sem sintomas de sofrimento psíquico e bem assessorado pela fonoaudióloga da escola.

Quando João estava com 17 anos, uma aluna minha o entrevistou em uma pesquisa sobre aquisição fonológica por sujeitos surdos. João era um falante bilíngue com grande equilíbrio no domínio do PB e de LIBRAS. Fazia o Ensino Médio e estava se preparando para o vestibular. Era um aluno ativo que transitava bem entre os dois mundos:

o dos ouvintes e o dos surdos. Isso lhe conferia papel importante no auxílio aos seus colegas surdos, concretizando a profecia positiva que havia feito ao seu pai sobre ele poder ter uma profissão. Eu havia sustentado, na época, uma escolha considerada “exótica”, na visão das especialistas em surdez, minhas colegas, qual seja, a de recomendar ao menino com surdez severa uma escola especial.

Sua saúde mental foi preservada porque ele foi escutado por mim, pela família e por seus pares, em uma ou em outra língua. Esse caso também comprovou que a discussão sobre qual abordagem poderia ser mais adequada (oralização, comunicação total e bilinguismo) era infrutífera na Fonoaudiologia, porque havia mais a ser considerado: o caso singular. Mesmo sem o conhecimento que tenho hoje sobre linguagem e psiquismo, tive sensibilidade clínica para fazer o melhor para aquele menino e sua família.

Em cada caso, a necessidade poderia ser uma ou outra língua ou ambas. Meu desconhecimento em LIBRAS e a impossibilidade de adquiri-la me fizeram desistir dessa área de atuação enquanto clínica, embora tenha feito algumas incursões na orientação de trabalhos relacionados à surdez.¹⁴

Os inúmeros casos de desvio fonológico na clínica e a percepção de cientificidade na abordagem da Fonologia Clínica promoveram meu primeiro encontro teórico em linguagem: o gerativismo. Em paralelo, segui estudando Psicanálise para tratar das questões subjetivas que emergiam na clínica de linguagem, embora isso fosse, de certa forma, uma contradição teórica já que, no gerativismo, não há lugar para pensar o singular. Mas, como sabemos, é o sujeito que constantemente demanda na clínica.

Eu levei essa contradição até o final da década de 1990, pois, em 1999, começo a estudar o interacionismo brasileiro (De Lemos, 1989,1992) mais compatível com a teoria psicanalítica lacaniana. Só uma década depois, eu encontrei o grupo de pesquisa do Dr. Valdir do Nascimento Flores e iniciei meus estudos em enunciação, no

14 Na Universidade Tuiuti do Paraná, o conhecimento da história da surdez com Rose Borne e com uma concepção interacionista de linguagem na abordagem bilíngue, com Ruth Bomfim. Na Universidade Federal de Santa Maria, o uso da histórica musicada na terapêutica de bebês com risco auditivo em co orientação do trabalho de Gicélia Barreto com a Dra. Themis Kessler, colega e parceira de pesquisa.

Instituto de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sobretudo da obra de Émile Benveniste. Comecei a deslocar conceitos teóricos deste autor para a clínica de bebês e crianças pequenas.

Nos próximos capítulos, tentarei abordar um pouco das construções que fiz em cada encontro teórico e os efeitos que foram surgindo na clínica com bebês e crianças pequenas.

E por que bebês e crianças pequenas? Todos os casos do meu início clínico nos estágios e o primeiro caso no consultório, cujas vinhetas eu trouxe, acabam por evidenciar que a emergência de sintomas começa quando as crianças são bebês ou muito pequenas e que a intervenção precoce ou a tempo seria desejável para evitar a cristalização dos sintomas, ou seja, para minimizar o sofrimento infantil e familiar e a emergência de psicopatologias e distúrbios de linguagem.

2. O ENCONTRO COM O GERATIVISMO: A RELAÇÃO ENTRE COMPETÊNCIA E DESEMPENHO

Em 1987, como afirmei, conheci a Dra. Helena Bolli Mota como minha supervisora no estágio de avaliação da linguagem infantil. Recém-sáida do mestrado em Linguística Aplicada da PUCRS, ela nos apresentou à Avaliação Fonológica da Criança (AFC) ainda antes de ela ser publicada pelo Dr. Mehmet S. Yavas, a Dra. Regina Ritter Lamprecht e a Dra. Carmem Matznauer pela ARTMED, em 1991¹⁵. Eles eram participantes do Centro de Estudos em Aprendizagem e Aquisição da Linguagem (CEAAL) da PUCRS, cujos orientadores principais eram Dr. Mehmet e a Dra. Feryal Yavas.

Encantada com a AFC e com os estudos em Fonologia Clínica por proporem a noção de generalização estrutural na escolha de fonemas para o tratamento de fala, vislumbrei a cientificidade do trabalho como sendo um caminho promissor para a área de linguagem na Fonoaudiologia. Fiz então os cursos de mestrado e doutorado em temas de Fonologia Clínica.

No mestrado¹⁶, estudei a aplicação do modelo de ciclos modificado no tratamento de fala de três crianças com fissura lábio-palatina. O trabalho foi muito bem sucedido na abordagem da fala das crianças e revelou que havia a generalização estrutural na escolha de fonemas, ou seja, ao escolher um fonema com traços hierarquicamente mais

15 Yavas, M.S; Hernandorena, C.L.M.; Lamprecht, R.R. Avaliação fonológica da criança. Porto Alegre, Artmed, 1991.

16 Ramos, A.P.F. Avaliação e Tratamento Fonológico de Crianças Portadoras de Fissuras do Lábio e do Palato Reparadas na Faixa Etária de 4 a 9 anos. PPG em linguística aplicada, Instituto de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1991.

complexos, por exemplo, uma fricativa palatal, as fricativas anteriores eram adquiridas porque o traço [+contínuo] era ligado ao sistema fonológico infantil. Funcionava e funciona mesmo! No entanto, há muito mais do que a fonologia pode explicar na clínica dos desvios fonológicos, ou mesmo das fissuras lábio-palatinas: há um sujeito que fala.

Já no doutorado¹⁷, estudei a aquisição do sistema silábico por crianças com desvio fonológico. Na tese (RAMOS, 1997a), fiz uma comparação da análise silábica por distintas teorias fonológicas da sílaba, chegando à conclusão de que todas explicavam muito bem os caminhos da aquisição silábica, mas de que a mais plausível era a teoria de Clements (1990), compatível com sua proposta para segmentos (CLEMENTS; HUME, 1995), já que era compatível com os dados de percepção auditiva e de reconhecimento da palavra pelas crianças, por mim investigados.

A partir do modelo de coorte de Lahiri e Marslen-Wilson (1991), que afirma que selecionamos candidatos ao reconhecimento auditivo a partir da oitiva sequencial das sílabas da palavra, investiguei o momento de reconhecimento da palavra pelas crianças, concluindo que elas possuíam duas representações fonológicas do *onset* complexo: uma igual a sua fala e outra igual à da fala do adulto. Essas representações se unificavam próximo ao momento de adquirir essa estrutura silábica. O trabalho com os dados da tese permitiram pensar a relação entre *competência e desempenho* e descobrir que a criança não era passiva no processo de aquisição como afirmavam teóricos do comportamentalismo. Por isso, incomodava a aplicação do raciocínio fonológico advindo do gerativismo em conjunto com modelos terapêuticos cuja base era o condicionamento e a repetição.

Cabe destacar que o gerativismo, enquanto ciência da linguagem dedicada à dimensão cognitiva da língua, propõe princípios universais que embasam o domínio gramatical das línguas por seus falantes (competência linguística). No campo da aquisição da linguagem, Chomsky propôs o inatismo, que afirmava que, dada a rapidez com que crianças adquirem a linguagem – já que, com três anos, elas conhecem muito

17 Ramos, A.P.F. Processos de Estrutura Silábica em Crianças com Desvios Fonológicos: Uma abordagem não-linear. Tese de Doutorado, PPG em Linguística Aplicada, Instituto de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1997.

da gramática de sua língua –, haveria princípios universais inatos, presentes em um dispositivo que denominou de Gramática Universal (GU). As variações nesse processo de aquisição poderiam ser explicadas a partir de questões de desempenho, ou seja, do processamento da informação e de evoluções específicas de cada língua. Nas palavras do próprio Chomsky (1965/1975, p.14):

“Parece evidente que a aquisição da linguagem se baseia na descoberta pela criança daquilo que, de um ponto de vista formal, constitui uma teoria profunda e abstrata-uma gramática gerativa da sua língua-da qual muitos dos conceitos e princípios se encontram apenas remotamente relacionados com a experiência através de cadeias longas e complexas de etapas inconscientes e de natureza quase dedutiva”.

Para Chomsky, a gramática de uma língua é um mecanismo finito que permite gerar um conjunto infinito de frases gramaticais. Esse princípio foi abordado em uma evolução teórica que foi da Teoria Padrão, passando pela Teoria de Princípios e Parâmetros até à Otimalidade (CHOMSKY, 1995), uma das propostas mais recentes. Trata-se de uma teoria cujo foco está nos princípios universais e formais da língua e não na construção singular do funcionamento de linguagem de cada sujeito, e, por isso, capta o universal do funcionamento de linguagem, o que observo não ser o suficiente para atender toda a demanda sobre a linguagem para a avaliação e intervenção clínicas.

Estava, portanto, às voltas com a relação entre uma teoria de competência e uma de desempenho que explicasse a aquisição fonológica em crianças que “não iam bem” nessa aquisição, e acabei por propor um modelo integrado de percepção e produção da fala (RAMOS, 1997b) que serviu didaticamente para explicar aos meus alunos o *locus* da ruptura processual nos distintos casos de distúrbios da linguagem, considerando o nível fonológico e sua relação com aspectos práticos.

Tentei descrever o ponto de ruptura processual que explicava a emergência do sintoma de fala. Assim, se a alteração estivesse na percepção/registo de contrastes fonológicos, seria o desvio fonológico; se na programação motora sequencial dos sons da fala, seria a apraxia de fala, e, se na execução motora em nível cortical, poderia ser disartria.

Já as alterações do trato vocal poderiam ser distúrbios fonéticos relativos a questões como malformações, como as fissuras lábio-palatinas ou alterações de oclusão, entre outras que afetam a cavidade oral e estruturas do sistema estomatognático.

Esse modo esquemático, embora didático na explicação dos sintomas de fala para os alunos, era impotente para dar conta da transversalidade dos níveis linguísticos cujos efeitos eram visíveis nos tratamentos do nível fonológico, algo de que falarei adiante, na abordagem enunciativa.

Além dessa limitação na abordagem gramatical a partir de componentes linguísticos isolados, o fato de receber, a partir dos anos 2000, crianças pequenas no consultório e também de acumular uma série de experiências clínicas com sujeitos de idades mais avançadas, trouxe a percepção de que a teoria gerativa não apresentava aparato para pensar a relação entre sujeito e linguagem, algo fundamental na clínica. Dou alguns exemplos.

Começo pelo caso da menina Érika¹⁸, atendida para a dissertação de mestrado (RAMOS, 1991), a qual oscilava sua fala em termos de nasalização diante de mim e da mãe. Falando comigo, conseguia falar mais oralmente, mas, com a mãe, nasalizava muito. Com oito anos de idade, em uma sessão, esta menina me pediu: - não vamos brincar hoje. Preciso conversar.

Solicitou então que eu sentasse em uma poltrona e ela em outra e me propôs falar sobre seu dilema.

- Ana Paula, eu quero saber o que a fala tem a ver com a psicóloga e se para vir aqui eu preciso ir lá?

Ao que eu indaguei:

- Mas por que estás me perguntando isso?

Ela respondeu:

- Porque um dia eu falei dos problemas da minha família e agora ela quer falar disso toda hora e eu não quero.

Eu respondi:

- A fala tem a ver com a emoção porque, conforme é a pessoa com quem a gente tá conversando, a nossa fala muda. Tu já notaste que quando tu falas com a mamãe tu falas mais pelo nariz do que comigo?

18 Érika foi citada como um dos casos marcantes do primeiro ano como clínica, já formada.

- Tu não és obrigada a ir lá, mas indiquei isso porque vejo que a relação com a mãe e com o pai precisa ser vista por ti. Posso falar com a psicóloga sobre tua queixa e ver o que pode ser feito. Acho que seria bom tu continuares a ver uma psicóloga, mas tu não és obrigada. Poderás vir aqui sem ir lá. Mas me deixa falar com ela antes de deixar de ir lá.

Em conversa com a psicóloga, vimos que ela estava indo com “muita sede ao pote” para abordar a discriminação de Érika e da irmã da relação parental. Ela decidiu indicar uma colega e conversou com a menina para que fizesse nova tentativa com nova profissional. Eu, por minha vez, segui fazendo o trabalho de fala e Érika teve alta fonoaudiológica naquele ano.

Sete anos depois, quando Érika estava com 15 anos, encontrei-a no centro de Porto Alegre e ela veio me abraçar, dizendo estar com saudades. Sua fala estava ótima e tinha feito o tratamento psicológico. Os pais haviam se separado, e a família estava bem. Mais alguns anos, encontrei Érika como bibliotecária responsável pela biblioteca do meu clube na época. Tinha feito a universidade e ninguém sequer desconfiava que ela havia nascido com fissura palatina.

A propósito, sua fala, ao início, apresentava ressonância nasal importante com plosivas realizadas como consoantes glotais ou coarticulação glotalica nas consoantes que deveriam ser orais. Tive de facilitar a oralização da fala e o fiz por meio do tratamento de fricativas e plosivas, o que generalizou para o sistema de consoantes e vogais orais, conforme relato em detalhes em Ramos (1991). Na época, recorri ao conceito de rinoglotalfilia de Matisoff (1976) para explicar a afinidade entre glotal e nasal, ou seja, se a nasalidade estivesse presente, as glotais também. Assim, ao eliminar a nasalidade das fricativas, houve generalização para retirada de coarticulação glotal nas plosivas. Este é um típico exemplo das contribuições do gerativismo ao raciocínio clínico, ao pensarmos a facilitação da criança para acessar o sistema. No entanto, o caso deixa evidente também as limitações da teoria para abordar a flutuação de nasalidade a depender do alocutário. Algo que explorei em outro caso de nasalidade excessiva por provável disartria decorrente de prematuridade extrema (SOUZA e FLORES, 2014).

A conduta observada nesse caso foi comum a outros casos clínicos: indicar colegas da Psicologia para trabalhar com as crianças em

paralelo ao meu trabalho. Percebia que as crianças chegavam primeiro à fonoaudióloga pela presença de um sintoma de linguagem, embora houvesse demandas para o trabalho subjetivo. Algo já experimentado nos estágios da graduação. Descobri, nos anos seguintes, que a interdisciplinaridade é árdua e depende do desejo dos profissionais em partilhar os casos, os conhecimentos e de uma postura ética frente ao humano, que não é possível a todos, seja pela formação profissional, seja pelos atravessamentos das histórias de vida dos terapeutas, já que ser terapeuta não é salvo-conduto psíquico para ninguém¹⁹.

Nos casos de sintomas na fonologia, era comum um perfil clínico de crianças mais infantilizadas, com dificuldades em se tornarem independentes das mães e de considerarem o outro a ponto de desejar falar certo. Em geral, as crianças tinham uma postura do tipo “que o interlocutor se vire para compreender o que eu falo”.

A motivação familiar da sintomatologia infantil era variada e singular, bem como a forma como essas crianças se marcavam na linguagem. Havia, no entanto, uma repetição do tipo de sintoma e da evolução da fala que a teoria fonológica gerativista podia prever de um modo geral, dada sua capacidade descritiva de hierarquias implicacionais do sistema linguístico.

No entanto, sempre apareciam casos com a quebra de hierarquia fonológica para os quais não bastavam as explicações dos estudos fonológicos. Como dois casos em que a aquisição de líquidas estava completa, mas a de fricativas não. Em um caso, estudado por aluna em trabalho de graduação (MORAES, 1997), a menina fazia a plosiva glotal no lugar das fricativas, e, em outro, do consultório, um menino plosivizava as fricativas, mas fazia líquidas (RAMOS, 2003). Esses exemplos falam da singularidade na aquisição da linguagem, que não obedece necessariamente às rotas de aquisição previstas em modelos fonológicos.

Nesse mesmo trabalho de 2003, abordei dois casos de plosivização idênticos, mas com evoluções distintas, a partir da minha intervenção. Nesses casos, a exemplo do caso de Érika, eu conseguia uma compreensão dos sintomas por meio da teoria psicanalítica, mas não conseguia

19 Irene Marchesan, uma grande fonoaudióloga da especialidade de motricidade orofacial, sempre afirma que dar exercícios é diferente de ser terapeuta.

sistematizar em uma abordagem de linguagem essa combinação singular dos casos. Isso porque a teoria gerativista não oferecia reflexões sobre o singular. Ela me provia de hierarquias de aquisição da língua com as quais minha reflexão alcançava a etapa evolutiva da criança na aquisição fonológica, mas não como mobilizar a criança para se movimentar de uma etapa a outra. Quando a criança estava pronta emocionalmente para evoluir, esses conhecimentos do gerativismo eram muito úteis (e ainda são), mas, quando as crianças tinham aspectos familiares envolvidos (e quase sempre há esses aspectos), eu necessitava de um exterior teórico à teoria de linguagem: no caso, a psicanálise.

Os modelos de terapia desenvolvidos a partir da Fonologia Clínica, na realidade norte-americana, acabaram por ganhar aportes pedagógicos comportamentais, ou seja, o ensino de aspectos fonológicos se dava pela imitação e reforço de estímulos, o que de modo algum combinava com a ideia de potência do sujeito, presente no inatismo e na psicanálise. Por isso, embora eu fizesse escolhas fonologicamente direcionadas, ou seja, eu utilizava os princípios fonológicos para escolher os fonemas a tratar, a abordagem com as crianças era totalmente distinta dos modelos formatados. Então, meu problema não era com alguns ensinamentos do gerativismo, mas como eles se transformavam na fonologia clínica: ensino de regras gramaticais via repetição para as crianças. A posição passiva das crianças nas terapias não combinava com o requisito principal a meu ver: o desejar ou não de falar melhor. Ainda hoje, esse requisito sequer é abordado na maior parte dos relatos científicos em fonologia clínica. Quando vista na clínica por terapeutas mais sensíveis, fica como um extra, não integrando os relatos clínicos se a perspectiva for comportamental com princípios da fonologia²⁰.

Cabe ressaltar que os conhecimentos adquiridos a partir da teoria gerativa formal e do domínio de hierarquias fonético-fonológicas auxiliaram a tomar decisões no momento de desequilibrar as crianças para o avanço nos distintos níveis linguísticos, como publicamos no caso Emílio (SOUZA, DEWES, MORO, 2009), em que o conhecimento

20 Alguns fonoaudiólogos acreditam que o que não é o exercício de treinamento de fala não é fonoaudiológico. Seria uma espécie de percalço para chegar ao objeto da fonoaudiologia: a fala/ linguagem sem erros, sem patologia. No entanto, já no gerativismo, há críticas que colocam em cheque uma abordagem puramente comportamentalista, pois, nesta teoria, o falante é ativo e criativo pelo mecanismo que a gramática universal lhe permite.

das hierarquias silábica e segmental permitiu auxiliar um menino com severa apraxia de fala a ampliar o vocabulário.

Como fonoaudióloga, ainda importa ressaltar que o conhecimento de modelos neuropsicológicos de memória e percepção foram importantes para pensar as rupturas na linguagem de meus pacientes. Isso pode ser visualizado no caso de Santos (1998) (Caso Rui), em que analisamos um sintoma anômico em uma criança com atraso na aquisição da linguagem que chegou à clínica-escola onde eu exercia a docência na época. No entanto, tanto no caso Rui quanto no caso Emílio, a seguir relatados, a sequência do que foi realizado em linguagem, principalmente o manejo da motivação de Emílio e das questões de base familiar de Rui, demandaram outros conhecimentos, além dos linguísticos, sobretudo uma abordagem do psiquismo, que só vim a compreender melhor teoricamente após meu contato com a psicanálise, com o interacionismo brasileiro e com a enunciação.

2.1 A IMPORTÂNCIA DE MODELOS DE DESEMPENHO NO CASO RUI

Tratava-se de um menino, Rui, de 4 anos e 4 meses, que eu acolhi, encaminhado pelo setor de psicologia da clínica-escola da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), cujo atendimento serviu como tema do trabalho de conclusão de Dianer Santos (SANTOS, 1998). A fala da supervisora de Psicologia foi de que, apesar de resolvida a simbiose do menino com a mãe, ele apresentava ainda o atraso de linguagem. Havia, portanto, a hipótese de que, uma vez concluído o processo de separação da mãe, Rui iria falar, já que se subjetivaria para tanto.

Muitos casos na clínica de linguagem, como o de Rui, evidenciam que não é possível abordar o sintoma de linguagem como uma relação de causa-efeito entre psiquismo e linguagem. Na maior parte das vezes, o sintoma de linguagem é multifatorial e adquire contornos muito singulares, cujos estudos estatísticos, comuns na Fonoaudiologia e na Medicina, não podem indicar senão tendências.

Na época em que orientei este caso, quase não havia, na literatura brasileira, uma abordagem dos chamados distúrbios específicos de linguagem (DEL) ou transtornos do desenvolvimento da linguagem

(TDL), tema que passou a ser mais frequentemente contemplado a partir dos anos 2000, conforme revisão de Crestani et al. (2013). Eles já eram abordados em trabalhos clássicos desde a década de 80, na literatura internacional, inclusive com descrição de subtipos (SCHWARTZ, LEONARD, 1985; GATHERCOLE, 1993; SCHWARTZ, 1992, 1995). A leitura dos subtipos fez-me direcionar o trabalho de Dianer para uma leitura neuropsicológica em que o subtipo anômico parecia ser o caso de Rui (em inglês *Word Finding Problems - WFP*) (GATHERCOLE, 1993; WRIGHT et al., 1993), tendo em vista a quase ausência de relatos sobre o tema na literatura nacional.

Os problemas de tipo anômico ou *WFP* eram ressaltados como característica clínica comum ao DEL e poderiam estar relacionados, segundo trabalhos clássicos de Gathercole (1993) e Wright et al. (1993), a uma representação semântica incompleta ou à codificação fonológica alterada. Wright et al (op.cit), ao analisarem o caso de uma criança de seis anos com dificuldades de encontrar vocabulário, no qual surgem tanto transtornos semânticos como fonológicos, concluíram que erros inconsistentes em distintos níveis linguísticos e a subespecificação semântica podem ter uma relação interativa com a instabilidade fonológica, sendo a sua causa ou a consequência, o que é evidência para a ideia de transversalidade de níveis linguísticos na avaliação que será abordada no quarto capítulo (cf. a seguir).

O caso de Rui evidenciou aspectos clínicos muito além da anomia. Ele me fez ver a limitação da abordagem teórica em linguagem para explicar os fenômenos clínicos e também para sustentar o meu discurso como docente. Era preciso ensinar ao estudante que escutar a família não é fazer uso exclusivo da Psicologia, mas que faz parte do fazer fonoaudiológico. Essa constatação ficou mais evidente e central na clínica de bebês, já que essa clínica é necessariamente familiar.

No primeiro atendimento que realizei com Rui, ele escolheu uma atividade lúdica com brinquedos temáticos (casinha e transportes) e pude perceber que ele não conseguia fixar novo vocabulário, apesar de poder combinar alguns sintagmas e de ter o desejo de interagir verbalmente com o alocutário²¹. Então, de um ponto de vista gerativista,

21 Alocutário é o termo designado para o TU no discurso, ou seja, aquele para quem o locutor (o EU- o falante) endereça seu enunciado. Portanto, seria o ouvinte em um diálogo.

era possível ver que a aquisição fonológica, morfológica e sintática era menos comprometida do que a aquisição lexical. Essa dificuldade era percebida pela mãe como “uma fala enrolada que tinha como efeito a dificuldade de se enturmar na escola”.

A família de Rui era composta pelo pai, de 32 anos, segundo grau completo, mecânico de manutenção; a mãe, de 24 anos, segundo grau completo e telefonista (não exercia a profissão desde o nascimento de Rui); e o irmão mais velho de Rui, que tinha cinco anos.

Segundo a mãe, a gravidez não foi desejada, contudo, para o pai, foi ainda mais difícil de aceitá-la. Teve ameaça de aborto no terceiro mês. Fez tratamento pré-natal que não detectou outras intercorrências clínicas. Rui nasceu por cesariana e apresentou circular de cordão, tendo seus batimentos cardíacos reduzidos, seu Apgar foi 8 no primeiro minuto. Considerando aspectos mais diretamente relacionados à oralidade e ao corpo, de um ponto de vista geral, a transição alimentar para pastosos e sólidos foi adequada, e o aleitamento materno foi breve. Apresentava hábitos orais viciosos como o uso da chupeta e a onicofagia, o que dava aspecto alterado em termos de morfologia orofacial (mordida aberta anterior e interposição lingual entre os dentes incisivos superiores e anteriores em repouso), evidenciando uma respiração mista (nasal e oral). A mãe observava respiração oral, ronco e baba durante a noite. A evolução psicomotora e controle de esfíncteres estiveram dentro dos padrões típicos.

Por volta de um ano, disse as primeiras palavras, que foram: guigui (irmão), tata (tia), papai e nhãnhã, não apresentando evolução na aquisição até os três anos. Após essa idade, sempre evidenciou uma fala ininteligível para a família, às vezes, até para a mãe. Para os terapeutas, ao início da intervenção, sua fala era compreensível. O sono era tranquilo, mas com um ano teve episódios de sonambulismo que não se repetiram mais. Ele dormiu até quatro anos no quarto dos pais, o que se interrompeu com a intervenção psicológica.

Em termos de hábitos de lazer e socialização, Rui apresentava muita dificuldade de brincar com outras crianças da rua. Brincava apenas com o irmão, assistia televisão e andava de bicicleta. A mãe o considerava muito medroso, retraído, dependente do irmão, impaciente e com crises de choro frequentes. Quando não era entendido, ficava irritado, agitado e não repetia sua fala, demonstrando atitudes desde o isolamento até reações de raiva quando isso ocorria.

Considerando as avaliações complementares, observei, na avaliação otorrinolaringológica, que Rui apresentava obstrução nasal, associada a otites e sinusites de repetição, com diagnóstico de hipertrofia de adenoides e otite média secretora bilateral, confirmada em exames audiológicos. Tais problemas foram sanados com adenoidectomia e timpanotomia para colocação de tubo de ventilação no mesmo ano.

A avaliação neurológica não permitiu resultados conclusivos, pois os pais não realizaram os exames solicitados, embora não fora detectada qualquer alteração lesional evidente. Também a avaliação do processamento auditivo central não foi concluída por falta de colaboração de Rui para responder aos testes, já que, na época, ainda não estavam presentes na realidade da clínica-escola as avaliações eletrofisiológicas de que dispomos hoje.

Na avaliação fonoaudiológica, realizada durante interação com a terapeuta no brincar livre, observei boa compreensão de frases, embora Rui não apresentasse concentração para escutar uma narrativa. Sua fala apresentava construções sintáticas básicas esperadas para sua faixa etária (extensão média de enunciados²² compatível com 3,31 morfemas com idade linguística de três anos). Ele possuía bom domínio sintático e morfológico, e suas limitações fonológicas se restringiam a estruturas mais complexas da língua, cuja ausência era esperada para sua idade cronológica. No aspecto lexical, existia um grande uso de pronomes demonstrativos e oblíquos, sobretudo expressões neutras, como “isso aqui”; “esse aqui”, “essa coisa” que preenchiam a ausência de itens lexicais variados, sobretudo substantivos em seu léxico. Isso se refletia em uma relação de *types* e *tokens* bem abaixo do esperado para sua faixa etária (60 tipos lexicais)²³, inclusive com menos substantivos (16) do que verbos (20), o que contraria o conhecido viés nominal na aquisição do português brasileiro (VIDOR, 2008).

22 A contagem de extensão média de enunciados seguiu regras propostas em SIMÕES, Perroni C. **Aspectos da Gramática portuguesa aos Dois Anos de Idade**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Unicamp, 1997 cujos padrões foram estabelecidos em Fensetenseifer e Ramos (2003).

23 A medida de *types* e *tokens* pode ter dois subtipos: o total de tipos de palavras ditas (*types*) e o total de palavras ditas (*tokens*) em sessão de 45 minutos de diálogo e o segmentar cujas mesmas medidas são calculadas em 50 enunciados. Para revisão, veja trabalhos de Scherer (2002,2011). Na época, não questionava se o status categorial das palavras para as crianças era ou não idêntico ao atribuído por mim.

Assim, a análise do domínio da língua demonstrava que, embora tivesse domínio dos níveis sintático, morfológico e fonológico compatível com o de uma criança em início da aquisição sintática, as habilidades lexicais estavam aquém do esperado para sua faixa etária, o que, em termos psicolinguísticos clássicos, era identificado como anomia. Isso ocasionava uma dependência discursiva do alocutário, que deveria esforçar-se para estabelecer a correferência com Rui.

Tal problema era predominantemente relacionado ao armazenamento lexical, já que, ao início da terapia, pistas fonológicas (enunciação da primeira sílaba) não auxiliavam no acesso lexical, e também havia grave dificuldade de memorização de uma nova palavra, visto que Rui demorava de 29 a 65 vezes para memorizar um novo item lexical ouvido. Após a intervenção terapêutica, esse número de apresentações reduziu para 12 a 14 vezes. Embora esse número estivesse abaixo do esperado para uma criança de quase 5 anos – normalmente previsto em torno de duas a três apresentações segundo Barret (1997) –, houve melhora importante depois da terapia. Essa dificuldade de memória foi ressaltada pela mãe como sendo um problema da família materna.

Considerando o diálogo entre Rui e os pais, foi possível observar que a mãe adotava uma postura de complementar os enunciados do filho sem significativas extensões, com poucas ofertas de itens lexicais e baixo número de conexões verbais. O pai assumia uma postura de perguntar o nome dos objetos para Rui, que induzia o menino a falar mais, mas com pouca qualidade em termos de diálogo. Assim, enquanto a mãe parecia proteger Rui de sua dificuldade, sem lançar nenhum desafio sobre o processo de nomeação, o pai incomodava-se com isso a ponto de testar Rui e desafiá-lo a dizer os nomes de modo muito direto. A terapeuta adotou uma abordagem distinta, em que o ato de nomear emergisse naturalmente do brincar, por um desejo de estabelecer um diálogo.

Ela até tentou utilizar algumas propostas terapêuticas descritas na literatura anglo-saxônica, como dar explicações semânticas dos objetos ou mesmo tentar repetir mais vezes o nome dos objetos. No entanto, no percurso terapêutico, isso se tornou enfadonho e inviável, sobretudo as pistas semânticas. Adotou, a partir da minha orientação, uma postura livre no brincar, mas sempre tendo em mente a necessidade de que Rui mobilizasse sua memória para nomear, sem forçá-lo, mas induzindo,

por meio de brincadeiras, que isso viesse à tona, ou seja, estratégias naturalistas. Por exemplo, em uma brincadeira com objetos da casa e animais, brincavam de esconder um deles e o parceiro, que ficava de olhos fechados, tinha de adivinhar qual o item escondido, depois de haver uma familiarização naturalística com os nomes dos objetos expostos. Rui adorava esse jogo e, a partir dele, passou a perguntar mais o nome dos objetos. Nas transcrições das sessões, era comum que Rui enunciasse repetidamente: O que é isso? Dianer prontamente nomeava e Rui passou a fazer um exercício natural de memória.

A estratégia utilizada pela fonoaudióloga Dianer, desde o princípio da terapia, foi recortar o enunciado, repetindo o dizer do menino e acrescentando o nome do referente envolvido na brincadeira, estratégia que passou a ser utilizada também pelo menino. O recorte sobre a forma fonológica dos itens lexicais marcados em terapia não foi realizado, em termos de precisão, por Rui não necessitar de tal estratégia de apropriação, mas foi favorecido o espelhamento de itens lexicais por uso de prosódia rica e adequada ao contexto de interlocução, o que a literatura clássica chama de *scaffolding* (YUILL; LITTLE, 2018), ou seja, uma sustentação do diálogo servindo de apoio para que a criança possa, a partir do domínio linguístico que possui, mover-se para uma zona proximal de aquisição da linguagem atingindo o próximo passo na hierarquia de aquisição. Tratava-se, portanto, de um modelo interativo de terapêutica e não de uma abordagem diretiva (COLE; DALE, 1986).

Os campos semânticos abordados estiveram sempre relacionados aos temas de interesse de Rui. Gradativamente eles iam ficando mais complexos em termos de precisão lexical demandada durante o diálogo. Por exemplo, como Rui adorava animais, iniciamos as tentativas de memorização do léxico de nomes bem distintos em termos taxonômicos como cachorro, gato, boi, cavalo. Com a memorização crescente, a organização taxonômica ficou mais exigente como tigre, onça, pantera, leão, enfim animais que diferem por poucas características.

Naquele momento, como orientadora do caso, emergiu outra questão importante que foi: o que fazer com o funcionamento observado em família?

Como a filmagem com a família foi realizada no meio do processo terapêutico, os resultados encontrados não foram utilizados para propor uma intervenção conjunta com os pais, ou mesmo entrevistas

continuadas com eles, pois não se vislumbrava como isso seria papel do fonoaudiólogo. Filmar os pais com a criança e analisar o diálogo era um procedimento totalmente novo, considerando a perspectiva de linguagem que eu dominava. Dessa ação emergiram novas demandas que foram mobilizadas em outros casos que se seguiram.

Ressalto que, ao pensar nesse cuidado com a dinâmica familiar, não estou assumindo que os distúrbios derivam de problemas familiares unicamente. Ao contrário, observo que os distúrbios de linguagem apresentam, na maior parte das vezes, questões de predisposição genética que levam a dificuldades de processamento da linguagem. No entanto, é fundamental considerar como tais rupturas linguísticas no funcionamento de linguagem das crianças são recebidas ou até reforçadas no ambiente familiar em função do sofrimento que causam e de outros sofrimentos já existentes no histórico familiar, que não possuem relação com os distúrbios de linguagem infantil.

Por isso, afirmo que o encaminhamento ao profissional *psi* transcende a relação com o distúrbio em si e deve ser feito em todos os casos em que se percebe que possa funcionar como um atalho para a diminuição do sofrimento familiar, em geral pouco visível a partir do distúrbio da criança. Isso implica dizer que não se sugere a uma família que busque uma intervenção *psi* apenas porque aspectos da esfera psíquica incidem sobre o distúrbio de linguagem do filho. O fonoaudiólogo deve preocupar-se com a integralidade no cuidado e ter um olhar sensível à criança e sua família como um todo.

Finalizando esse relato do caso de Rui, posso dizer que o que considero uma teoria *clássica* de linguagem contribuiu muito para refletir sobre os obstáculos enfrentados por ele no domínio gramatical, mas não conseguiu dar conta de como isso toma uma forma muito singular, caso a caso, tendo em vista que o diálogo com as pessoas próximas apresentava efeitos importantes nas produções de Rui (algo que se viu em Érika). Foi, no entanto, clara a contribuição de teorias de desempenho, em especial de origem neuropsicológica, para pensar a anomia no caso. Se eu não tivesse acessado textos sobre *working finding problems*, eu talvez não pudesse compreender as limitações funcionais cerebrais de Rui.

Portanto, logo após o estudo do caso de Rui, senti a necessidade de buscar teorias que tomassem o diálogo e o lúdico como focos da intervenção. Ao conhecer a teoria interacionista brasileira, proposta pela

linguista brasileira Cláudia de Lemos (1989, 1992) e seu grupo de pesquisa, e estudos sobre constituição psíquica na teoria psicanalítica, pude compreender melhor que a direção do tratamento de Rui teve em sua maior parte passou por influências de uma posição ética da terapeuta que estava muito além das informações oferecidas pela abordagem neuropsicológica, utilizada para a compreensão do sintoma anômico. Ela levava em conta um sujeito se constituindo e constituído na linguagem. Isso fez toda a diferença, embora não pudéssemos enunciar isso à época.

Isso já fez com que o caso de Emílio, a seguir descrito, fosse uma transição entre uma teoria e outra, mas no qual o gerativismo teve um peso grande na reflexão fonológica em função da apraxia de fala.

2.2 CASO EMÍLIO: APORTES GERATIVISTAS EM UMA INTERVENÇÃO VIA DIÁLOGO

O caso Emílio foi atendido pela Fonoaudióloga Cristiane Dewes, em estágio supervisionado em Fonoaudiologia também na ULBRA, no início da década de 2000, e publicado por nós, com auxílio de Michele Moro, em 2009 (SOUZA, DEWES e MORO, 2009). Após um ano de intervenção com orientações na direção de diminuir a infantilização de Emílio por sua mãe, ele não havia avançado na fala, o que fez Cristiane solicitar minha orientação por perceber que havia algo novo para ser explorado no caso.

O meu acompanhamento desse caso iniciou quando Emílio estava com dois anos e nove meses e encerrou quando ele tinha oito anos de idade. Uma síntese completa do caso está publicada em Souza, Dewes e Moro (2009). Aqui serão reproduzidos alguns aspectos pertinentes à reflexão que desejo fazer no livro. Cabe ressaltar que a terapia na primeira fase teve uma abordagem que se deu pelo brincar com ancoragem no diálogo para tentar fazer evoluir a fala de Emílio, com aportes da fonologia para pensar suas questões práxicas²⁴.

24 Embora Emílio apresentasse todas as características de apraxia de fala, na época também chamada de dispraxia verbal, não havia testes diagnósticos validados para o português brasileiro, nem novos olhares nosográficos como o de Shriberg et al. (2017), para que pudéssemos afirmar o diagnóstico por testagens.

Entre as principais características das produções verbais de Emílio, ao início da terapia, estavam o fato de ele só produzir duas consoantes (/t/ e /d/) na estrutura CV, reduplicadas com acento final, por exemplo: seu apelido [du'du], [daday] para papai, [di'di] para mamãe. Sua aquisição lexical era lenta, difícil e com pequena evolução. Sua compreensão de linguagem, brincar e relação com a terapeuta eram excelentes, mas a fala não evoluía.

Ao início da terapia, não olhava para a boca da terapeuta embora a buscasse para brincar e gostasse de sua companhia, fugia de qualquer imitação oral, preferindo se comunicar por gestos ou desistir da conversação. Isso era muito evidente durante brincadeira de telefonar. Emílio adorava dois telefones no formato de elefante, que se movimentavam como carro. Pegava um e andava pela sala. A terapeuta então tentava simular um telefonema com o outro. Ele atendia ao primeiro 'trim', dizia 'oi' e, diante da primeira pergunta, desligava, pois se dava conta de que não poderia falar. A terapeuta insistia, com perguntas cujas respostas ele poderia responder com palavras já existentes em seu léxico e, ao final, ela inseria algo novo. Com isso, foi acostumando ao diálogo telefônico, cena na qual é preciso falar.

Observando as manifestações de Emílio nos vídeos de sessão, percebi que apresentava uma métrica fonológica que impedia a explosão de vocabulário porque não era capaz de produzir paroxítonas. Ele produzia a estrutura acentual oxítone ou pé iâmbico (w s)²⁵ não criava o *template* (molde) para a produção de paroxítona e, com isso, ele não expandia o vocabulário, já que 70% das palavras do português brasileiro, sobretudo no vocabulário infantil, eram paroxítonas. Esse fato é bem explanado na teoria fonológica gerativista.

Considerando os brinquedos preferidos por Emílio, notei que o item lexical 'carro' seria um bom eleito para tentar auxiliar o menino para mapear a primeira palavra paroxítona, com acento distinto ao que conhecia, o acento denominado de pé troqueado (s w)²⁶. Assim, Cristiane insistiu no mapeamento do item "carro" durante a brincadeira, convidando Emílio a olhar para a sua boca, alongando a primeira vogal em prosódia clara de modo que o menino construísse a praxia da

25 W=week=fraco ou átono/s=Strong=forte ou tônico

26 S= Strong= forte, W= weak=fraco

paroxítona, pois, em seu caso, não era a dificuldade com a coordenação entre consoante vogal que estava afetada (CV), mas entre duas sílabas com a primeira sendo mais longa (o traço de tonicidade). Neste caso, uma abordagem silábica ou segmental de tipo *bottom up* não seria tão efetiva quanto a organização da palavra (*top down*).

O modo como isso era feito é que diferiu de abordagens comportamentais de treinamento do segmento isolado, visto que se dava durante a brincadeira em que Cristiane marcava a palavra ‘carro’, repetindo e pedindo que Emílio olhasse para sua boca, quando ele, por exemplo, indicava o desejo de brincar com o objeto. Em cerca de um mês, conseguiu mapear [‘kau] para ‘carro’ e seu vocabulário explodiu, embora com a quase impossibilidade de alternar pontos, já que o item “cabelo”, por exemplo, era produzido como [ka’keku].

O fato, no entanto, de conseguir produzir paroxítonas permitiu a ampliação de sua produção em termos de variabilidade lexical que, no primeiro ano, era de 31 *types* (tipos distintos de palavras) para 62 *tokens* (número total de palavras ditas), no segundo ano de 88 *types* para 288 *tokens* e no terceiro de 150 *types* e 355 *tokens* em 45 minutos de filmagem. A extensão média de enunciado também se modificou de 1,31 morfemas para 3,6 morfemas em sua melhor medição, ou seja, passou a ter extensão média de enunciado compatível com três anos e seis meses quando estava com quatro anos de idade, mas a diversidade vocabular ainda era pequena e relacionada com as limitações práxicas. Isso porque oscilava muito sua articulação (variabilidade articulatória), o que possivelmente dificultava a memória tanto no armazenamento quanto no acesso ao item lexical para novas produções.

A ampliação do vocabulário seguiu seu curso até que Emílio estivesse falando praticamente tudo, mas sem condições de inteligibilidade, pois a preferência por um som era a tônica em enunciados com mais de três morfemas e em palavras com três ou mais sílabas. Assim, nosso próximo objetivo foi a alternância de ponto nas plosivas durante o diálogo por meio da repetição do dizer de Emílio, o que à época, já a partir de leituras interacionistas, nomeamos de espelhamento. Reproduzo o diálogo dele com a terapeuta e com a mãe para observarmos como ambas ancoravam seus progressos nesse período em que o objetivo era utilizar a alternância de ponto utilizando as consoantes plosivas já dominadas por ele.

Quadro 1- Terapeuta e Emílio brincando com a casinha

Terapeuta	Emílio
1. Vamos vê se eu consigo arrumar a porta da casa. Quem será que estragou? O papai será?	2. Não ota
3. A visita?	4. É a dodit'a
5. A visita. Eu coloquei assim para não cair tá? ((arrumando a porta))	6. Tá bom. Ei to pé da dide'ta oia.
7. Tu quer que eu coloco o pezinho na bicicleta?	8. Sim. Do pé da dode'da oio.
9. Vê se tu acha dentro da casa o pezinho	10. Não o dede'doni (telefone).

Fonte: Souza, Dewes e Moro (2009)

Nas linhas 4 e 6, aparecem ainda a alteração de acento (visita como [dodit'a] e bicicleta como [dide'ta]), mas telefone é feito como paroxítona (dede'doni). Nesses exemplos, a preferência pelas consoantes /t/ e /d/ é marcante, observando que são palavras com três ou quatro sílabas, mas que, nas palavras monossilábicas, já aparecem as nasais e plosivas labiais (“não” nas linhas 2 e 10, “bom” na linha 6, e “pé” nas linhas 6 e 8). Algo semelhante pode ser visto no diálogo com a mãe, no qual ela desenha e ele acompanha sentado na mesa, direcionando o que quer que ela desenhe.

Quadro 2 - Emílio e sua mãe desenhando e conversando

Mãe	Emílio
	1. Não tim (não assim)
2. As antenas	3. A an'teas
4. Que nem a nossa tem antenas e o que mais?	5. Doa'dou o 'dido (faltou o vidro)
6. A o vidro onde aparece a imagem. E os botãozinho né?	7. O botãoinho. E da...
8. Pronto desenhamos a TV. O que mais a gente pode escrever.	9. A'doa 'pode se um 'nodu (agora pode ser um ônibus)
10. Um ônibus grande.	

Fonte: Souza, Dewes e Moro (2009)

Observamos que a mãe retornava sempre à fala de Emílio, tentando dar um *feed back* que, ao mesmo tempo, servia para ver se compreendera seus pedidos e também como forma de retorno correto de sua fala. Na linha 3, a palavra “antenas” já começa a ser produzida inclusive com a fricativa final /s/, fricativa que também aparece na linha 9, na palavra “ser”, produzida como [se]. Ainda que boa parte das palavras tenham a produção com a consoante /d/, como observado no enunciado da linha 5, já há alguma alternância de ponto como em ‘botãozinho’ (linha 7) e ‘podé’ na linha 9. Também paroxítonas são presentes e estáveis em todas as produções que não apresentaram mudança de acento nesse diálogo.

Com essas produções e com o fato de Emílio estar instalado no período sintático, após encerramento do trabalho de Cristiane, as demais terapeutas que a sucederam no caso começaram a intensificar tentativas de aprimoramento mais direto de algumas consoantes, por exemplo, as fricativas até os cinco anos, mantendo o foco na ampliação da alternância do ponto e repetição do dizer de Emílio.

Orientamos a mãe, depois da visualização de toda a gravação da qual extraímos o diálogo do Quadro 2, de que precisava marcar para Emílio quando não entendia algo dito por ele. A compreensão da fala de Emílio por parte dela se dava em 90% das situações, mas, quando não compreendia, a mãe não indicava para ele. Víamos que isso seria fundamental para ele se abrir para o aprimoramento da sua produção de fala, ou seja, considerar o alocutário. Como essa abertura não se deu por falta de consciência do próprio distúrbio (Emílio negava ser ele ao se ouvir no gravador), trabalhamos a habilidade narrativa dos quatro aos cinco anos.

Quando ele entrou na pré-escola aos cinco anos, após um mês de aula, chegou na sessão dizendo que não queria ir mais na escola porque ninguém entendia o que ele falava. Retomei com ele então as tentativas que havíamos feito para ensinar os sons que ele não sabia e lhe mostrei novamente a gravação que ele disse não ser ele. A partir daí aceitou um trabalho articulatório mais sistemático.

Assim, de março de 2004 a dezembro de 2005, trabalhamos oposições entre fricativas e líquidas laterais e não laterais, a líquida não lateral alveolar nas distintas posições (coda final e medial, *onset* medial e *onset* complexo inicial) até que o sistema de fricativas e líquidas fosse adquirido por Emílio.

Paralelamente, seguimos trabalhando leitura e escrita, sobretudo a produção de textos orais nos anos de 2005 (Emílio tinha sete anos) e escritos em 2006, quando Emílio recebeu alta aos oito anos de idade, sem nenhuma sequela da apraxia de fala. Nessa época, ele era capaz de produzir redações de duas páginas na segunda série (hoje terceiro ano). A seguir, reproduzo a narrativa oral sobre Pinóquio feita por ele quando estava com sete anos, em 2005 (SOUZA, DEWES, MORO, 2009, p. 84):

“Eia uma vez um velho capintio que estava sozinho e montou um boneco de madeira. Ele botou o nome de boneco Pinóquio. E daí ele se supeendeu quando ele quando ele viu que o Pinóquio tinha uma vida. Daí compou cadeno, lápis, caneta, e botou na escola. Daí quando ele passava no caminho da escola ele viu um ciuco (circo) e como ele não tinha dinheo pa entada ele vendu seu cadeno. Depois ele saiu do cico (circo) ganhou moedas de ouo do caa (cara) do cico e depois foi seguido pou (por) dois malandos que roubaam as moedas de ouo dele. E chateado pou tei desobedecido o pai dele estava pocuando pou ele e foi engolido po uma baleia. Depois ele foi ao ma (mar) tenta salva o pai dele. Ele foi engolido pela baleia também. Aí quando a baleia abiu a boca os dois fugiam. Gepeto e Pinóquio voltam paa casa e Pinóquio pediu desculpas po te desobedecido seu pai e daí eles viveam felizes paa sempe.”

Observa-se que se trata de uma narrativa com todos os elementos da árvore narrativa (equilíbrio, desequilíbrio, resolução e desfecho) e que, embora Emílio tenha esquecido a situação do fogo na boca da baleia, ele conseguiu articular, em sua narrativa, os elementos principais da história. Também fica claro que ele conseguiu produzir todas as consoantes exceto o rótico alveolar (/r/), que foi o trabalho final em sua produção articulatória antes da alta.

Foi um longo caminho o da terapia de Emílio, que permitiu algumas reflexões importantes sobre as teorias de linguagem. A primeira é de que a teoria gerativista foi fundamental em seu aparato descritivo para compreender a etapa produtiva inicial e a sequência do que deveria ser trabalhado para que ele, de modo crescente, pudesse evoluir na produção de fala e se tornar um falante no primeiro ano de terapia

em que passei a orientar o caso. A hipótese anterior foi de que havia uma infantilização de Emílio pela mãe e que, por isso, ele não falava ainda. De fato, a mãe ainda tinha a bolsa de bebê de Emílio que trazia as sessões. No entanto, em conversas com ela, pareceu-me que era mais uma reação ao fato de ele não falar do que a origem do problema.

Ela dizia que percebia que ele tinha um problema para desenvolver a fala desde o início de seu desenvolvimento quando o comparava com o irmão mais velho. Disse que fez menos sons quando bebê e que se engasgava muito para mamar, ou seja, sinais claros de apraxia de fala e oral já estavam presentes ao início de sua evolução. Segundo a mãe, foi um alívio quando eu dei o diagnóstico de apraxia de fala, pois ela sentiu que sua percepção não estava equivocada, e isso só foi possível a partir do conhecimento da teoria fonológica e também de modelos de produção de fala que eu havia estudado em 1996 para minha tese de doutorado.

Todos esses conhecimentos auxiliaram no caso, mas não foram suficientes para compreender e teorizar sobre as relações que se estabeleceram entre Emílio e seus parceiros de diálogo: a mãe e Cristiane. Na época, eu encarava o trabalho com o diálogo como forma usual com crianças pequenas durante a brincadeira, mas sobre a qual eu não tinha uma teorização. Era uma prática não teorizada dentro do fazer do fonoaudiólogo, ou seja, situações usuais da clínica, sem uma reflexão acerca delas.

No entanto, a percepção da limitação teórica para o manejo familiar no caso Rui, somada a esse fazer no caso Emílio, criaram uma abertura para outras teorias, sobretudo aquelas que me permitissem teorizar sobre as interações criança-família-terapeuta na clínica de linguagem. Isso permitiu um breve encontro com o interacionismo, que me fez assumir uma nova perspectiva na relação teoria-prática em minha clínica.

3. O BREVE ENCONTRO COM O INTERACIONISMO BRASILEIRO

A busca por propostas interacionistas de linguagem e o encontro, em especial com o interacionismo brasileiro, foi ocorrendo aos poucos e impulsionada pelos estudos psicanalíticos. A cada atendimento, percebia que as extensas descrições de hierarquias linguísticas que estudava no gerativismo, ou mesmo as explicações neuropsicológicas de processos mentais, não permitiam que eu pudesse formalizar como se dava o processo terapêutico. Dito de outro modo, eu conseguia uma descrição completa das ausências ou limitações gramaticais e processuais das crianças durante minhas avaliações a partir do gerativismo ou da neuropsicologia, mas não conseguia explicar como eu fazia uma terapia na qual esses domínios eram ampliados com base no diálogo durante a brincadeira, ou na experiência narrativa, entre outros gêneros textuais.

A partir da percepção de que a abordagem interativa (COLE; DALE, 1986) era o que funcionava em termos de trabalho fonoaudiológico, e do contato com estudos do interacionismo brasileiro de Cláudia de Lemos e Rosa Atié Figueira, busquei compreender melhor essa proposta teórica.

Como ressalta Cláudia de Lemos (1986), o termo interacionismo abriga posturas muito diversas, cujo aspecto comum está na ênfase à situação comunicativa ou “natural” em que a linguagem se apresenta para a criança.

Partindo de uma reflexão sobre a unidade de linguagem adotada por Lemos (1986 a), ela divide os interacionistas em três grupos:

- *The motherese hypothesis* (hipótese do manhês) – grupo que estuda a fala das mães dirigida às crianças com a ideia que esta fala facilita o processo de aquisição por suas características peculiares em trabalhos clássicos como de Snow(1986);

- Trabalhos que enfocam o período pré-linguístico, influenciados pela noção de atos de fala de John Searle, e que analisam como comportamentos não verbais embasam a emergência dos verbais nos bebês;

- Trabalhos que analisam as sequências interacionais entre a criança e o interlocutor familiar mais próximo, geralmente a mãe, representados no trabalho de Bruner (1975) e de Cláudia de Lemos (1981).

Podemos dizer, no entanto, que Cláudia de Lemos cria uma quarta vertente a partir da utilização do trabalho de Jakobson para analisar os processos metafóricos e metonímicos no funcionamento de linguagem em diálogos de mães e bebês (LEMOS, 1992), e, hoje, incorporando o sujeito em sua abordagem teórica, a partir de uma leitura psicanalítica de Saussure. O trabalho de Cláudia de Lemos evidenciou que “uma sintaxe dialógica precede uma sintaxe em nível do enunciado” (SILVA, 2007, p.100).

O contato com o interacionismo de um modo mais amplo e, especificamente com o interacionismo brasileiro, deu-se a partir de estudos nos cursos de mestrado e doutorado da PUCRS, visto que o acesso a tais autores e seus trabalhos ocorria nos encontros nacionais de aquisição da linguagem que eram espaços plurais do ponto de vista teórico. Esse contato se intensificou ao trabalhar na Universidade Tuiuti do Paraná²⁷ e conhecer o trabalho da clínica de linguagem realizado por colegas daquela instituição e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

Minhas primeiras leituras foram a partir do texto²⁸ de Cláudia de Lemos presente nos Anais do I Encontro Nacional de Aquisição da Linguagem na PUCRS – I ENAL, em 1989. Segui estudando outros textos do grupo do IEL²⁹ de Campinas, sobretudo os de Rosa Atié Figueira, Eleonor Albano e, principalmente, o texto de processos metafóricos e metonímicos, de Cláudia de Lemos, em 1992, cuja inspiração em Jakobson permitiu explicar como tais processos atuam na ancoragem que o adulto dá para que a criança possa operar tais processos na organização e reorganização de seu conhecimento gramatical.

27 Destaco debates profícuos com Ana Paula Berberian e Gisele Athayde Massi.

28 De Lemos, C. Uma abordagem sócio-construtivista da aquisição da linguagem. Anais I Encontro Nacional de Aquisição da Linguagem, PUCRS, 1989.

29 IEL- Instituto de estudos da Linguagem é local que reúne o grupo de Cláudia de Lemos na UNICAMP, entre outros pesquisadores de linguagem.

A partir da leitura do texto de Cláudia de Lemos em 1992, sobre processos metafóricos e metonímicos³⁰, eu orientei a dissertação de Rechia (2009), um estudo de seis casos, nos quais observamos a evolução terapêutica de crianças na faixa etária de 2 a 3 anos com queixa de atraso de linguagem e sinais de apraxia de fala tais como alterações na produção de vogais, restrições consonantais, variabilidade e tateio articulatorios, entre outros. Ao assumir o diálogo como unidade de avaliação e também terapêutica, em meio ao brincar livre, e incluir as mães e demais familiares no processo terapêutico, a terapeuta (RECHIA, 2009) pôde perceber uma evolução positiva das crianças e explicar, em meio a exemplo de cenas terapêuticas, como o diálogo com ela foi sustentando uma mudança no funcionamento de linguagem das crianças e na forma como as mães as sustentavam no diálogo (por meio do modelo dado pela terapeuta). Com a noção de operação dos processos metafóricos e metonímicos (cf. RECHIA, op.cit), pôde demonstrar que havia trechos com diálogo, e outros sem diálogo, o que incidia sobre os processos metonímicos e metafóricos, obstaculizando a construção do conhecimento linguístico pelas crianças e também a ocupação de um lugar como falante/ouvinte. Vejamos algumas vinhetas dos casos e exemplos de cenas.

O Caso de Maria, uma menina com três anos e oito meses quando foi levada à Unidade Básica de Saúde para avaliação fonoaudiológica, com queixa de falar pouco e muito errado. A mãe a protegia muito, dormia com os pais, usava fraldas e mamadeira. Sua fala era muito ininteligível, com extensa variabilidade articulatória e presença de apagamentos e assimilações de consoantes em grande quantidade. Ao início do tratamento, ela apresentava sialorreia. Era a filha mais velha do casal. A mãe tinha uma bebê de um ano. Maria foi encaminhada para o atendimento na clínica escola e entrou na pesquisa de Rechia (2009).

Observamos, na análise do diálogo entre Maria e sua mãe (Mãe de Maria), um desequilíbrio em que a mãe falava por ela, dando-lhe poucos turnos. Havia um excesso materno, que fez Maria solicitar à terapeuta que sua mãe sáisse da terapia. Vejamos uma cena inicial da terapia:

30 De Lemos, C. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, 1992; I (1):121-135.

Quadro 3 - Maria em Diálogo com a Mãe diante de um livro infantil

Mãe de Maria	Maria
1. Olha aqui ó Quase de Verdade ((mãe mostra um livro para a filha))	((criança observa livro))
2. Olha aqui quanto ovo. Olha aqui quebrou o ovo, a casquinha do ovo	((criança observa livro))
3. O que nasce do ovo?	4. Odio tebo e caiu (ovo quebrou e saiu ((referia-se ao pinto que saía do ovo na figura))
5. O ovo quebrou e caiu, mas o que aconteceu?	
6. Tu quer ouvir outra ((muda de história sem dar tempo de a menina responder))	

Fonte: Rechia (2009)

Observamos, na cena anterior, linha 4, que a apraxia de fala dificultava a Maria conseguir produzir a frase inteira (ação do processo sintagmático ou metonímico) e também no reconhecimento pela mãe da palavra “caiu” em lugar de “saiu”, o que demonstra um funcionamento, aos ouvidos do interlocutor, equivocado do ponto de vista da seleção metafórica. Ocorre que a ansiedade materna a fazia repetir a fala da filha e questioná-la sem se dar conta do que ela estava intencionando significar, que era a saída do pintinho do ovo. A ruptura na compreensão da tentativa de Maria pela mãe é seguida de outra ruptura em que a mãe propõe a troca de história na linha 6. De certo modo, pode-se dizer que o diálogo estava truncado e que Maria não possuía a sustentação necessária para que operassem os processos metafóricos e metonímicos de modo suficientemente bom para a construção de seu domínio gramatical. Ficava, no entanto, em aberto a questão de como movimentar e explicar esse funcionamento de linguagem de Maria e sua mãe, como um exterior teórico.

Rechia (2009) optou por fazer mais silêncio e escutar Maria, retornando o dito por ela cujo reconhecimento estivesse em dúvida, para que a menina confirmasse seu enunciado. Na evolução do caso, além do trabalho de Rechia (op.cit), Maria seguiu um tempo em atendimento grupal com outras duas terapeutas e finalizou seus atendimentos no

período de alfabetização com uma delas. No grupo, apresentava dificuldades em escutar as outras crianças, falava muito.

Mais adiante, na etapa de alfabetização, solicitei uma filmagem com Maria e a nova terapeuta para demonstrar aos alunos de disciplina teórica de linguagem escrita processos referentes à aquisição da linguagem escrita. A terapeuta perguntou ao início da filmagem por que Maria estava indo à fonoaudióloga e ela disse: ” Pá eu apende a escutá”. Essa fala marcou o fato de que Maria não se percebia como alguém que devesse aprender a falar, mas que necessitava ser mais atenta ao escutar, o que abre o sentido da escuta da menina feita por Inaê (RECHIA, 2009) e os trabalhos grupais e individuais que se seguiram nesta terapia.

Já em outro caso de Rechia (2009), percebemos uma maior diretividade materna rumo à correção da fala do menino José (três anos e um mês) trazido por sua mãe com queixa de que ele falava pouco e de modo muito ininteligível. A família era formada por José, sua mãe e seu pai, e duas irmãs mais velhas de nove e catorze anos. Embora José tivesse iniciado sua fala com um ano e seis meses, não evoluiu na aquisição fonológica, apresentando um inventário fonológico restrito, variabilidade articulatória extensa e dificuldades na produção de enunciados, com mais de um sintagma. Interessante trazer uma cena em que brincavam na barraca de bolinhas para pensar como se davam as tentativas de diálogo.

Quadro 4 - Diálogo de José e sua mãe

Mãe de José	José
1. Vamo brincar com esses aqui de montar as cor? Vamo? Essa que cor é? ((mostrando bolinhas da piscina de bolinhas))	((pega bolinhas))
	2. iuw (azul)
3. Ân? ((questiona mesmo tendo entendido))	
	4. iuw (azul) ((com ar desanimado))
5. Tira o dedo da boca e fala direito: -AZUL ((articula claro para o filho ver e irritada))	

Fonte: Rechia (2009), Souza e Flores (2013)

Na cena de José e sua mãe, não há diálogo, muito menos brincadeira. Na primeira avaliação, percebemos que a mãe estava ansiosa pela melhora na fala do filho e sem paciência em auxiliá-lo de modo a valorizar suas tentativas.

Novamente, a explicação oferecida por Rechia (2009), a partir do deslocamento da noção de processos metafóricos e metonímicos, foi de que não havia um diálogo que, por exemplo, produzisse mais combinações de sintagmas, e também que a forma diretiva com excessivo foco articulatório inibia José em tentar dialogar com sua mãe, o que era muito visível em sua expressão. Ele ia desistindo aos poucos de brincar com a mãe e falava cada vez menos.

Houve um único momento na transcrição da filmagem inicial da interação entre mãe e filho no qual ocorreu o diálogo entre ambos, quando surge a menção à cor verde e ele lembra que a casa do avô que está no hospital é verde. A mãe prontamente compreendeu o filho.

Para o progresso de José, inicialmente, ele precisou ficar a sós com a terapeuta para que pudesse desenvolver mais o diálogo. A irmã mais velha o acompanhou mais às terapias e, com ela, José demonstrou poder dialogar. A mãe, no entanto, apresentou dificuldades em promover o crescimento de José (tirá-lo da cama do casal, transitar do uso da mamadeira para o copo, levá-lo para a escola, entre outras ações que o mantinham infantilizado e dependente dela).

A explicação do que poderia, além das limitações da apraxia, estar na origem dessa forma de dialogar inicial das mães e da mudança após intervenção terapêutica, necessitou de um exterior teórico à linguagem, que buscamos na teoria lacaniana a partir da noção de funções materna e paterna, concluindo que havia dificuldade no processo de separação e construção da individualidade no caso de José.

Observamos, com certa frequência nos casos, o desejo de que o filho permanecesse em uma posição de bebê, alienado na relação com a mãe, e com limitações na operação da posição paterna. A forma como isso emergiu no diálogo entre mães e filhos nem sempre foi igual. A ansiedade materna frente às limitações apráxicas dos filhos, que limitavam suas produções orais, em geral, levou a dificuldades na sustentação do diálogo, fosse por meio de fala excessiva da mãe (caso Maria) ou diretiva (caso José) ou ainda por ausência de fala e um brincar extremamente silencioso presente em outro caso analisado por Rechia (2009).

Portanto, em todos os casos, o diálogo não sustentava adequadamente o funcionamento metafórico e metonímico, mas essa constatação não foi o suficiente para formular uma hipótese de funcionamento de linguagem (SURREAUX, 2006), conceito enunciativo que permitiria pensar a singularidade dos casos em relação ao sintoma de linguagem, ou seja, captar as distinções entre eles. Isso também foi observado no estudo de Moro (2010), que seguiu proposta similar à de Rechia (2009).

Portanto, havia uma singularidade da história de cada um e das demandas maternas em relação ao filho que eram visualizadas no diálogo e não podiam ser explicadas apenas por um deslocamento de conceitos, como os de processos metafóricos e metonímicos, em que pese sua relevância teórica e os avanços obtidos no olhar sobre aquisição a partir do trabalho de Cláudia de Lemos. Seria necessária uma teoria que abrangesse o sujeito na linguagem. Encontrei as bases para o fonoaudiólogo pensar a linguagem a partir de uma teoria linguística compatível com a visão psicanalítica de sujeito, na obra de Benveniste e nos deslocamentos dela que foram realizados para pensar a aquisição da linguagem e os distúrbios de linguagem pelo grupo de pesquisa do Dr. Valdir do Nascimento Flores.

4. A DESCOBERTA DO DIÁLOGO E DO SUJEITO NA LINGUAGEM NA PERSPECTIVA ENUNCIATIVA DE BENVENISTE

“É na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito; porque só a linguagem fundamenta a realidade na sua realidade que é do ser, o conceito de “ego”

Emile Benveniste

A partir da identificação dos propósitos que eu apresentava na minha prática clínica, senti a necessidade de buscar outra perspectiva teórica quando comecei a ler alguns trabalhos na perspectiva enunciativa, a partir de distintos autores.³¹

Identifiquei na teoria de Benveniste um grande potencial para deslocamento para a clínica dos distúrbios de linguagem e, de modo especial, para as situações de atraso na aquisição da linguagem em bebês a partir de alguns motivos. O primeiro foi a possibilidade de pensar o diálogo entre dois sujeitos como unidade de análise do funcionamento de linguagem, pois considera o princípio da intersubjetividade da linguagem. Outro foi a compatibilidade teórica com a psicanálise, sobretudo a de orientação lacaniana, na medida em que permite considerar o sujeito na linguagem de modo singular. Embora o foco deste livro não seja a constituição psíquica, a teoria psicanalítica atravessa meus atendimentos clínicos enquanto teoria de subjetividade. Por isso, a importância da teoria de linguagem escolhida ter uma afinidade epistemológica com a psicanálise.

Além de ler textos clássicos de Benveniste, encontrei, nas contribuições das teses de Surreaux (2006), Silva (2007) e de Cardoso (2010),

31 A grande maioria dos trabalhos estava inserida no grupo de pesquisa do Dr. Valdir do Nascimento Flores, com os quais tive contato em meu pós-doutoramento, em 2010.

fundamentos que me auxiliaram a pensar algumas questões clínicas com os bebês. Destaco que, de modo especial, a proposta de Silva (2007) para a aquisição da linguagem em uma perspectiva enunciativa permitiu refletir de modo amplo sobre a sustentação enunciativa no primeiro ano de vida, pois, embora a autora não abordasse dados do primeiro ano, ela criou dispositivos teóricos potentes para pensar esse período. Também o conceito de *hipótese de funcionamento de linguagem* de Surreaux (2006), incorporando os princípios de avaliação propostos por Cardoso (2010), foram fundamentais para pensar em hipóteses promissoras na clínica a partir do referencial benvenistiano. Entre as inúmeras contribuições desses trabalhos, destaco a ideia de que os distúrbios de linguagem não estão circunscritos a um nível de análise de linguagem (FLORES, 2009a). Por isso, nesse capítulo, tentarei, ao início, apresentar as primeiras leituras teóricas e seus efeitos na minha prática, para, a seguir, apresentar os princípios que considero relevantes na clínica com crianças pequenas e seus familiares em uma perspectiva enunciativa.

4.1 OS PRIMEIROS CONCEITOS TEÓRICOS A PARTIR DE BENVENISTE

O tema de apropriação da linguagem no processo de aquisição e na clínica dos distúrbios de linguagem permitiu que eu deslocasse alguns conceitos de Benveniste para meu raciocínio clínico e me deu acesso inicial a esse teórico em um trabalho realizado com o professor Valdir do Nascimento Flores (SOUZA e FLORES, 2013). Nesse trabalho, analisei o caso de José, estudado por Rechia (2009), já analisado no capítulo 3, na perspectiva interacionista.

Naquela análise de Souza e Flores (2013), propusemos que existe um processo apropriativo em curso quando o bebê ou criança pequena enuncia e é reconhecido pelo seu alocutário como um locutor ou falante da língua. Esse processo leva a criança à condição de sujeito³² na linguagem. Se ele não for reconhecido como falante da língua, isso

32 Não confundir com sujeito da psicanálise, embora ambos processos se deem em separado. Aqui, neste texto, é ao sujeito do discurso que me refiro, o sujeito que diz, que endereça enunciados ao ouvinte, sejam eles verbais ou não.

pode ter um efeito desapropriativo, como no caso de José (cf. cap.3, pg.32), em que o excesso de foco na correção articulatória, por parte da mãe, fazia que o menino não conseguisse atingir essa posição de sujeito na linguagem, durante o diálogo com sua mãe. Nas palavras de Benveniste, o princípio de apropriação pode ser definido como

“quando o indivíduo se apropria dela, a linguagem se torna em instâncias do discurso caracterizadas por esse sistema de referências internas cuja chave é o *eu*, e que define o indivíduo pela construção linguística particular de que ele se serve quando se enuncia como locutor” (BENVENISTE, 1956, P. 281).

O que compreendi, a partir da leitura desse princípio, na obra de Benveniste e não só na passagem citada, é que o processo de apropriação é uma atualização do sistema linguístico no plano discursivo, ou seja, o locutor, ao agenciar formas para construir sentidos em seu discurso, apropria-se da língua(gem) e se marca como sujeito na linguagem durante o diálogo. Demanda-se, assim, a presença de um EU que fala e um TU que escuta.

Ao analisar os diálogos de José (Cf.cap.3, pg.33) com sua mãe, é possível lembrar que não havia diálogo entre ele e sua mãe antes da terapia, mas um efeito desapropriativo para o menino, visto que a mãe, excessivamente preocupada pelo domínio da forma por ele, não conseguia deixar fluir a troca de sentidos, objetivo primeiro de um diálogo. A mãe não reconhecia José como locutor, pois, embora reconhecesse os signos produzidos por ele, buscava dirigir uma correção da forma, a exemplo dos dados trazidos por Aresi e Flores (2008) ao analisar o par pergunta e resposta em sessões fonoaudiológicas. Os autores observaram que não serviam como pedidos de informação, como usualmente uma interrogação pode ser, mas como estratégia de correção da forma fonológica produzida pelos sujeitos em terapia, levando, muitas vezes, à ruptura do diálogo.

No caso de José, agravava-se a situação porque ele possuía limitações práxicas que o colocavam em posição fragilizada enquanto locutor, e como estava em processo de aquisição da linguagem, a excessiva correção de sua fala pela mãe só o fazia desistir do diálogo e isso também lhe barrava o necessário exercício prático, que abrange a dialética

entre escutar a forma produzida pelo outro e compará-la a sua forma, criando a contradição necessária para se movimentar rumo a um aprimoramento da própria fala.

Esse parece ser o caminho natural de toda criança em aquisição da linguagem, que pode ser rompido quando ela demonstra fragilidades como locutor. Os pais, e mesmo profissionais de Fonoaudiologia muito focados na correção da forma, acabam por não perceber que a manutenção do diálogo permite que a criança se movimente para perceber as diferenças entre sua fala e a fala do outro se puder. Em um primeiro momento, deve ser fortalecida sua autopercepção como falante e sujeito na linguagem, com ampliação de sua participação no diálogo. Isso poderá trazer a autoconfiança necessária para um empenho na correção de formas, sobretudo quando se tem limites biológicos para tanto, como ocorre nas apraxias da fala ou patologias similares (SHRIBERG et al., 2017).

No diálogo com as crianças com apraxia ou atraso motor da fala, será necessária uma sustentação enunciativa maior do TU, já que as produções da criança irão oscilar mais e, em muitos momentos, serão incompreensíveis. Elas deverão retornar mais vezes na repetição do dizer do TU (o terapeuta e familiares) em relação à fala do EU (a criança) para que ela possa perceber³³ as diferenças. Além disso, o terapeuta poderá fornecer pistas visuais em sua articulação mais pausada e clara para que a criança as utilize como uma espécie de âncora articulatória. É possível utilizar pistas táteis, cinestésicas, visuais e prosódicas durante o diálogo e favorecer a aquisição de novas formas e sentidos, com produção fonológica crescentemente mais próxima à fala do adulto.

Destaco que, ainda que um distúrbio de linguagem se evidencie claramente na limitação para a construção de um nível linguístico, como a apraxia parece limitar o planejamento motor do nível fonológico, há repercussões em outros níveis (morfológico, sintático, semântico), pois a simplificação da forma por parte da criança poderá dificultar o estabelecimento da correferência por parte do seu alocutário e afetar a compreensão do enunciado infantil. Neste sentido, a

33 Aqui utilizo o termo perceber no sentido usual do processo de aquisição da linguagem. É uma percepção, muitas vezes, inconsciente ou pré-consciente que se dá de modo automático a favorecer o avanço da fala, mas que não necessariamente é consciente ou se estabelece na memória da criança, pois não nos lembramos de como aprendemos a falar corretamente.

avaliação e a intervenção em níveis isolados parecem-me estranhas. Em geral, preciso observar a criança em diálogo comigo e com os familiares para poder formular uma hipótese de funcionamento de linguagem (SURREAUX, 2006) que permitirá pensar a intervenção. Isso não quer dizer que o fonoaudiólogo deverá abrir mão de técnicas facilitadoras da produção de fonemas ou estruturas silábicas, mas elas devem ser inseridas no contexto de terapia quando adquirem um sentido para a criança e esse sentido é edificado no desejo de falar melhor com alguém que nos escute.

Por isso, as correções excessivamente focadas em um nível linguístico ou gramatical são uma espécie de ficção na terapêutica e podem resultar negativamente, gerando um silêncio de resistência (SURREAUX, 2000) e a ruptura no diálogo, pois a criança que tem algum percurso já desenvolvido no processo de constituição psíquica faz resistência ao excesso materno (caso de José) e do terapeuta quando insiste em abordagem de pura imitação, porque já experimentou a separação em alguma medida. Pode calar-se diante da mãe e preferir ficar sozinha com a terapeuta como observamos em casos atendidos por Rechia (2009).

Mesmo que a proposta terapêutica inicial da autora fosse a participação das mães, justamente para modificar o funcionamento de linguagem entre a criança e seu alocutário usual, as crianças inicialmente ficaram com Inaê para que depois as mães fossem reintroduzidas em alguns casos em que havia diretividade excessiva e até uma certa agressividade das mães.

Ocorreu no caso de Ermínio, já mencionado aqui como um caso em que a mãe era muito diretiva e focava a correção articulatória, e no caso de Maria, em que a mãe falava pela menina, e coube, na proposta terapêutica de Inaê, questionar e dar modelo à mãe para que repensasse a demanda de seu filho e compreendesse seus limites biológicos. Por isso, a saída da mãe ou sua substituta da sessão terapêutica, nos dois casos citados, pôde ser temporária, para, após a criança ser fortalecida em sua posição como locutor e avançar no domínio das relações entre formas e sentido, a mãe retornar à sessão. Em paralelo às sessões, nestes casos, a entrevista continuada (SOUZA et al, 2009) com as mães para alimentar uma reflexão sobre sua postura no diálogo foi fundamental.

Quando ocupo a posição de terapeuta, procuro fazer isso sem retirar a mãe da sala, pois acredito que, quanto antes eu puder confrontá-la com essa realidade, melhor será a evolução de seu filho na linguagem. Apenas em situações de muito estresse e impossibilidade psíquica da mãe, eu a retiro momentaneamente ou em definitivo da sala. Nesses casos, eu procuro um familiar que possa substituí-la e continuar a sustentar a criança no diálogo no ambiente familiar. Foi o que Inaê fez ao substituir a mãe de José por sua irmã mais velha, já que a mãe enviava o menino às sessões com a irmã (RECHIA, 2009).

Esse processo de apropriação depende tanto das condições do bebê ou criança pequena para ocupar o espaço de locutor quanto do familiar em reconhecer que ele ocupa esse espaço para sustentá-lo crescentemente na construção do conhecimento linguístico durante o diálogo. É por isso que Cardoso (2010) propôs o **princípio da intersubjetividade** como fundamental no processo de avaliação da linguagem nos distúrbios de linguagem, o que traz como principal consequência a necessidade de avaliar a linguagem em situação enunciativa usual, sobretudo no diálogo, visto que nele o locutor se marca de modo singular frente a seus alocutários.

A essa proposição de Cardoso (2010), gostaria de acrescentar, no âmbito da clínica com bebês e crianças pequenas, a avaliação com distintos alocutários usuais, pois pode haver uma oscilação no funcionamento de linguagem, e o terapeuta encontrará caminhos de intervenção a partir da compreensão da potencialidade linguística nas cenas observadas.

Uma avaliação desse tipo parece ser fundamental, dada a dependência discursiva inicial proposta por Silva (2007) no primeiro mecanismo enunciativo de aquisição da linguagem (conforme explicado adiante). O terapeuta também poderá compreender como essa posição discursiva infantil está sendo construída e o que ela evidencia sobre eventuais limitações biológicas (como com Emílio e Rui- cap2- e José -cap. 3) e/ou sofrimento psíquico como era claro nos casos de Rui e José.

Observamos, em algumas pesquisas e na clínica, que a criança pode ter uma posição de extrema dependência discursiva apresentando dificuldade de passar para uma condição de autonomia em função da dificuldade de separar-se de sua mãe. No trabalho com Mariana Flores

(FLORES M. e RAMOS, 2014), observamos casos em risco psíquico com dificuldade na separação, ou seja, obstáculos à operação da função paterna, cujo efeito no diálogo era uma fala colada à materna e dificuldade em dialogar com outros alocutários que não fossem a responsável pela função materna, nos casos analisados, as mães biológicas. Esse dado se assemelhou com o caso analisado na tese de Surreaux (2006) e se repetiu em caso apresentado na tese de Roth-Hoogstraten (2020), em que a autora evidenciou dificuldades na operação de separação e na emergência de relações disjuntivas na aquisição da linguagem de uma menina acompanhada dos 3 aos 48 meses.

Em minha clínica, sempre foi muito comum a criança falar mais e evidenciar maior conhecimento em um diálogo com sua mãe ou com a terapeuta do que em testes formais. Isso é evidente no caso de Rui, em que o diálogo permitiu compreender a limitação de armazenamento lexical, o que testes que abordam apenas o vocabulário compreensivo e expressivo são limitados para evidenciar, pois focam o produto e não o processo.

Explorando um pouco mais essa questão da dependência discursiva em bebês e crianças pequenas, cabe lembrar que a criança se apropria do conhecimento linguístico a partir do exercício do diálogo, no qual atuam mecanismos enunciativos, bem explicitados no trabalho de Silva (2007, 2009). Ela é ativa nas protoconversações e produz, no seu alocutário, a impressão de que um diálogo está em curso, mesmo que ainda não domine as formas linguísticas. O adulto, alocutário usual do bebê, participa de várias formas (falando pelo bebê, com ele e dele; interpretando gestos, olhares, choros, vocalizações, entre outras formas) de modo a sustentar distintas cenas que fazem o bebê vivenciar a linguagem e, ao mesmo tempo, sentir-se reconhecido como sujeito pelo outro (KRUEL et al., 2016).

Ao conversar com o bebê, aquele que faz a função materna, que pode ou não ser a mãe biológica, investe nessa relação, assim como ouve muito além das vocalizações produzidas pelo bebê. A mãe ocupa, turno a turno, o lugar do bebê mediante a tradução dos sons que ele produz e responde de modo sintonizado à demanda da criança. Esse investimento das mães, ao escutarem o bebê em sua potencialidade de fala, antes que essa de fato apareça de modo evidente em produções linguísticas reconhecíveis como língua, é imprescindível para que o

sujeito se constitua na linguagem e adquira a língua, sendo reconhecida tanto no campo enunciativo (SILVA, 2009) quanto psicanalítico (CATÃO, 2009)³⁴.

A criança está cercada por um mundo já constituído, contudo, ela irá recriá-lo para se instituir como sujeito na linguagem e falante da língua, mostrando com o seu dizer a sua posição de sujeito num dado espaço e tempo. Tal efeito ocorre porque a fala marca a existência de algo que está ausente (re) constituindo, a cada ato enunciativo, referências para um mundo já construído, ou em construção no caso do bebê. As variações de posição na troca de autorreferenciação³⁵, por exemplo, que são percebidas no sistema de nomeação como “nenê” que identifica a criança com outras, para seu nome próprio (Maria, João, Pedro, etc.), e, posteriormente, para “eu”, não marca somente um progresso nas formas linguísticas utilizadas, mas, sobretudo, a ocupação de um lugar no diálogo, na instância discursiva, na qual a criança se assume como EU e, simultaneamente, define o outro como TU no ato enunciativo (SILVA, 2007,2009).

Essa atividade do bebê e de seu alocutário usual durante as protoconversações é o que faz o bebê passar da dependência discursiva ao reconhecimento do que suas manifestações provocam no outro. Essa passagem é o que constitui o primeiro mecanismo enunciativo proposto por Silva (2007, 2009). Nesse primeiro mecanismo, ocorrem relações de conjunção EU-TU e de disjunção EU/TU. A criança participa das protoconversações de modo progressivamente mais complexo (vocalizações, balbucios, protopalavras) e, mesmo que inicialmente tenha de exercitar o diálogo, sustentada pelo adulto (relações de conjunção EU-TU), ela já é ativa e também inicia os diálogos (relações de disjunção EU/TU). Quanto mais rápido ela compreende os efeitos de suas

34 O bebê necessita ser suposto e reconhecido como um sujeito pela mãe mesmo que ainda não seja um falante da língua, pois há um dizer. Estudos da psicanálise demonstram a importância do circuito pulsional como elemento impulsionador que traz o desejo de o bebê se fazer ouvir pelo Outro, o que pode ser lido no trabalho de Catão (2009) sobre pulsão invocante.

35 A autorreferenciação relaciona-se à capacidade de a criança fazer referência a si próprio quando fala com seu alocutário. A utilização do pronome pessoal “eu” demanda um percurso cognitivo, linguístico e subjetivo, ou seja, por ser um signo vazio cujo sentido é preenchido no ato enunciativo, demanda um domínio discursivo e a construção de uma imagem corporal e uma representação simbólica para si próprio e para os outros, o que não está pronto ao início do desenvolvimento de um bebê.

manifestações e domina variadas formas de expressão, mais se valerá de relações disjuntivas.

Esse exercício permitirá a emergência do segundo mecanismo enunciativo, que se relaciona ao que usualmente reconhecemos como fala propriamente dita, pois a criança começará a produzir enunciados reconhecidos pelo outro como língua. Emergem possibilidades de nomeação, comentários, pedidos por meio de palavras ou combinação de palavras que identificam a criança pequena como um falante da língua pelo adulto.

Já no terceiro mecanismo, cuja emergência expõe a instauração da criança como um sujeito na língua, pois irá dominar o aparelho das funções, instanciar distintas formas de se autodenominar e utilizar a dupla enunciação (simulações por meio da língua). Nessa progressão, a criança vai apropriar-se da palavra a partir da frase do alocutário (TU), que se constitui em unidade complexa do discurso, para evocar ao mesmo tempo sentido e referência. Da frase³⁶, à medida que o sistema se torna familiar à criança, será destacado o signo. No uso linguístico, possível na intersubjetividade, a criança constrói relações na dinâmica entre o modo semiótico, relacionado ao domínio do sistema linguístico de cada língua (gramática), e o semântico, relacionado à semantização da língua, à realização do discurso, que ocorre durante o diálogo³⁷. Enquanto no modo semiótico o signo produzido é reconhecido, no modo semântico, a palavra é compreendida no discurso (CARDOSO, 2010).

Nesse contexto, a condição para que o processo de aquisição se dê recai novamente na relação com o alocutário (TU), pois o locutor (EU) refere, e o alocutário (TU) correfere, e, como desdobramento, na enunciação se dá a aquisição e desenvolvimento da linguagem (SILVA, 2009).

Silva (2007,2009) dá relevância à relação com o alocutário (TU) para a sustentação discursiva do bebê/criança pequena rumo à

36 O conceito de frase em Benveniste relaciona-se à dimensão do discurso e não deve ser confundido com oração.

37 Ênfoco mais o diálogo por ser a forma usual a que é exposta uma criança pequena, mas tal observação vale para o processo de aquisição da linguagem escrita, pois aquele que escreve também precisa articular esses dois domínios e necessita ser reconhecido como e suposto como um escritor na relação com seu leitor.

constituição linguística, o que diferencia sua proposta da maior parte dos estudos em aquisição da linguagem de foco linguístico que até então abordaram a relação metafórica e metonímica entre enunciados do adulto e da criança, o que com certeza foi grande avanço na consideração do diálogo como unidade de análise, mas não conseguiu, a partir de teoria linguística, colocar o sujeito – locutor/alocutário- no centro do processo.

À vista do exposto, na proposta enunciativa de aquisição da linguagem desenvolvida por Silva (2009), a fala da criança está, desde o nascimento, implicada na conjunção EU-TU. Nessa conjunção, é dado à criança um lugar discursivo e a linguagem lhe é apresentada por meio do outro que, ao mesmo tempo, reconhece e interpreta as manifestações do bebê. Ao ter suas produções reconhecidas como língua e seu discurso compreendido, sua posição de falante da língua é estabelecida.

A “mãe” supõe e ao mesmo tempo demanda de seu bebê um sujeito de alocação, ao falar com ele. O bebê, por sua vez, fará um percurso que proporcionará seu encontro com a língua enquanto laço social, transformando-o em um sujeito cultural, e, ao enunciar, produzindo referência e sentido no/pelo discurso, ele vem a ser um sujeito do ponto de vista enunciativo.

Por isso, na clínica com bebês e crianças pequenas, a posição do adulto que cuida do bebê ou da criança, em geral a mãe, assume especial valor na identificação se há ou não sustentação discursiva do bebê/criança pequena. Isso se dá tanto pela implicação pulsional que existe na relação do bebê/criança com o adulto, quanto pela necessidade de sustentação da protoconversa ou diálogo. Alguns entraves à aquisição da linguagem podem estar relacionados às dificuldades no laço, ou seja, não estão dadas as condições psíquicas, e por consequência contextuais linguísticas, necessárias para que processos conjuntivos e disjuntivos emergem naturalmente e o bebê assuma progressivamente um *lugar de enunciação* (SILVA, 2009) independente do outro. Há também os casos em que o problema está na capacidade de o bebê ocupar seu *lugar de enunciação* por limites biológico-cognitivos.

Portanto, considera-se a relação do EU-TU como instâncias de funcionamento linguístico-discursivo que desempenham papéis indispensáveis na constituição linguística. O modo como cada locutor aprende a língua e instaura o alocutário, no momento eternamente

“presente”, parece definir a apreensão do outro “presente”, isto é, o depois. Nessa abordagem teórica, o objeto de estudo inclui o sujeito, por isso, o uso da língua é sempre único e irrepetível, ou seja, quando analisados os dados de aquisição nesse quadro teórico, é preciso considerar a singularidade na qual esteja implicada a relação do sujeito com o outro e com a língua a cada ato enunciativo (SILVA, 2007,2009).

A abordagem de Silva (2007, 2009) permite pensar como o ouvir adquire sentido linguístico na transição do primeiro para o segundo mecanismo enunciativo, transformando-se em escutar, e como o falar se transforma em um dizer, considerando a língua que a criança está adquirindo, a partir da emergência dos três mecanismos.

Se durante o primeiro mecanismo o bebê experimenta o diálogo na conjunção EU-TU, no segundo, encontra os recursos gramaticais de sua língua para falar à “mãe” e aos demais, já sabendo que sua fala provoca e instiga o outro a uma resposta. Só no terceiro mecanismo se instala na linguagem a ponto de ser um EU constituído que fala por si, sem necessidade de tradução ou colagem ao discurso do outro. Portanto, considerando as potencialidades que o bebê possui desde o nascimento, evidentes a partir de estudos neurocientíficos³⁸, trata-se mais da aquisição da língua do que a linguagem, pois já há um funcionamento de linguagem no qual o bebê está imerso desde o nascimento. O que podemos afirmar é que há uma transição de *infans*³⁹ a falante a partir dessa experiência discursiva possível desde o nascimento, a partir da qual o bebê se apropria das relações de forma e sentido da língua de modo crescentemente complexo na compreensão e expressão orais.

Cabe destacar que o bebê, inicialmente, participa a partir de recursos corporais que permitem que ele utilize sua gestualidade para comunicar. O olhar conjunto, os gestos que acompanham as vocalizações e balbucios, a evolução do próprio balbucio (icônico e variável) permitem que os processos de homologia e interpretância por parte do adulto ocorram (SOUZA, 2017). Estudos de autores como Kendon (2000, 2009) e Macneill, do lugar da antropologia gestual, indicam a ligação entre gesto e fala na construção do envelope ou matriz

38 Sugiro leitura dos livros de Érika Parlato-Oliveira e Colwyn Trevarthen para compreender todas as potencialidades do bebê já nos primeiros meses de vida.

39 Na visão psicanalítica, *infans* é o que não fala.

multimodal da linguagem (MacNeill, 2000). Desde a década de 70, Bruner já afirmava que a criança garante seu lugar na atenção conjunta (BRUNER, 1975,1983). Nesse sentido, precisamos estudar mais na Fonoaudiologia a matriz multimodal da linguagem e como utilizá-la na terapêutica, já que intuitivamente a utilizamos no diálogo, mas é necessário compreender as características precoces de possíveis entraves ao processo de homologia e interpretação. Observo, por exemplo, que bebês em sofrimento psíquico com sinais de autismo possuem movimentação corporal repetitiva que dificulta a leitura corporal pelos pais, com balbúcio pouco endereçado ao interlocutor (CHERICONI et al, 2016). Já os bebês que depois evidenciaram apraxia de fala foram relatados como silenciosos e com menos produções vocais por suas mães (FORREST, 2003). Por isso, precisamos encontrar formas de sistematizar a gestualidade e a matriz multimodal da linguagem para avançar na detecção precoce de risco e intervenção oportuna. Algo que já vem sendo investigado em trabalhos orientados por Marianne Cavalcante, na Universidade Federal de Paraíba, que apresenta uma bela síntese em Cavalcante et al. (2016).

Nos Sinais Enunciativos de Aquisição da linguagem (CRESTANI et al, 2017, 2020) do primeiro ano de vida, encontramos que o engajamento silencioso e sintonizado do bebê diferenciou estatisticamente grupos de bebês na análise fatorial do teste, mais do que as vocalizações. Isso indica que as condições gestuais não verbais de participação do bebê fazem a diferença em sua participação no diálogo com o adulto e que possivelmente a gestualidade do bebê, que o adulto interpreta, incide sobre sua aquisição da linguagem. Deste modo, é preciso aprofundar essa caracterização gestual na construção de uma matriz multimodal de avaliação e de intervenção no risco à aquisição da linguagem⁴⁰.

Tradicionalmente, a Fonoaudiologia se preocupa muito com as dificuldades de entrada no segundo mecanismo, fato que evidencia o atraso na aquisição da linguagem, pois, ao não nomear e não progredir na aquisição lexical, fica evidente ao alocutário que a criança ainda não está falando. Isso é comumente identificado entre 18 e

40 Os trabalhos orientados pela Dra. Marianne Bezerra de Cavalcanti da Universidade Federal da Paraíba trazem contribuições importantes nessa abordagem.

24 meses. Historicamente, essa idade foi diminuindo, pois até bem pouco tempo atrás alguns profissionais e familiares achavam que se poderia esperar até três anos ou mais para encaminhar a criança para um processo de avaliação.

No entanto, as origens do atraso estão colocadas no funcionamento do primeiro mecanismo enunciativo, e a transição do segundo para o terceiro mecanismo também indica pontos importantes em uma avaliação da linguagem, que, se não forem abordados, poderão indicar uma redução da linguagem ao domínio de níveis gramaticais. Algumas situações psíquicas são mais evidentes no terceiro mecanismo, o que reforça a necessidade de acompanhar os bebês de zero a três anos, porque isso é crucial para que intervenções a tempo de impedir ou de minimizar os efeitos de um distúrbio de linguagem possam ocorrer⁴¹.

Este primeiro ano é de especial interesse ao fonoaudiólogo que trabalha com bebês, porque ele necessita avaliar até que ponto aqueles que cuidam do bebê e exercem as funções parentais estão ou não dando o suporte necessário à constituição linguística, e/ou se o bebê possui alguma limitação biológica que impeça o processo de apropriação linguística. Para citar exemplos dos impedimentos do lado materno, podemos pensar em mães muito deprimidas ou com histórico de luto que não conseguem investir no bebê e do lado do bebê em casos de surdez ou alterações sensório-motoras que dificultam ou impedem o engajamento na protoconversa inicial, além de situações sindrômicas e biológicas mais complexas que afetam também a cognição.

Nas limitações específicas como a apraxia de fala ou a anomia, exemplificadas nos casos apresentados nos capítulos 2 e 3, há efeitos diversos nos comportamentos dos pais no diálogo, diante das dificuldades da criança de ocupar seu lugar de enunciação com uma fala reconhecível como língua. Entre eles, a diretividade excessiva por meio de correções e induções à repetição (mãe de José, o pai de Rui), o falar pela criança (caso Maria), ficar em silêncio, dialogar e fingir que sempre compreende o filho, como vimos no caso de Emílio, ou ainda

41 Aqui caberia a ideia de clínica ampliada porque inclui o acompanhamento na puericultura de todos os bebês não apenas daqueles que nascem prematuros ou com algum tipo de risco biológico. Acompanhar, orientar e principalmente acolher mães e bebês em uma escuta sensível.

não investir no diálogo, desistindo da comunicação com o filho, como veremos adiante em casos de diagnósticos precoces.

Seja(m) qual(is) for(em) a(s) posição(ões) adotada(s) pelos pais e demais familiares, o papel do fonoaudiólogo é identificar como ocorre esse funcionamento de linguagem entre o bebê/criança pequena e seus familiares para que possa pensar em movimentá-lo. Se for diretivo em excesso, se o adulto fala pela criança ou se aceita o silêncio total com trocas não verbais, o terapeuta terá de oferecer outro tipo de sustentação que garanta o lugar de enunciação para a criança poder se constituir como sujeito na linguagem e que permita o domínio progressivo da língua.

Essa oferta deverá ocorrer com a participação dos pais, deixando vago para eles esse novo exercício dialógico. Portanto, podemos considerar que as limitações, mesmo que tenham uma origem em problemas biológicos da criança, possuem efeitos no modo como o familiar irá estabelecer o diálogo com o filho. Assim, é preciso intervir no diálogo e na modificação do funcionamento de linguagem parental e infantil ao mesmo tempo. Cabe destacar que há casos em que falar no sentido estrito de articular sons orais não seja possível. Ainda assim, um lugar de enunciação precisa ser sustentado por meio de uma comunicação suplementar ou alternativa.

Desse modo, não é apenas a distância das relações entre formas e sentidos produzidos pela criança em relação à convenção adulta que dificulta o diálogo com o adulto, mas também a disposição deste em compreender o que é compreensível para que não haja ruptura no diálogo. Quando o adulto se preocupa demais com a correção articulatória de palavras antes que a criança possa evoluir em domínios mais complexos da língua, a criança pode desistir de dialogar. Isso é muito comum em casos em que as crianças com atraso na fala mal falam algumas palavras e o adulto já deseja uma produção fonética perfeita. Isso demonstra a dificuldade em reconhecer um locutor diante de si, um locutor em dificuldades - o filho- e pode ter como efeito a desistência do diálogo por parte da criança. Sem o diálogo, a criança pode estagnar no processo de aquisição da língua. Ela precisa viver a linguagem para que a constituição linguística se dê e isso só é possível a partir do diálogo, que implica o alocutário (o TU da criança) reconhecê-la como locutor.

Isso que é muito claro em crianças com distúrbios de linguagem que falam mal e já estão com a constituição psíquica em curso ao redor de dois anos de idade, mas é pouco debatido no campo fonoaudiológico para as crianças que ainda não falam e que necessitam de sustentação enunciativa a tempo de um dia virem a falar, ou seja, crianças que sabemos em sofrimento psíquico e/ou com limitação orgânica importante que necessitam de uma intervenção desde os primeiros meses de vida para que possam ultrapassar os limites e riscos identificados durante sua avaliação na puericultura.

No primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro semestre, embora ativo e com capacidades expressivas ricas, como o bebê ainda não concluiu o processo de constituição psíquica e linguística, se considerados aspectos culturais e o domínio semiótico da língua materna, ele necessita muito mais da sustentação enunciativa do adulto, articulando suas manifestações corporais à linguagem para acessar o sentido na língua (domínio semântico). Se o adulto tem dificuldades de ocupar este lugar de reconhecimento e suposição⁴² de um sujeito, e, sobretudo, de um sujeito que um dia se tornará um falante da língua materna, isso poderá obstaculizar ou até impedir a emergência tanto do conhecimento linguístico quanto do processo de semantização linguística pelo bebê.

A ocupação desse lugar pelo adulto está atrelada ao quanto ele pode assumir suas funções parentais mesmo diante de um bebê que nasce sem limitações biológicas, ou o quanto ele reidealizou⁴³ o filho no caso de o bebê nascer com tais limitações.

Portanto, o fonoaudiólogo terá de lidar com o fato de o bebê/criança pequena estar em constituição subjetiva e linguística simultaneamente, pois o bebê necessita da interação com aqueles que exercem as funções parentais e pode possuir limitações biológicas que poderão

42 O termo suposição está aqui utilizado no sentido de a mãe supor comportamentos a seu bebê a partir do projeto simbólico que possui para ele, porque acredito que o bebê já seja ativo ao nascimento, com uma intersubjetividade primária a partir da qual se relaciona com seus pais e o ambiente. Então não poderíamos deixar a ideia de que a mãe supõe tudo, sem peso algum da atividade de seu bebê. Acredito que a relação com o bebê coloca a mãe em uma dialética entre reconhecer o bebê como ativo e com intenções em suas manifestações, e supor, projetando sobre suas ações características que advêm de um projeto simbólico por meio do qual ela o insere na linhagem familiar.

43 Sugiro a leitura dos trabalhos de Vitor Franco para compreender o processo de adaptação parental ao filho com deficiência a partir de seu modelo conceptual de reidealização.

trazer peculiaridades aos potenciais que ele dará a ver aos seus pais. A interação complexa entre a disposição dos pais e as potencialidades do bebê/criança pequena cria a necessidade de formular uma hipótese de funcionamento de linguagem como já afirmara Surreaux (2006), que, na clínica de bebês/criança pequena, demanda um olhar sobre a díade mãe-criança, e como se articulam a suposição/reconhecimento de sujeito e a suposição de falante da língua por parte dos pais. A articulação dessas duas suposições está na base do primeiro princípio terapêutico desta clínica: a sustentação de um lugar de enunciação.

4.2 A SUSTENTAÇÃO DE UM LUGAR DE ENUNCIÇÃO: O FONOAUDIÓLOGO MEDIANDO A ARTICULAÇÃO ENTRE RECONHECIMENTO/SUPOSIÇÃO DE SUJEITO E SUPOSIÇÃO/RECONHECIMENTO DE FALANTE DA LÍNGUA

O conceito de lugar de enunciação está proposto no trabalho de Silva (2007) como o lugar que se abre para o bebê enunciar pela sustentação que o adulto provê a partir dos mecanismos enunciativos conjuntivos e disjuntivos. A disjunção é a evidência de que o bebê está ocupando um lugar que foi constituído por meio de mecanismos conjuntivos.

É possível questionar o que movimenta a mãe a sustentar esse espaço enunciativo ao filho? Talvez o conceito de suposição de sujeito proposto na psicanálise possa explicar essa atitude materna, pois ele explica por que um adulto endereça enunciados a um bebê, e por que toma os gestos e manifestações não verbais de um bebê como enunciados. Há uma projeção de sujeito que se articula à suposição de falante da língua: a suposição de sujeito. Em tempos de constituição psíquica e linguística, essa articulação precisa ser pensada.

A suposição de sujeito é tida como uma das operações constituintes do psiquismo infantil. Contida nos indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil⁴⁴ (LERNER; KUPFER, 2008) em enunciados a partir da experiência clínica de psicanalistas de bebês e

⁴⁴ Os indicadores passaram a ser chamados de referência em trabalho mais recente dos autores para retirar o caráter patologizante que poderia ser adotado por pessoas que não dominam a teoria psicanalítica.

crianças pequenas. Ela abarca o fato de que, ainda que as reações de um bebê sejam involuntárias ao nascer, a “mãe” as toma como produção de um sujeito. Operam também três outros eixos constitutivos, como o estabelecimento da demanda que afirma que as manifestações do bebê possam ser tomadas como demandas para a “mãe”, e que esta se coloque em posição de responder via a alternância de presença e ausência. Neste eixo, a mãe ou sua substituta alterna entre momentos de presença e de ausência, evidenciando também, em seu cuidado, que opera a função paterna por meio da qual o bebê é referido não apenas ao próprio corpo, mas a uma ordem simbólica, o que o impede de ficar identificado ao falo materno.

No entanto, cabe ressaltar que, a partir de diversos trabalhos (NAGY, MOLNARB 2013; LAZNIK, 2013; PARLATO-OLIVEIRA, 2017; GRATIER, 2017), não podemos mais pensar em ações totalmente involuntárias dos bebês, mas em manifestações ativas do bebê que se endereçam ao outro. Essas ações levam a mãe não só a supor um sujeito mas a reconhecer sua atividade e a adaptar a suposição de um sujeito em seu bebê ligada ao projeto simbólico e herança transgeracional às características de seu bebê, o que Winnicott (2000) afirmou como adaptação ativa da mãe ao bebê. A tensão que se produz entre a projeção de características do projeto simbólico e da herança transgeracional e o reconhecimento da demanda do seu bebê constitui aspectos fundamentais do psiquismo para que possa emergir e ser sustentado um lugar de enunciação.

O bebê se manifesta por meio do corpo, choro, riso e vocalizações, ou seja, de modo multimodal, o que faz com que a mãe reconheça não apenas que ele é ativo e endereça tais manifestações para ela, alimentando o reconhecimento/suposição de sujeito, mas ela o antecipa como um futuro falante da língua, já que mostra o que vou chamar aqui de “apetência linguística”, ou seja, desejo por se manifestar na língua que ouve. Essa apetência poderia ser abarcada pelo conceito de apetência simbólica, mas acho pertinente marcar que se trata de potencialidade para falar uma língua, algo mais específico do que o conceito de apetência simbólica proposto no campo psicanalítico (LAZNIK, 2013), embora possamos assumir que faça parte dele.

Embora, ao início, a produção linguística do bebê não seja plenamente possível, aos poucos ele se direciona para sua língua. Isso se dá

tanto ao direcionar sua escuta para sons que fazem sentido na língua materna, quanto ao produzir sons e sequências de sons que constituem protopalavras da língua. Estas serão prontamente reconhecidas como palavras pelo seu alocutário. Esse reconhecimento abre um lugar de “EU” ao bebê e evidencia que o “TU” que dialoga com ele está supondo um falante para o bebê.

Na maior parte das vezes, o *reconhecimento/suposição do sujeito* e a *suposição/reconhecimento de falante da língua* andam juntos, mas, em alguns casos clínicos, isso não acontece, sobretudo quando o bebê apresenta dificuldades de avançar rumo à língua materna em termos de produção de fala. Esse fato pode deter “mãe” e filho no primeiro mecanismo enunciativo. O termo suposição de falante foi anteriormente utilizado por Verly e Freire (2015) ao analisarem indicadores clínicos de risco para constituição do sujeito falante, entre os quais o fato de os pais não estabelecerem a suposição de um falante no filho. As autoras também falam em não reconhecimento do signo como algo que põe em risco essa constituição.

Eu acredito que a teoria de Benveniste, ao articular o modo semiótico, no qual o signo é reconhecido, com o modo semântico, no qual o discurso é compreendido, efetiva a ligação entre reconhecimento do signo e suposição de falante necessária à articulação dos indicadores propostos por Verly e Freire (2015).

Como explicitiei anteriormente, os pais podem expor uma ambiguidade no reconhecimento do signo e na compreensão do discurso quando se focam na correção da forma, pois é perceptível, nas cenas observadas, nos casos de excesso de diretividade, que eles compreenderam o que a criança disse e reconheceram o signo, mas o foco estava na correção articulatória, sem que a criança estivesse motivada e em condições evolutivas para tal correção. Por outro lado, pais que não compreendem o dito pela criança, não sendo capazes de reconhecer o signo, podem realmente estar em uma situação de impedimento do diálogo porque o que a criança produz é um jargão incompreensível. Já vivenciei alguns casos na clínica em que foram necessárias estratégias de discretização do discurso infantil para que a própria criança se desse conta de que não compreendíamos nada do que ela dizia e passasse a prestar mais atenção no processo articulatório.

Assim, acredito ser importante afirmar que a suposição de falante da língua está relacionada à suposição do alocutário usual do bebê de que um dia ele será um falante da língua materna. Ela se sustenta na dialética entre reconhecimento da atividade comunicativa do bebê e suposição de sujeito, mas se diferencia desta porque necessita ser alimentada pelas produções do bebê (apetência linguística), assim como o reconhecimento do bebê ativo e suposição de sujeito são sustentados pela apetência simbólica do bebê para entrar em relação com o Outro (LAZNIK, 2013; NAGY, MOLNARB, 2013).

Para haver diálogo, é preciso que haja um falante e um ouvinte, em termos enunciativos um locutor e um alocutário. Especialmente, no caso de um bebê ou criança pequena que ainda não fala, é preciso que o adulto (o TU) abra um espaço de enunciação para o bebê (EU) de modo que suas manifestações (corporais, verbais) sejam tomadas em conjunções EU-TU a fim de que ocorra a protoconversa inicial e que nela a criança descubra o efeito de suas manifestações no TU a ponto de se valer de mecanismos disjuntivos (SILVA, 2009). Esses mecanismos possuem como base subjetiva a suposição de um sujeito no bebê pelo adulto (KUPFER et al., 2010) e o reconhecimento da atividade do bebê (PARLATO-OLIVEIRA, 2019). Essa atividade do bebê vai alimentar os tempos do circuito pulsional que são necessários para que haja a passagem para a descoberta do que suas manifestações causam no outro encarnado (representante do Outro)⁴⁵ na forma de uma pulsão invocante (CATÃO, 2009) e para que a escuta se direcione à criação de um esquema interpretativo que permita o ingresso do bebê no universo de língua disponível nas trocas com seus familiares.

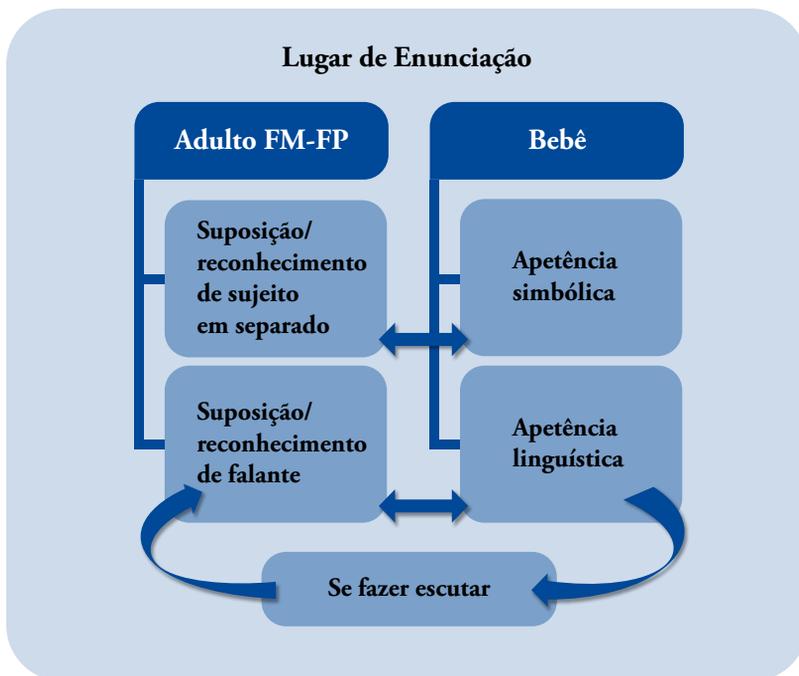
Para tanto, é preciso que o adulto “empreste” sua subjetividade para ancorar a subjetividade existente e emergente no bebê⁴⁶ e esteja bem colocado nas posições parentais, seja a materna ou a paterna. Isso porque, na materna, terá atitude transitiva que oferece interpretações

45 Existem dois outros na teoria psicanalítica lacaniana: o outro encarnado pela mãe e o Outro enquanto instância simbólica- sistema de linguagem que representa a cultura.

46 Golse (2010) afirma que existe uma intersubjetividade primária, o que Laznik (2013) afirma como apetência simbólica, e Trevarthen e Dellafield-Butt (2013) como *autopoiesis*, que dá a ver a existência de uma orientação inata do bebê ao outro (NAGY, 2013). A intersubjetividade secundária se constituiria na relação com o outro, conforme diversos estudos de psicanálise têm evidenciado. Neurologicamente, há bases para pensar este funcionamento na articulação entre tronco cerebral, amígdala e córtex (MURATORI, 2014).

na articulação de necessidades a demandas; e, na paterna, apresentará atitude de alteridade que permite reconhecer a autonomia discursiva do bebê ou criança pequena, sabendo que o que fornece como interpretação é senão uma hipótese atributiva às manifestações de seu filho(a). Na Figura 1, sintetizo os aspectos teóricos mobilizados para pensar a dialética entre sustentação de um lugar de enunciação pelo adulto e ocupação de um lugar de enunciação pelo bebê.

Figura 1 - Mapa conceitual da emergência-/sustentação de lugar de enunciação



Legenda: FM=função materna, FP= função paterna

Lembremos que, no esquema anterior, é fundamental que o adulto apresente disposição de olhar/escutar o bebê em suas manifestações e que esse traz suas condições biológicas como forma de viabilizar as apetências simbólica e linguística. Essas apetências, aqui colocadas no sentido de ter apetite por, também são alimentadas pela suposição/reconhecimento que o adulto projeta na relação com o bebê.

Por isso, quando não há a sustentação de um lugar de enunciação, é importante identificar se a ausência desse lugar se relaciona a dificuldades no laço, ou seja, se em função de uma negligência familiar ou de um excesso materno, não há espaço para que o bebê ou criança pequena se manifeste a partir da suposição de um sujeito na linguagem, ou se é uma dificuldade do bebê ou criança pequena para ocupar seu lugar de enunciação, seja por um dizer não verbal nos primórdios da aquisição, ou com fala reconhecível pelo alocutário. Na etiologia, fatores genéticos, epigenéticos e ambientais se combinam de modo singular a cada caso.

É comum que, quando há sinais de sofrimento psíquico, por exemplo, como dificuldades na operação de separação em que esse lugar de enunciação esteja ausente ou restrito às relações de conjunção, o bebê/criança ocupe o espaço do EU de modo peculiar, por exemplo, a partir da simples indução do adulto, sem iniciativa e autonomia discursivas, como se viu no trabalho de Roth-Hoogstraten (2020).

Do ponto de vista fonoaudiológico, nesses casos de sofrimento psíquico, será necessário sustentar um lugar de enunciação para o bebê e criança pequena, de modo que ele possa exercitar a protoconversaçoão inicial e desenvolver recursos corporais e vocais para ocupar esse lugar. Muitas vezes, a inserção na terapia de algum familiar em melhores condições de fazer essa sustentação (avó, pai, irmão mais velho, etc.) pode auxiliar no processo de construção desse lugar de enunciação em casos em que a mãe esteja impossibilitada de fazê-lo. Por vezes, o simples exercício da protoconversaçoão do terapeuta com o bebê na presença da mãe (ou quem faça sua função) desperta nela o desejo de participar e a força vital necessária para superar entraves como, por exemplo, na depressão pós-parto. Cabe o destaque que as dificuldades nas operações de separação ou alienação demandam uma escuta singular da história do bebê e seus familiares, que demanda uma formação em psicanálise, e o profissional *psi* poderá ser necessário na terapêutica quando o fonoaudiólogo não possuir essa formação. É muito importante que o fonoaudiólogo conheça o processo de subjetivaçoão para que possa usufruir da atuação interdisciplinar com o profissional em psicanálise e também perceber essa necessidade. Caso contrário, poderá identificar obstáculos ao progresso do caso, em que, muitas vezes, só irá deslocar o sintoma de lugar em sua atuação.

Entre as estratégias que podem ser utilizadas está a criação de cenas em que o fonoaudiólogo parta da iniciativa do bebê para brincar reconhecendo os desejos infantis a partir da observação sintonizada a sua gestualidade, para permitir que operem processos de homologia (similaridade entre manifestações em distintos sistemas semióticos – por exemplo- gesto do bebê e signo da língua) e interpretância (ato de atribuir significado via palavra enunciada pelo adulto ao gesto do bebê), que desenvolvi em texto específico (SOUZA, 2017). Com isso, a criança poderá sentir-se compreendida, o que vai permitir que se ouça na voz do outro (segundo tempo pulsional). Esse passo faz operar melhor o ouvir e emergir o desejar se fazer ouvir (terceiro tempo pulsional), pois, em casos em que o problema estiver no laço, possivelmente a criança precisa de alguém que a escute para que ela entre nessa dinâmica do ouvir-escutar, falar-dizer durante as protoconversações e brincadeiras adequadas à faixa etária. No entanto, a singularidade de cada caso demanda um olhar interdisciplinar sobre essas dificuldades advindas das operações constitutivas como já dito.

Por outro lado, se houver um obstáculo funcional, advindo de uma lesão orgânica (encefalopatia motora, deficiência auditiva) ou processual do sistema nervoso central e periférico (dificuldades como apraxia de fala, anomia, etc.), o fonoaudiólogo terá de trabalhar muito mais para sustentar um lugar de enunciação. Ele terá de lançar mão de estratégias e técnicas terapêuticas específicas para fisgar e sustentar o bebê na comunicação.

Como primeiro ponto a observar, posso citar as condições corporais do bebê, analisadas a partir do domínio de cada espaço corporal, da presença ou não de estereotípias, que permitem pensar o posicionamento corporal adequado para que o bebê entre em relação e desenvolva a atenção compartilhada, que é fundamental para ser fisgado na protoconversação.

Nesse sentido, a abordagem sensório-motora de Bullinger (2006) poderá trazer elementos importantes para solicitar a criança em atividades lúdicas que favoreçam a dialética entre ouvir-escutar e falar-dizer, porque facilita o processo de extração das invariantes ambientais rumo à construção de representações mentais.

Como estratégias de intervenção para a criação desse lugar de enunciação ao bebê/criança pequena, há atividades muito comuns

que oferecem excelentes resultados: o uso da história musicada, o uso da música e o brincar corporal conjunto são atividades importantes que captam a atenção do bebê/criança pequena ao adulto⁴⁷. Também são importantes porque criam um clima descontraído e atrativo para o familiar. Nessa atenção, o terapeuta irá mediar para que o familiar crie um lugar de enunciação ao filho. Ele poderá realizar uma proto-conversaçoão/conversaçoão com o bebê ou criança pequena na presença do familiar, vagando, a seguir seu lugar no diálogo, para que o familiar o ocupe. Isso irá trabalhar simultaneamente a suposição de sujeito e de falante. Por vezes, a suposição de sujeito está obstaculizada por dificuldades subjetivas do adulto, o que poderá demandar atendimento da díade por um profissional *psi* ou mesmo o tratamento do adulto.

Se o bebê não tiver condições de sustentação corporal da intersubjetividade, poderá ser necessária, além da intervenção do fonoaudiólogo, a intervenção de um psicomotricista, que eu recomendo que conheça integração sensorial e/ou a abordagem de André Bullinger⁴⁸, pois o domínio progressivo dos espaços corporais favorecerá ao bebê criar representações estáveis e percorrer os tempos necessários do ouvir ao escutar e do falar ao dizer. Há, por outro lado, metodologias como o DIR FLOOR TIME (GREENSPAN; WIEDER, 2007) que aportam conhecimentos importantes integrando questões sensoriais, cognitivas e linguísticas, respeitando a criança como líder na escolha das atividades e valorizando o *affect*⁴⁹, indicadas ao tratamento do autismo, pelo respeito ao sujeito.

Ainda nesse princípio, cabe considerar a importância de o bebê ser reconhecido como falante em suas primeiras tentativas, as proto-palavras, pois esse reconhecimento do signo, como ressaltam Verly e Freire (2015), é fundamental para o avanço linguístico. Então não seria apenas a suposição de um falante da língua, mas o reconhecimento

47 É importante que o fonoaudiólogo faça uma revisão do brincar e domínio sensório-motor progressivo até a construção de representações mentais a partir de autores como Winnicott, Piaget e Bullinger. Por opção de focar mais os aspectos linguísticos, neste livro não abordarei diretamente essa teoria, que demanda um livro específico.

48 No Brasil, terapeutas ocupacionais são especializados em integração sensorial. A abordagem de André Bullinger não é específica a uma profissão, mas sim uma formação em psicomotricidade na qual um fonoaudiólogo pode atuar.

49 *Affect* pode ser traduzido como uma intensidade, cujo conceito é mais próximo ao de pulsão proposto por Freud do que ao de afeto no sentido usual empregado em Português Brasileiro.

como falante, mesmo quando as produções iniciais ainda são muito distintas das produções convencionais da língua. Isso ficou evidente nos casos de apraxia já exemplificados no livro.

As vinhetas dos casos de Safira, Bernardo e Hélio poderão elucidar como trabalhei na criação/sustentação de um lugar de enunciação, considerando as potencialidades da criança e a representação familiar das crianças e do seu funcionamento de linguagem. Os casos de Safira e Bernardo foram atendidos diretamente por mim. O caso de Hélio foi supervisionado por mim.

4.2.1 CASO SAFIRA: MAMÃE! MAMÃE? MAMÃE... QUEM ESTÁ FALANDO?

Safira foi acompanhada por mim e equipe em pesquisa longitudinal de 3 a 24 meses. Era uma bebê prematura extrema, nascida com 29 semanas. Ela não evidenciou sofrimento psíquico, avaliado pelo roteiro de Indicadores Clínicos de Referência ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) (KUPFER et al., 2009) e pelos sinais PREAUT (OLLIAC et al., 2017). Apresentou dificuldades na aquisição da linguagem, sobretudo na ocupação de seu lugar de enunciação no primeiro ano de vida tanto por poucas vocalizações, quanto por dificuldades da mãe de atribuir sentido às produções de Safira e manter uma sustentação enunciativa no segundo ano de vida. Esses aspectos foram avaliados pelos sinais enunciativos de aquisição da linguagem (CRESTANI et al., 2017; 2020; FATTORE, 2018)⁵⁰. Safira também foi acompanhada por escalas de desenvolvimento tradicionais como a Bayley III (BAYLEY, 2006), que indicou atraso na aquisição da linguagem aos 24 meses de idade corrigida.

A observação da equipe de pesquisa aos 24 meses foi de que a mãe de Safira supunha um sujeito e reconhecia a atividade não verbal de Safira, mas manifestava, em seu discurso, dúvidas quanto à normalidade linguística da menina (suposição de falante da língua), e isso abalava a sustentação de um lugar de enunciação para a menina. Nossa

50 Os sinais enunciativos de aquisição da linguagem, o roteiro IRDI e os Sinais PREAUT estão reunidos em publicação sobre “Instrumentos de avaliação de bebês: desenvolvimento, linguagem e psiquismo” de minha autoria, editada pelo Instituto Langage.

primeira hipótese, então, foi de que poderia haver um atraso relativo à prematuridade que estava tendo efeito no diálogo mãe-filha, o que me levou a receber Safira e sua mãe durante seis sessões consecutivas.

Em um primeiro momento, Safira chegou com a mãe e se dispôs, no colo da mãe, a participar de algumas brincadeiras com panelinhas, comidinhas e bonecas, instrumentos musicais e livros. Ela me observava com seus olhos grandes e expressivos, mas apenas dizia “mamãe” como única palavra em sessão. Na primeira sessão, brincou mais com a mãe e observei que a troca era boa, que a mãe reconhecia a atividade da filha, sustentava seu lugar de enunciação.

Na segunda sessão, Safira brincou ativamente comigo, sua mãe e uma aluna de graduação que acompanhava as sessões. Cantamos eu e sua mãe, e a mãe começou a observar que Safira estava encabulada, não falando algumas palavras para mim que já falava em casa. O repertório de fala, em casa, aumentava muito a cada semana, mas comigo Safira era puro silêncio. Pedi à mãe que anotasse as palavras ditas em casa e observei que o desenvolvimento quantitativo e qualitativo da fala de Safira estava correndo muito bem, considerando sua faixa etária. Por que então se negava a falar em sessão embora evidenciasse prazer e entrega na brincadeira comigo e com a mãe? Eis que resolvi perguntar à mãe o que acontecia? Passou mais uma semana e Safira veio à sessão falando muito, nomeando objetos e endereçando sua fala a mim, mãe e aluna que acompanhava a sessão. Muito feliz com a evidente melhora de Safira, disse que, a partir da próxima sessão, se a mãe quisesse, visto que fazia uma verdadeira ginástica para trazer Safira às sessões, poderíamos espaçar os atendimentos. A mãe afirmou que achava melhor continuar mais um pouco.

Na semana seguinte, Safira chegou calada sem falar nada, a não ser um sonoro MAMÃE que servia com diferentes entonações como forma de resposta a qualquer indagação minha. Seu olhar sapeca e a entonação variada me fez perceber que Safira me dizia: “olha, a questão é com a mamãe”.

Então perguntei à mãe por que ela achava que Safira poderia ter dificuldades para falar se todas as evidências que ela me trazia de casa eram de que Safira estava se desenvolvendo bem. A mãe disse: “-É que eu não sou uma boa falante. Nunca gostei de apresentar trabalho em voz alta na escola e tenho uma articulação meio travada. (Algo que eu já tinha notado com meu ouvido de fonoaudióloga). Tenho medo que

ela tenha puxado por mim”. Eu expliquei que Safira não evidenciava a mesma dificuldade, mas que, se ela se sentia assim, eu poderia ver como ajudá-la conseguindo um atendimento clínico para a mãe.

Nas semanas seguintes, Safira chegou muito falante e a mãe pôde contar sobre a preocupação com sintomas neurológicos que estava apresentando (crises de ausência, diminuição da sensibilidade tátil – não conseguia ver se o banho de Safira e da irmã bebê estava em temperatura adequada) e pude encaminhá-la para atendimento em projeto de adultos na clínica-escola. Encontrei-a na cidade e me disse que estava bem e que Safira estava uma tagarela.

Neste caso, a ocupação silenciosa do lugar de enunciação por Safira evidenciava a demanda materna por ser escutada e acolhida em suas dificuldades de fala e saúde. Discriminar mãe e filha em relação ao fantasma do mau falante foi minha intervenção neste caso. Obviamente que Safira, que tinha nascido de 29 semanas e seis dias, com 1660 gramas, tinha fatores de risco que induziam meu cuidado com seu desenvolvimento. No entanto, na época do atendimento, Safira estava pronta para evoluir na linguagem e sua mãe necessitava de acolhimento e terapia para lidar com sua doença.

A evolução de Safira na linguagem aconteceu e, durante a escrita do livro, em reavaliação aos 5 anos de idade, restavam apenas algumas aquisições fonológicas por finalizar.

4.2.2 BERNARDO E O FANTASMA DO AUTISMO

Bernardo chegou ao atendimento com um ano e quatro meses, trazido pelos pais porque a pneumologista disse-lhes que ele tinha traços de autismo. Assim, a grande demanda era pelo diagnóstico e diminuição da angústia familiar.

Ao observar Bernardo, percebi que ele tinha o olhar espontâneo direcionado ao terapeuta e convocava, após alguma estimulação minha em brincadeira de esconder, o que lhe fornecia uma pontuação nos sinais PREAUT de ao menos 8 pontos, ou seja, fora do risco de autismo, mas em risco psíquico. Ele apresentava o terceiro tempo do circuito pulsional, oferecendo-se para ser objeto de prazer do outro após algum investimento, mas de modo pouco consistente.

Na história do menino, havia dificuldades gastrointestinais, refluxo, alterações sensoriais ao toque e mudança de postura, dificuldades na transição alimentar e no sono, elementos muito similares aos encontrados em casos de risco para autismo, publicados em artigos de Marie Christine Laznik (LAZNIK, 2013, 2016), mas a presença de terceiro tempo do circuito pulsional, já nas primeiras sessões, expunha um bebê fragilizado pelas questões corporais, mas com potencial de instalação na relação com o Outro.

Desse modo, tratei de trabalhar na sustentação de um lugar de enunciação a partir do diálogo na brincadeira com Bernardo e seus pais. Após seis sessões comigo (dois meses de terapia) e início de avaliação e orientação com a terapeuta ocupacional, Bernardo estava simbolizando, brincando de comidinha, ampliando vocalizações endereçadas ao outro, fazendo gracinhas e convocando o terapeuta e os pais. A manipulação de objetos estava ampliada bem como a ingestão de alimentos na transição do seio para alimentação variada. O trabalho estava no início e a escuta continuava para entender os problemas de sono, mas já era clara a evolução na relação e na ocupação de um lugar de enunciação.

A identificação dos traços de autismo foi o que mobilizou a vinda para a terapia e a busca de ajuda. No entanto, essa identificação suspendeu o investimento parental, pois, por vezes, os pais ficavam observando Bernardo e comparando com leituras na internet sobre autismo, o que não auxiliava para sua evolução. Esse caso adverte sobre a forma como podemos alertar a família acerca da nossa preocupação com o desenvolvimento do bebê em consultas de puericultura. É importante não dar rótulos apressadamente, mas também é importante encaminhar precocemente. Há que se pensar também que, se a pneumologista não tivesse dado o rótulo, talvez a família tivesse demorado a buscar ajuda. Esse é um tema que merece investimento futuro em nossas abordagens clínicas.

No caso de Bernardo, o lugar de enunciação e a suposição de sujeito estiveram abalados por um diagnóstico precoce e pelas limitações corporais de Bernardo para se comunicar. Deste modo, as dificuldades de Bernardo comparecer com vocalizações em relações conjuntivas com os pais (primeiro mecanismo enunciativo), somadas a uma série de sintomas corporais usuais em bebês que se tornaram autistas, alimentou a ideia de que ele pudesse ter autismo a partir da

nomeação da pneumologista. Com isso, os pais pararam de investir no diálogo com Bernardo, colocando-se em uma posição analítica dos comportamentos dele, em busca de sintomas.

Minha tarefa foi fazer os pais reverem sua posição, sustentando um lugar de enunciação para Bernardo no diálogo e deixando vago esse lugar ocupado por mim para os pais durante as sessões, o que o pai operou com maior rapidez do que a mãe, para fazer emergir em Bernardo novas possibilidades de ocupar esse lugar com formas e sentidos. Ele começou a buscar, no olhar atento à minha boca e à boca do pai, a ancoragem para realizar algumas produções iniciais. Sua evolução tanto na fala quanto na alimentação advogam a favor da importância da sustentação de um lugar de enunciação como ponto inicial de abordagem de casos de bebês com dificuldades de linguagem.

A impressão diagnóstica, considerando tudo o que sabemos sobre o autismo, e considerando a tríade das definições atuais do transtorno do espectro do autismo (déficits de comunicação, déficit no contato social e atividades restritivas e repetitivas), é que Bernardo possivelmente possua dificuldades de linguagem (que poderão se constituir em um TDL), associadas a dificuldades sensoriais e um sofrimento psíquico que parece estar mais no âmbito do processo de separação do que de alienação neste momento, visto o coleito com os pais e a demanda livre de aleitamento que se seguiu durante um ano após início da terapia. Na sequência da terapia de Bernardo em teleatendimento, em função da pandemia, sustentamos a reflexão materna e paterna sobre as ações necessárias para ele crescer e ele passou a dormir sozinho, estava se alimentando bem, sem o seio, durante o dia e passou a falar mais e até a sentar e desenhar com o pai, conversando comigo durante o teleatendimento.

Há casos, por outro lado, em que o lugar de enunciação esteve garantido ao início, mas as dificuldades da criança em ocupá-lo por problemas no processamento linguístico, somadas a dificuldades do exercício da função materna, pode ter feito emergir fantasmas maternos sobre a suposição de um falante da língua e até da inteligência do filho. Isso parece ficar mais complexo quando são oferecidas duas línguas à criança, como no caso de Hélio.

4.2.3 HÉLIO: A ESCOLHA DE UMA LÍNGUA PARA SUSTENTAR UM LUGAR DE ENUNCIÇÃO

Recebemos um bebê de quase dois anos, prematuro extremo, que vivia com sua mãe e pai na região rural de colonização alemã, próxima a Santa Maria. A preocupação da mãe, que tinha sofrido uma depressão pós-parto, era de que Hélio ainda não falava e, após o nascimento, ficou muito tempo com um “ovo” na cabeça pelo uso de fórceps. A mãe se sentia insegura quanto ao exercício da maternidade, algo que lhe era reforçado por familiares. Ficava muito tempo sozinha com o filho, já que o marido viajava muito devido à profissão de caminhoneiro. Nosso primeiro passo terapêutico foi oferecer uma escuta psicológica para a mãe, algo demandado por ela, além do atendimento conjunto dela com Hélio. Além disso, a mãe tinha problemas de saúde que possivelmente estivessem relacionados ao manuseio de agrotóxicos na lavoura de morango, sua atividade laborial, e foi necessário encaminhá-la para exames médicos.

Na observação das filmagens de Hélio com a mãe, percebemos que havia estratégias conjuntivas entre ambos. A mãe falou em Português Brasileiro (PB) durante a sessão, embora soubéssemos que o alemão era sua língua materna. O brincar de Hélio trazia o simbolismo esperado para sua idade. Nessa filmagem, a mãe tinha ações contingentes e evidenciava prazer em estar com o filho. Não observamos estado emocional depressivo frente ao filho, embora a mãe relatasse dificuldades emocionais e de humor no atendimento psicológico.

A dúvida que emergiu nas primeiras sessões era se ele compreendia PB, já que parecia alheio a algumas falas da terapeuta, embora brincasse de modo adequado com a mãe e com ela. Então solicitei a uma estagiária falante nativa de alemão, nascida na mesma região que ele, para entrar em sessão com a outra terapeuta, a mãe e Hélio. As terapeutas foram orientadas a agir do seguinte modo: a falante do PB falaria por 10 minutos durante a brincadeira e a bilíngue falaria por 10 minutos em alemão na sequência da brincadeira. Seria possível observar qual língua já estava mais dominada na compreensão por Hélio. Era o alemão, pois, apesar de a mãe dizer que falava português em casa, possivelmente, sem se dar conta, falava muito mais o alemão, sua língua materna. Assim, a terapeuta bilíngue passou a ser a responsável pelo

caso e solicitou à mãe que utilizasse mais o alemão. Hélio respondeu muito rápido. Na sessão seguinte, procurou sua terapeuta na sala de orientação com um grande sorriso, olhou-nos e disse: HALO!

Nos seis meses que se seguiram, por meio de brincadeiras temáticas e diálogos com Hélio e sua mãe, ela continuando a escuta psicológica e participando das sessões com o filho, foi possível observar um progresso rápido em alemão. Hélio passou a produzir frases e pequenos relatos, praticamente emparelhando sua idade cronológica com sua idade linguística naquela língua. Orientamos então o retorno em março para reavaliação. Também orientamos a introdução de Hélio em ambientes para ouvir o português, preferencialmente com outras crianças para que a entrada na escola não fosse difícil. A mãe conseguia levá-lo na pracinha umas duas vezes por semana, onde ele brincava com outras crianças falantes do Português Brasileiro.

Com o trabalho psicológico, a mãe pôde cuidar-se, inclusive de problemas de saúde que a debilitavam fisicamente no dia a dia e passou a estar mais confiante como mãe. O fantasma do “ovo” na cabeça sumiu.

Observamos, nesse caso, que este fantasma, junto à depressão materna, o bilinguismo mal coordenado e a falta de apoio da família ampliada, foram fatores responsáveis pelo abalo na suposição de falante da língua que a mãe projetava para Hélio, apesar dos médicos do segmento de prematuros, que acompanhavam Hélio em seu desenvolvimento, não identificarem motivos para pensar em qualquer lesão cerebral. Diante da dúvida de linguagem, encaminharam o menino ao nosso atendimento e conseguimos dar um bom suporte para o seu desenvolvimento. Não poderíamos dizer que Hélio teria um distúrbio de linguagem. Tratava-se de um atraso cuja intervenção oportuna deu conta de solucionar. A escolha da língua materna, o alemão, permitiu que a mãe se sentisse segura para ocupar sua função e, ao mesmo tempo, garantiu um lugar de enunciação para Hélio.

Até hoje me pergunto o que fez a mãe falar em PB na primeira filmagem. Seria um imaginário de que o fonoaudiólogo exigiria isso, por ser essa língua dominante do país, ou escutas de afirmações equivocadas sobre o bilinguismo, ou orientações diretivas sobre ela ter de falar nessa língua. Esse aspecto ficou em suspenso, visto que o caso evoluiu tão rápido, que ficou secundária a resposta a essa questão.

Advirto sobre orientações equivocadas porque já recebi vários casos em que fonoaudiólogos proibiram o uso de mais de uma língua em função das dificuldades em aquisição, mas de modo equivocado e autoritário, indicaram a permanência do PB sem considerar a língua materna, que identifico como a língua onde o afeto é possível na relação mãe-bebê/criança pequena.

4.3 AS RELAÇÕES DE FORMA E SENTIDO NA CONSTITUIÇÃO DA CRIANÇA COMO UM FALANTE DA LÍNGUA

Tradicionalmente, a Fonoaudiologia, motivada por teorias de análise da língua em níveis separados, trabalha com a avaliação e terapia por nível linguístico. Assim, se a alteração fosse fonológica, o treinamento de contrastes fonêmicos seria o objeto da terapia; se fosse lexical, o treinamento de novos vocábulos, e assim por diante. Escapam a esse modo de ver a língua e a linguagem as relações distribucionais e integrativas entre as formas e sentidos nos distintos níveis linguísticos, bem demarcadas por Cardoso (2010) no deslocamento da teoria de Benveniste que propõe para pensar a avaliação dos distúrbios de linguagem.

O autor, ao estudar as noções de intersubjetividade, de níveis linguísticos, as relações de forma e sentido, deixa claro que o diálogo é a unidade prioritária de avaliação da linguagem e, portanto, acrescento como sendo a unidade de intervenção.

Na seção anterior, creio ter abordado o princípio de intersubjetividade ao propor que a sustentação de um lugar de enunciação ao bebê/criança pequena é a base para motivá-lo ao aprimoramento no domínio das relações entre forma e sentido na língua.

O que define a forma é sua capacidade de dissociar-se em níveis inferiores e o que define o sentido é sua capacidade de integrar níveis superiores no discurso (BENVENISTE 1964), ou seja, a forma é rígida por relações distribucionais e o sentido por relações integrativas. Essa inclusão do sentido nos níveis de análise é o que diferencia a teoria de Benveniste (CARDOSO, 2010, p. 44) de outras abordagens teóricas na linguística, presente no texto “Níveis de análise linguística”

de Benveniste (1964). A conclusão lógica dessa abordagem é que há uma indissociabilidade dos níveis na análise da linguagem ordinária.

Klein e Cardoso (2018) trazem contribuição relevante para pensar sobre essa indissociabilidade e também em como o terapeuta pode sustentar o diálogo favorecendo o processo de estabelecimento da correferência a partir do contexto da frase, baseado na relação entre locutor e alocutário. Essa relação impulsiona a criança a aprimorar e reformular sua fala porque deseja ser compreendida. Os autores exemplificam como um sujeito aprimora enunciados como “eu fi” para “eu vim” e, finalmente, para “eu vi isso” a partir do diálogo e pela sustentação enunciativa do terapeuta (KLEIN, CARDOSO, 2018, p.14). Do mesmo modo, Flores (2009) dá um exemplo de repetição de uma parte do enunciado do terapeuta por uma criança cujo objetivo seria sustentar a própria enunciação no diálogo, o que o autor chamou de comportamento metonímico da repetição.

Portanto, a manutenção do diálogo permite que a criança construa, em seu exercício, o conhecimento da língua, aprimorando seus níveis porque deseja se fazer entender pelo seu alocutário. Para fazer isso, no entanto, o fonoaudiólogo deve compreender o funcionamento de linguagem da criança, formulando uma hipótese de funcionamento de linguagem (SURREAUX, 2006).

Eu proponho, na formulação dessa hipótese, que o fonoaudiólogo analise como está a sustentação enunciativa que o adulto familiar dá à criança (por isso a observação do diálogo na avaliação), o domínio das relações entre forma e sentido por parte da criança, e como o adulto auxilia ou pode auxiliar na ampliação desse domínio. O terapeuta precisa compreender quais as solicitações ou facilitações ele poderá fazer durante o diálogo para favorecer o domínio das relações entre formas (processo distribucional- capacidade de dissociar unidades maiores em menores- compará-las e perceber distinções, no exemplo de Klein e Cardoso (2018) [fi] x [vi]), e, ao mesmo tempo, integrá-las em unidades maiores na produção de sentido. Observamos, no exemplo clínico oferecido por esses autores, que o aprimoramento da forma se deu em um contexto de diálogo em que a criança utilizou a fala do terapeuta como “andaime” (*scaffolding*), ou seja, como forma de reorganizar e reestruturar seu próprio enunciado.

Flores (2009) afirma que o distúrbio de linguagem é transversal à linguagem, pois há uma inter-relação entre forma e sentido nos níveis linguísticos. O autor afirma que a enunciação incide em cada um dos níveis linguísticos em separado ou em inter-relação (FLORES, 2009). Portanto, é quase uma ficção um fonoaudiólogo achar que irá apreender a complexidade de um funcionamento singular de linguagem por meio de avaliações de níveis linguísticos em separado. Eventualmente, eu creio que tais avaliações mais preparam o fonoaudiólogo inexperiente para identificar níveis na linguagem do que exatamente para compreender o funcionamento de linguagem dos sujeitos por ele atendidos, visto que, para tratar, é necessário apreender a dinâmica dos níveis em ação. Podemos fazer uma metáfora de que a análise de níveis em separado funciona como instantâneos de trechos de um filme, cujo enredo só pode ser apreendido na visualização do filme em si.

Para o autor, a distinção entre os domínios semiótico e semântico permite colocar-nos frente ao problema mais importante da linguagem, sua função primordial: a de significar. Isso leva o autor a dizer que “bem antes de servir para comunicar, a linguagem serve para *viver*” (Benveniste, 1966, p. 222).

Benveniste (PLG II, p. 224) afirma sobre a língua:

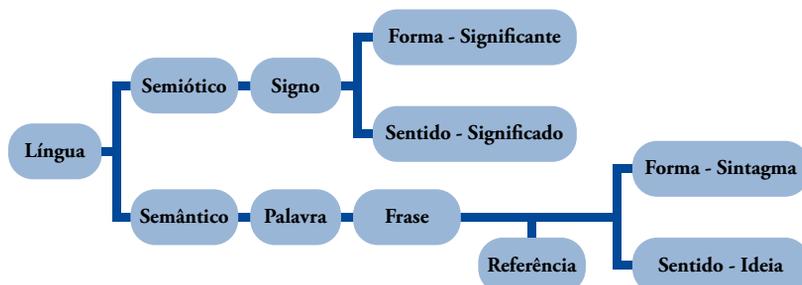
“Mas ela [a língua] tem também um outro caráter totalmente diferente, mas igualmente necessário e presente em toda a língua real, ainda que subordinado ao primeiro, eu o insisto: o caráter de se realizar por meios vocais, de consistir praticamente num conjunto de sons emitidos e percebidos, que se organizam em palavras dotadas de sentido. É esse duplo aspecto inerente à linguagem que é distintivo” .

Ressalta, por outro lado, que não quer contemplar a língua apenas em suas oposições paradigmáticas (domínio semiótico), mas também como “resultado de uma atividade do locutor que coloca a língua em ação” (BENVENISTE, 1966, PLG II, p. 230), ou seja, em sua dimensão semântica. Portanto, diferencia duas maneiras de ser língua no *sentido* e na *forma*: língua como *semiótica* (função de significar) e língua como *semântica* (função de comunicar) (Benveniste, 1966, PLG II, p. 229):

- **Semiótica** – propriedade da língua (“intra-linguística”), cujas unidades (*signos*) são distintivas (oposições binárias) e de valor genérico e conceitual, sem relação com as coisas denotadas;
- **Semântica** – língua em emprego e ação, sendo a *frase* sua expressão por excelência. De aplicação *particular*, resulta de uma atividade do locutor, implicando, portanto, referência à situação de discurso e à atitude do locutor.

De modo sintético, é possível dizer sobre o modo ou plano semiótico que sua unidade é o signo, que possui uma relação paradigmática, com valor genérico e conceitual, cuja função é significar e que determina a existência de sentido enquanto uma propriedade da língua. O nível semântico tem como unidade a palavra que está em uma relação paradigmática, assumindo um valor particular como resultado da língua em ação e cuja função é significar, o que permite definir qual o sentido de uma produção linguageira. A seguir, sintetizamos isso em um esquema.⁵¹

Figura 2 - Esquema interpretativo dos domínios semiótico e semântico



Deste modo, durante o diálogo, o bebê vai construindo o modo semiótico, relacionado a compreender o funcionamento dos signos em uma dada língua, ao mesmo tempo em que realiza o ato enunciativo ou presencia o ato enunciativo do alocutário, ou seja, ao mesmo

51 Esse esquema nos foi cedido pelo Prof. Valdir Flores, que o utiliza em suas aulas sobre os domínios semiótico e semântico em Benveniste.

tempo opera o plano semântico, no qual signos são mobilizados em enunciados para dizer algo ao seu alocutário. Em relação à importância do domínio semântico, reforço que a atitude do alocutário durante a cena enunciativa assumiria uma posição relevante no processo de aquisição dos distintos níveis linguísticos, pois o domínio de formas se dá de modo integrado no discurso, por meio de frases na fala do adulto. O bebê/criança pequena precisará discretizar os signos e compreender gradativamente as relações distribucionais das formas (em níveis inferiores) e as integrativas (em níveis superiores) na língua.

A criança (EU) constrói o conhecimento linguístico a partir de um processo de semantização da língua no diálogo com seu TU. Ao início, ela é incapaz de produzir formas reconhecíveis como língua, mas é capaz de significar na compreensão o dito pelo seu parceiro no diálogo e de participar da protoconversa de várias formas de comunicação entre as quais as vocalizações.

Se a um só tempo, no diálogo, articulam-se os domínios semiótico e semântico da linguagem, também a um só tempo está em jogo o funcionamento para o adulto e a aquisição para o bebê dos distintos níveis linguísticos, sendo impossível separá-los totalmente para uma análise.

Obviamente que o fonoaudiólogo consegue perceber o quão abrangente é ou não o domínio de determinado nível, o que lhe permite observar o *locus* principal do obstáculo encontrado pela criança para seguir em seu processo de aquisição da linguagem. Por isso, não só na avaliação como na terapia, é preciso avaliar o diálogo e como o conhecimento construído do domínio semiótico se efetiva no processo de semantização da língua durante o discurso.

A articulação desses domínios no diálogo, em que avaliamos a atitude discursiva do adulto ao sustentar ou não a criança e as condições da criança para ocupar seu lugar de enunciação com conhecimento da língua, permite traçar uma estratégia de intervenção que possibilite a criação de um lugar de enunciação, exposto na seção anterior, mas também estratégias de sustentação para a construção do domínio semiótico durante o processo de semantização. Nesse sentido, o fonoaudiólogo irá sustentar durante o diálogo a aquisição dos distintos níveis linguísticos, tendo como ponto de partida o que a criança já adquiriu do conhecimento linguístico, para que ela possa adquirir o que está em sua zona proximal de aquisição. O conhecimento do que está em sua

zona proximal de aquisição demandou, no meu caso, acesso a estudos descritivos de aquisição da linguagem (ordem de aquisição de fonemas, processos de aquisição lexical, morfológica e sintática). No entanto, é fundamental pensar em termos de mecanismos enunciativos enquanto lógica de aquisição, pois a presença ou não de relações conjuntivas ou disjuntivas, a depender das condições do bebê ou da criança para ocupar seu lugar de enunciação, direciona o processo de intervenção inicial, ou seja, não se trata apenas de descrever o que o bebê/criança pequena domina do ponto de vista gramatical, é preciso saber como semantiza isso no discurso e como está a sustentação enunciativa realizada pelo adulto.

Em primeiro lugar, cabe destacar que a observação do diálogo com o(s) adulto(s) que usualmente interage(m) com a criança é fundamental para verificar essa dialética entre o domínio gramatical que a criança possui (o que conhece em termos de léxico, estruturas frasais, fonologia, morfologia, etc.) e como utiliza esse conhecimento durante o diálogo. Também é importante, nesse aspecto, observar o tipo de sustentação enunciativa que o adulto faz (se sustenta ou não um lugar de enunciação) e também as solicitações que realiza (diretivo, silencioso, investe pouco, etc.). Esse duplo olhar sobre o funcionamento de linguagem em cenas de diálogo entre bebê/criança e seus familiares é o que dá a direção da intervenção, como vimos nos casos de Rui, Emílio e José (Cf. capítulos 2 e 3).

Sabemos que, a partir da sustentação de um lugar de enunciação para o bebê/ criança pequena por meio de mecanismos conjuntivos EU-TU e disjuntivos (EU/TU), a emergência do segundo mecanismo enunciativo é lógica. É nessa emergência que os fonoaudiólogos, em geral, concentram-se na abordagem terapêutica dos atrasos ou distúrbios de linguagem, geralmente com foco no ensino do vocabulário dado o viés nominal inicial da aquisição do PB (VIDOR, 2008).

A partir dessa noção dialética entre domínio semiótico e domínio semântico, é possível afirmar da impossibilidade de “ensinar nomes” sem carregar, nesse ato, a complexidade das oposições de valor dos distintos níveis linguísticos⁵². No diálogo, os nomes ou substantivos

52 Mesmo os fonoaudiólogos que buscam estratégias superestruturadas em modelos fechados como a repetição de nomes e fonemas, poderão sucumbir às demandas pelo brincar e pelo diálogo advindas da criança. Acredito que acabam por fazer mais do que apenas a repetição embora não tematizem esses fazeres que ocorrem para além do modelo adotado.

surgirão em posições sintagmáticas que informam as relações paradigmáticas, o que permite as relações distribucionais e também as possibilidades sintagmáticas que possibilitam o processo integrativo na construção de sentido. Dito de outro modo, ao analisar as tentativas de produção de uma criança no diálogo, podemos identificar dificuldades mais expressivas em um ou outro nível linguístico (por exemplo, o mapeamento lexical em Rui ou o nível fonético-fonológico em Emílio, Maria e José), mas não é possível manter a ilusão de que estaremos “estimulando” os níveis em separado, quando se tem conhecimento da complexidade do funcionamento da linguagem durante o ato enunciativo.

Por isso, podemos observar, mesmo em casos como as identificadas apraxias de fala, que o percurso terapêutico, em que pesem algumas estratégias de base para auxiliar a sustentar a realização vocal da língua pela criança (por exemplo, metodologias multigestos e prompt)⁵³, é muito singular, pois depende da identificação de como se dá a dinâmica de realização vocal da língua pela criança ante as tentativas de diálogo entre ela e o adulto. Esses distúrbios de linguagem, que acometem o funcionamento linguístico sem causa psíquica ou intelectual identificada, são vistos como Distúrbio Específico de Linguagem (DEL) ou Transtorno Específico de Linguagem (TDL), dentro do qual se observa o quadro de apraxia da fala ou verbal como sendo um quadro comum que afeta a realização vocal da língua por alterações práxicas (CRESTANI et al., 2013).

É interessante observar que o diagnóstico diferencial dos subtipos de distúrbio específico de linguagem só é possível quando a linguagem é observada em atos enunciativos, pois, mesmo a realização de testes articulatórios que avaliem diadococinesias e a identificação de sinais como o tateio articulatório (ato de mimetizar subvocalmente a produção articulatória do falante adulto em espécie de treino) e a variabilidade articulatória (várias tentativas distintas de produção da forma para uma mesma palavra), ou ainda restrições fonético-fonológicas importantes, não permitem saber como as dificuldades apráxicas

53 Multigestos e prompt são metodologias de ensino do gesto articulatório. Informações estão em sites como <https://www.multigestos.com.br/> e <https://apraxiabrasil.org/textos-sobre-afi/prompt-esclarecendo-as-principais-duvidas/>

impactam nos demais níveis linguísticos, ou seja, como a realização vocal da língua impacta o domínio progressivo de vocabulário e a possibilidade de combinar palavras. Cabe perguntar: se ela impacta o *template* ou molde silábico-acental que serve de base para a produção das palavras (situação provavelmente mais limitante como em Emílio) ou se ela impacta tão somente algumas sequências com determinados segmentos fonéticos (situação menos grave como ocorria com José)? Ou ainda: Seu *locus* se cruza ou não com a classe gramatical das palavras, impactando mais verbos do que substantivos ou é genérico afetando qualquer classe gramatical? Interessante lembrar que, no caso de Rui, a dificuldade de memória incidia sobre os substantivos. Minha experiência clínica indica que as possibilidades são múltiplas e singulares, pois cada criança compensa suas dificuldades processuais de modo particular, até porque particular é sua circunstância e acesso à linguagem.

Sejam quais forem os níveis evidentemente mais afetados, os efeitos são multinível, pois um vocabulário pouco extenso poderá dificultar a construção de sentenças. Por outro lado, dificuldades no processamento da sentença poderão limitar a aquisição lexical. Isso ocorre porque o processo de aquisição se dá nesse funcionamento que garante, a um só tempo, a identificação de características distribucionais e integrativas das unidades linguísticas.

Exemplificando, quando um bebê adquire o signo ‘pato’, é inevitável que ele o relacione inicialmente à primeira cena enunciativa em que o animal foi exposto e relacionado a um referente (por exemplo, um brinquedo de borracha no banho do bebê). Depois, se exposto a outros referentes para ‘pato’ (um pato de verdade no parque, um pato em um livro, um boneco de feltro, etc.), ele irá generalizar o conceito e fazer um mapa de significação mais amplo para o signo. Ao mesmo tempo, ele relaciona ‘pato’ a ‘bato’, ‘gato’, ‘rato’ porque eles fazem oposição de sentido por um fonema, e a ‘gato’, ‘rato’, ‘cachorro’, ‘boi’, ‘vaca’ etc., porque fazem parte de um campo semântico. Em uma exposição ao signo ‘pato’, todos esses níveis de conexões são ativados, mesmo que o bebê, em princípio, não possua uma organização taxonômica como a do adulto, já que a experiência com signos da língua é que permitirá essa organização.

Por outro lado, o contexto verbal em que a mãe apresenta o signo ‘pato’ é muito variado e são comuns enunciados do tipo: “Olha o pato”,

“O pato faz quáquá”, “O pato amarelinho”, etc. Nessas frases, o signo ‘pato’ integra uma unidade maior, ocupando o lugar de complemento, no primeiro caso, e de agente no segundo caso. Então é inevitável que o bebê, junto com a discretização do signo ‘pato’ do contínuo de fala, construa conhecimentos sobre as funções sintáticas que este signo pode desempenhar.

Assim, mostrar um ‘pato’ de borracha e treinar exaustivamente sua produção por meio da imitação não garante a apreensão complexa de seu uso na língua. Isso explica por que, em abordagens comportamentais que preconizam apenas a repetição, a capacidade de diálogo evolua pouco, pois o domínio da língua demanda uma abordagem que contemple as relações distribucionais e integrativas.

Se essas observações estão no cotidiano de uma criança quando o segundo mecanismo enunciativo emerge na aquisição (SILVA, 2007, 2009), mesmo que a criança, a princípio, enuncie signos isolados, isso não significa que ela está memorizando todo o vocabulário antes de compreender e falar frases. Ela está organizando vários níveis linguísticos ao mesmo tempo e, talvez por isso, sua capacidade processual limite suas possibilidades de expressão inicial. Cabe lembrar, no caso Safira, como o signo ‘mamãe’ (domínio semiótico) expresso com distintas entonações (domínio semântico) me permitiu compreender muito mais do que seu sentido literal.

Obviamente que há técnicas que podem ser utilizadas para facilitar esse acesso aos domínios semiótico e semântico. No entanto, cabe compreender que essa facilitação só é efetiva em termos de aquisição quando ocorre de forma naturalística durante o diálogo. A criança deve sentir que está sendo ouvida e que o fonoaudiólogo está servindo de *scaffolding* ou andaime para facilitar alguma estrutura do sistema linguístico que está na zona proximal às estruturas já existentes no seu sistema linguístico atual, e que isso está a serviço de evitar quebras na comunicação.

Cabe ainda destacar que os problemas que identificamos como alterações em níveis linguísticos (fonológico, lexical, sintático) são, na verdade, os nichos em que a sintomatologia é mais evidente, não sendo possível separá-los na sustentação de um lugar de enunciação para o futuro falante da língua, ou para um falante estremeado como afirmou Cardoso (2010), seja ele um bebê ou uma criança pequena ou maior.

4.3.1 O IMPACTO DOS CONCEITOS NA RELEITURA DE ALGUNS CASOS APRESENTADOS

Lembrando os casos de Emílio, Maria e José (Cf. cap.2 e 3), todos com apraxia de fala, podemos afirmar que o papel das terapeutas, nesses casos, foi a um só tempo, escutar a criança e analisar suas produções, evidenciando em que ponto se encontravam no domínio semiótico. A repetição do dizer, a extensão e complementação dos enunciados infantis foram estratégias que se apresentaram naturalmente durante o diálogo, uma vez garantido o lugar de enunciação da criança, e também fizeram emergir o que poderia advir ao se considerar as leis implicacionais de aquisição fonológica e fonotáticas. O que o terapeuta fez é colocar foco nas estruturas que estariam na zona proximal de desenvolvimento da linguagem. Não há nenhum impeditivo de utilizar um facilitador nessa passagem da zona real à proximal, como, por exemplo, o multigesto, desde que a criança compreenda o que está sendo feito e tenha evidenciado desejo de produzir o som.

Exemplificando este conceito vigostkyano de zona proximal em termos da fonologia, podemos dizer que uma criança que possui duas plosivas alveolares /t,d/ (uma sonora e uma surda) em dissílabas oxítonas, possa ter como zona proximal a dissílaba paroxítona e as duas plosivas labiais (/p,b/).

Por exemplo, em Emílio (Cf cap.2, pag. 25), do ponto de vista da estrutura sintagmática da palavra, ele podia captar a oposição de CV'CV (oxítona) e não 'CVCV (paroxítona). O segundo molde era muito mais produtivo para a língua portuguesa em termos de encaixe de palavras que ofereceriam melhor compreensão ao seu ouvinte, isso porque não há dúvida de que o acento é básico na identificação de palavras.⁵⁴ Se Emílio pudesse realizar vocalmente palavras em uma linha melódica menos francesa e mais do Português Brasileiro, seu ouvinte poderia compreender melhor sua fala e ampliar o diálogo com ele. Por isso, o foco inicial foi a produção de paroxítona. Depois foi necessário enfocar o aumento de extensão de sílabas, a emergência de mais pontos de plosivas e nasais para que o sistema se ampliasse. O modelo

⁵⁴ Sempre mostro aos meus alunos que a identificação das palavras ao ouvirmos o disco do Madredeus- conjunto de fado português, é mais difícil ouvindo a música do que lendo o texto da música, em função das diferenças acentuais do português brasileiro (sílabas tônicas mais extensas) do que do português europeu (sílabas tônicas mais fortes).

implicacional de complexidade de traços (MICT) (MOTA,1996) fornece as possíveis rotas gerais que as crianças seguem na aquisição segmental do PB, e as descrições que fizemos a partir do ciclo de soância permitem pensar que a estrutura CV é a base para a produção desses segmentos em um primeiro momento, seguida da coda (CVC) e *onset* complexo (CCV) (RAMOS, 1997b).

Esses trabalhos dão as bases para pensar as zonas proximais no nível fonológico, mas a forma de impulsionar a criança para percorrê-la é a escuta do terapeuta no diálogo. Por que alguém tão pequeno (até três anos) iria se esforçar para produzir fonemas e sílabas se não fosse para dizer algo que deseja para alguém importante, com quem gosta de brincar? Por isso, defendo que, inicialmente, é necessária uma metodologia de tipo *top down*, ou seja, em que o sentido seja o fio condutor (unidade mínima é palavra), o que ocorre naturalisticamente no diálogo. Quando as crianças já estão instaladas em um lugar de enunciação e tentando enunciar com fala articulada, pode ser importante adotar metodologias *bottom up*, em que unidades menores são treinadas para que a fala fique mais clara, como ocorreu no caso de Emílio. Neste caso, primeiro enfocamos o desejo de falar e fornecemos recursos para o mapeamento lexical a partir da compreensão da limitação fonológica, utilizando a repetição do dizer de itens lexicais de interesse de Emílio para que ele construísse o template silábico-acental necessário à exploração do vocabulário. O foco de repetição foi a partir de um processo *top down*⁵⁵, mas o raciocínio de escolha do tipo de item lexical a ser repetido com vistas à aquisição levou em conta um processo *bottom up*, ou seja, houve um raciocínio que levou em conta a zona proximal de aquisição lexical e fonológica, e a inter-relação entre léxico e fonologia no processo inicial de estabelecimento de correferenciação.

Esses casos me permitem resumir o que entendo como duas funções importantes do fonoaudiólogo nesses casos em que o fluxo de fala está comprometido por dificuldades na programação motora para a realização vocal da língua: escutar e identificar signos de modo a manter o diálogo durante a brincadeira e ancorar novas produções via repetição

55 Top down- das unidades maiores para menores – frase, palavra; bottom up- das menores para maiores- fonema, sílaba, palavra. Há terapia que indicam o caminho bottom up, mas isso, a meu ver, não é possível com crianças pequenas que não se instauraram na linguagem.

do dizer infantil e oferta do gesto articulatório em momentos em que a produção da fala está no centro da cena enunciativa (enunciar carro, telefonar, representar com fantoches, cantar). Esse trabalho necessita considerar o nível de aquisição em que está a criança (acento, sílaba, extensão de palavras e segmentos da língua), pois o foco gradativo em níveis mais complexos só pode ser feito a partir do lugar de onde ela pode enunciar.

Na emergência do segundo mecanismo enunciativo, há outros sinais que evidenciam dificuldades no processamento da linguagem, de modo especial na construção do conhecimento lexical, como vimos no caso de Rui (Cf. cap2, pg.20). Embora Rui conseguisse conversar, sua expressão ficava truncada pela falta de amplitude lexical. Mais uma vez o diálogo, enquanto unidade de trabalho do fonoaudiólogo com crianças pequenas, com foco na memorização lexical, permitiu, com suporte nos níveis fonológico e sintático, fazer Rui ampliar o vocabulário e, com isso, ampliar também tipos sintáticos, já que novas palavras permitiam orações mais complexas e completas.

Também vimos que as estratégias utilizadas passaram pela exploração de campos semânticos em um brincar criativo sobre temas. Os temas (animais, transportes, alimentos, móveis da casa) favoreceram a criação de taxonomias e a busca pelos nomes que partiu inclusive, após algumas sessões do próprio Rui, que perguntava à terapeuta o nome dos objetos (- o que é isso?) em um exercício de memória. Cabe então pensar nas estratégias enunciativas que podem ancorar essa memorização lexical que se dará no cruzamento entre a construção de paradigmas e sintagmas, pois a posição sintagmática que um item lexical pode ocupar na oração traz informações do grupo paradigmático ao qual o item se opõe por sentido. Do ponto de vista fonológico, sempre que ouvimos uma palavra, estamos selecionando um coorte de candidatos até o processo de identificação da mesma, ou seja, sempre há mobilização de pares mínimos ou quase durante a oitiva, algo que discuti na minha tese de doutorado (RAMOS, 1997b).

O fonoaudiólogo deve conhecer a língua, os mecanismos envolvidos na produção de enunciados para identificar as zonas real e proximal em termos de aquisição da linguagem da criança que atende. Orações, palavras e sílabas circulam entre o par falante e ouvinte de modo a continuar o diálogo. Quando uma criança não lembra um item lexical,

o fonoaudiólogo pode auxiliá-la facilitando a memória por meio de um gatilho silábico ou ainda dizendo o item por completo (facilitação fonológica) ou ainda viabilizar que itens recém-dominados possam ser utilizados em funções sintáticas conhecidas por meio de conversa acerca de temas, pois a estabilização de formas já adquiridas pode se dar em novas funções, e a aquisição de novas formas pode estar atrelada a funções já conhecidas.

Assim, a prática de itens lexicais e estruturas sintáticas recém-adquiridas em contextos conhecidos ancora a emergência de enunciados mais complexos, e a prática de itens lexicais e estrutura sintáticas já conhecidas em novas funções permite novas generalizações no processo de aquisição.

O diálogo é o que viabiliza a conexão entre o par falante–ouvinte de modo a permitir que o fonoaudiólogo ouvinte possa identificar as funções e estruturas conhecidas pela criança e, aos poucos, permitir a movimentação da zona real de aprendizado atual para a zona proximal. Isso ampliará o conhecimento de mundo e os registros de fala ligados a ele. Nesse sentido, o fonoaudiólogo é um ouvinte que escuta o que a criança tem a dizer, e o como ela diz, buscando favorecer novos jeitos de dizer, sem, contudo, romper o diálogo.

Assim, personagens que desempenham diálogos durante brincadeiras temáticas, a um só tempo permitem a ampliação de itens lexicais, de estruturas sintáticas, de estruturas morfológicas da língua, sobretudo aspectos da flexão nominal e verbal, e criam um mundo de imaginação por meio do qual a criança irá exercitar a segmentação e a integração das unidades, sempre tendo o sentido como fio condutor. Essa experiência com o outro poderá facilitar a emergência do terceiro mecanismo, pois esse processo de imaginar com a linguagem é fundamental para estabelecer a dupla enunciação (SILVA, 2009).

Considerando que algumas crianças apresentam limitações intelectuais, a existência de diferentes referentes denomináveis por um mesmo item lexical favorece a generalização do conceito e significado (por exemplo, mais de um tipo de bola, cadeira, cachorro, etc.). Diante da produção infantil, a valorização das aproximações fonológicas da criança e a oferta de pistas visuais ostensivas, quando necessário para que ela compreenda um item lexical novo em um contexto conhecido, são estratégias para facilitar a aquisição lexical inicial. O diálogo

favorece o processo de integração necessário ao reconhecimento das aproximações infantis e também da emergência de itens lexicais variados, entre os quais os que representam ações, o que será fundamental para a emergência da frase e da sintaxe.

Destaco que o que o terapeuta faz é apenas solicitar no diálogo a articulação desses processos, ele não pode ensiná-los formalmente e de modo metalinguístico. Eles precisam ser vividos durante o diálogo. De modo natural no diálogo, com a escuta qualificada do terapeuta que reconhece o domínio semiótico da criança, e o uso de *scaffolding* sintonizado à zona proximal de desenvolvimento linguístico, são realizadas as sustentações enunciativas necessárias para a criança avançar no processo de aquisição da linguagem.

Alguns aspectos merecem destaque na discussão do caso de Rui mencionado na seção sobre gerativismo e modelos de desempenho, que retomo agora com um olhar enunciativo. O primeiro é o sintoma de linguagem apresentado por Rui e o modo como a família lidava com isso na interlocução, consistente com o problema de anomia de armazenamento.

Os dados revelam que, mesmo com a terapia, Rui se mantinha com dificuldades para memorizar novos itens lexicais e que isso dificultava seu avanço no domínio semiótico. A diferença entre as produções de Rui e as esperadas para uma criança de sua faixa etária evidenciavam que possivelmente havia uma predisposição biológica para dificuldades de memorização lexical, o que era confirmado por sua mãe. Portanto, o domínio dos signos era lento e difícil.

De um ponto de vista enunciativo, apresentava estratégias compatíveis com o terceiro mecanismo enunciativo, que consiste da instauração do sujeito na língua-discurso, por meio do aparelho das funções (intimação, interrogação) e de formas de instanciação do eu (se autorreferia como RUI) no discurso. A morfologia verbal era bem desenvolvida, apresentando flexão adequada da 1a, 2a e 3a pessoa do singular e a 1a pessoa do plural. A flexão de gênero era adequada (R: meu menino; menina) e possuía extenso uso de dêiticos como “eu” e “tu”, e demonstrativos como aqui, lá e ali. Portanto, considerando o domínio semiótico, apresentava avanços sintáticos e morfológicos descompensados da aquisição lexical, ou seja, do domínio de signos da língua.

O que os pais faziam com essa dificuldade? A mãe não marcava a R. a necessidade de dominar os signos e não investia em auxiliá-lo. Apresentava-se apática e quase não oferecia signos ao filho mesmo quando este lhe pedia, demorava a nomear e o fazia de modo pouco enfático. O pai fazia cobranças, parecia mais preocupado e angustiado com a dificuldade do filho. Ele fazia perguntas no sentido de induzir R. a pensar o nome, mas que tinha um efeito de truncar o diálogo. Também acabava por não oferecer os signos como R. precisava para agilizar a memorização. Na época, não conhecíamos propostas que abordassem a participação dos pais em terapia. Pensávamos, eu e Dianer, que o trabalho direto com R. e orientações aos pais seria o único caminho para a terapêutica.

A terapeuta, sem saber dessas características da interlocução entre o menino e a família, procurou sustentar um lugar de enunciação para Rui, facilitando a apropriação linguística, em especial dos signos, por meio da interpretação da fala dele e auxílio na busca de itens lexicais, negociando sentidos. Essa postura terapêutica que mantinha o sentido como fio condutor, acabou por facilitar a apropriação de novos signos pelo menino, pois a terapeuta criou um novo funcionamento de linguagem com ele no qual oferecia mais signos do que a mãe, e não cobrava Rui para produzi-los como o pai. Ela apenas os retomava o quanto fosse necessário no diálogo, de modo a facilitar a memorização. O lugar de enunciação sustentado garantiu a veiculação de sentidos, mas deixava vago para Rui o lugar de algo novo a dizer, sobretudo quando o menino não conseguia se fazer entender. A terapeuta não entendia tudo, mas o suficiente para que Rui não desistisse e desejasse continuar seu empenho para falar.

Isso acabou por ter efeito em sua evolução linguística, mas não teve um resultado direto na percepção dos pais sobre as necessidades do filho, pois, ao meio da terapia, quando foi feita a filmagem de Rui com os pais e o irmão, a mãe não percebia que ele perguntava os nomes para memorizá-los e, por isso, nem sempre os dizia. O pai também não sabia que, mais do que perguntar, ele deveria dialogar com Rui. Isso porque eles ficaram de fora da terapia. Embora Dianer tenha passado orientações após a filmagem, isso não é a mesma coisa que viver a linguagem de outro modo em sessão, pois acredito que a semantização possível a partir da intersubjetividade presente no diálogo da mãe e

do pai com Rui não lhe oportunizava um domínio semiótico razoável para sua evolução em termos de memória lexical.

O que os casos relatados até aqui evidenciam é que a adoção do diálogo como unidade de avaliação e de intervenção, em cenas lúdicas com crianças pequenas, principalmente o brincar corporal, o brincar em um tema, o canto e o conto fazem parte da dinâmica necessária para a construção dos distintos níveis linguísticos pela garantia de que a produção de sentido seja o fio condutor.

O que o fonoaudiólogo faz é colocar um holofote sobre o nível mais fragilizado, apoiando-se sobre o(s) nível(eis) mais desenvolvidos. Em Rui, a sintaxe e a morfologia ancoraram o domínio lexical; em Emílio, o domínio lexical ancorou o domínio fonológico. Já em Safra, a sustentação de um lugar de enunciação fez emergir os níveis sem que fosse necessária nenhuma técnica, pelo simples fato de ser suposta como falante da língua pela mãe.

Para tentar exemplificar caminhos clínicos para construção das relações de forma e sentido, e, ao mesmo tempo, para a instauração da criança na linguagem, apresento o caso de Lili, por ser um dos casos que atendi recentemente em que o caminho para o acesso à língua não foi inicialmente o diálogo, mas o canto e o desenho.

4.3.2 CASO LILI: O DESENHO E O CANTO NA SUSTENTAÇÃO DE UM LUGAR DE ENUNCIÇÃO E DO DOMÍNIO DAS RELAÇÕES DE FORMA E SENTIDO

Neste caso, pretendo ilustrar a emergência de um lugar enunciativo e o trabalho sobre as relações de forma e sentido quando a criança possui um obstáculo biológico, como o autismo, em que ambos aspectos podem estar afetados.

Em termos de lugar de enunciação, havia uma dificuldade que abrangia o domínio semiótico (aquisição dos signos e suas relações) e o domínio semântico (utilização das aquisições no diálogo, o que fez sua mãe chegar com dificuldades de sustentação de Lili na linguagem). A menina Lili, nascida a termo e com peso adequado à idade gestacional (38 semanas), foi trazida à clínica-escola quando estava com um ano e dez meses por haver preocupação familiar com a linguagem, pois ainda não falava e interagia pouco, preferindo brincar sozinha,

mesmo na presença de outras crianças. Essas observações emergiram na comparação da mãe de Lili com seu irmão mais velho de oito anos. O pai também percebia Lili desta forma: ausente na relação familiar e com atraso de aquisição da linguagem.

Não havia particularidades no relato de rotinas de alimentação e sono por parte da família e, no histórico evolutivo, observamos que Lili demorou um pouco para andar (1 ano e 5 meses), mas que os demais marcos evolutivos foram atingidos na idade esperada, exceto a fala. A mãe me apresentou um vídeo familiar de Lili falando ao telefone no qual apresentava um balbúcio ininterrupto, mas com alguma modulação imitativa do ato de falar ao telefone de familiares.

Na avaliação, observamos que não havia base para a emergência da linguagem na protoconversa e que Lili possuía características de estruturação autista, o que foi confirmado pelas avaliações psicológica e neurológica. Não havia sinais de intersubjetividade estabelecida com o outro e não havia o terceiro tempo do circuito pulsional. Lili só recorria ao outro diante de necessidades durante rotina (comer, dormir, ir ao colo da mãe, etc.), mas não compartilhava atenção no brincar (interações tridiádicas ausentes) e não se fazia objeto de prazer de sua mãe ou substituto (terceiro tempo do circuito pulsional ausente-pontuação inferior a 5 nos Sinais PREAUT), preferia interagir com objetos e pessoas. Apenas a interação com música e com o desenho permitia alguma atenção compartilhada com Lili.

A partir dessas observações, encaminhamos Lili para avaliação com terapeuta ocupacional, inserção em um grupo de musicalização com outras três crianças em sua faixa etária e iniciamos atendimento semanal fonoaudiológico.⁵⁶

Considerando aspectos relativos à aquisição da linguagem, na primeira sessão, observei que Lili demonstrava captar bem o som em nível periférico, conseguia discriminar e reagir a canções, como a canção do Oi, onde enunciei seu nome, embora não evidenciasse reconhecer o próprio nome ou o nome dos familiares. Esse fato evidenciou lacunas na articulação entre som e sentido que pareciam mais relacionadas às falhas na interação social, o que se confirmou nas sessões seguintes. Cabe, no entanto, afirmar que Lili foi avaliada por potenciais de longa

56 Recebemos a supervisão da psicanalista Érika Parlato-Oliveira neste caso.

latência que evidenciaram um atraso de um ano em sua maturação auditiva. Para além da discussão de causa ou efeito audição-linguagem, o atraso da maturação auditiva evidenciava a necessidade de solicitações auditivas e intersubjetivas para que Lili avançasse na aquisição da linguagem.

Do ponto de vista da expressão linguística, observei que Lili se apresentou muito silenciosa na primeira sessão, em comparação às demais. Os pais relataram balbucios nos quais não identificavam signos linguísticos. Em alguns momentos, ela produziu sons como estalos de língua, vibrações de lábio, mas nada identificável a uma produção endereçada ao outro, confirmando o relato familiar. Ainda posso dizer que se esperavam balbucios que se assemelhassem a protopalavras da nossa língua, mas não observei essas produções. Eram sons sem endereçamento e sem padrões ao quais se pudesse atribuir métrica ou segmentos do Português Brasileiro.

Em relação ao desenvolvimento cognitivo, percebemos que Lili estava na transição do período sensório-motor para o representativo porque fazia mais uso funcional dos objetos do que sensorial e conseguia encontrar o objeto quando escondido em anteparo. Sabia como utilizar colheres, copos, pratos, embora o brincar fosse com ausência de atenção compartilhada na primeira sessão, exceto no momento do uso de bolha de sabão. Portanto, apesar de já possuir a representação do ausente, esta não se articulava à linguagem e à interação com o outro, indicando a incidência da ausência de subjetivação sobre a cognição. Isso limitava o progresso no período representativo rumo a ações esperadas na faixa etária como o compartilhamento de brincadeiras e o uso efetivo da linguagem durante as mesmas, ou seja, o que Bullinger (2006) afirma ser a possibilidade de representações divorciadas das ações. Suas ações eram diádicas, ela e o objeto, sem participação do outro.

As estratégias das sessões abrangeram a utilização de músicas dos *Backyardigans*, um dos interesses de Lili ao folhear livros desses personagens. Também um teatro de dedoches de animais em que eu cantava músicas infantis como a do Seu Lobato e fazia as onomatopeias e Lili repetiu “auau”, alternando o olhar para o dedochê e minha boca. Também gostava de entrar em uma piscina de bolinhas a partir da qual eu fazia brincadeiras de atirar de volta as bolas que ela enviava

em minha direção e da mãe, fazendo uma grande palhaçada que ela respondia ligada e trocando olhares comigo e com a mãe. Apesar desses pequenos progressos, observávamos a necessidade de atender Lili em um espaço menor com menos estímulos porque ficava muito dispersa durante o atendimento. Por isso, transferi seu atendimento para uma sala menor que possuía três nichos: um tapete de EVA em frente ao espelho, uma mesa infantil com três cadeiras e um quadro negro. Além disso, no armário, que eu mantinha fechado, Lili podia escolher brinquedos, um por vez, para facilitar a construção da atenção compartilhada e o engajamento.

Em relação ao desenvolvimento linguístico, no aspecto compreensivo, o reconhecimento de canções como a da entrada do *Backyardigans* e o reconhecimento do nome próprio a partir da quinta sessão de musicalização evidenciavam progressos na escuta de Lili. Além disso, Lili conseguia produzir com agilidade alguns signos monossilábicos como “dá” (utilizado com consistência a partir da quarta sessão para solicitar objetos que deseja pegar), “já” quando desejava que um evento iniciasse (utilizado a partir da segunda sessão). Essas produções, somadas ao aumento da variabilidade no balbúcio (nível III- duas ou mais estruturas de consoante-vogal, reduplicadas com ponto e modo articulatorios variados – compatível com o final do primeiro ano de vida), observadas a partir da segunda sessão, indicavam prognóstico positivo para a aquisição da linguagem, desde que houvesse melhora nas interações sociais e articulações dessas ao processamento da linguagem no brincar espontâneo, espaço no qual a criança constrói o sentido linguístico no diálogo com o outro.

A mãe observava em casa a resposta ao próprio nome e a produção de “mamã” endereçado a ela. Estes dados relatados na quinta sessão e observados por mim na quarta sessão em jogo de esconde-esconde em que Lili se escondia atrás de mim, aguardando meu questionamento e da mãe, de onde a Lili estava, e ela aparecia, enunciando, neste momento, Lili e mamã, indicava a evolução de Lili nas interações. Após seis meses de terapia, Lili já apresentava alguns sinais enunciativos e pontuação 12 nos Sinais PREAUT, que indicava o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsonal, mas suas respostas não eram estáveis o suficiente para afirmarmos uma superação total das dificuldades na interação e na comunicação.

Lili podia ligar uma nova forma a um novo sentido em apenas uma apresentação, como aconteceu na sessão em que repetiu a onomatopeia *au-au* quando a solicitamos com um fantoche, mas isso não se converteu em uma progressão com a rapidez esperada.

Busquei, inicialmente, mais atividades corporais de troca como jogar bola, usar o vai e vem, para evitar que Lili se perdesse em pequenos objetos, ficando alheia às propostas minhas e da mãe de interação. Ela reagiu e protestou por não poder abrir o armário a todo momento. Eu busquei inserir a noção de abertura, desenvolvimento e encerramento das atividades, sem que ela se perdesse na exploração dos objetos, alheia à participação da mãe e minha. Hoje, conhecendo alguns facilitadores de atenção conjunta (ROGERS; DAWSON, 2014), talvez essa etapa fosse atalhada a partir das escolhas lúdicas de Lili, embora tenha conseguido progressos importantes em seis meses de terapia em termos de atenção conjunta.

As sessões versaram sobre três grandes momentos: no quadro, na mesa e em frente ao espelho, de modo alternado e com muito esforço meu e de sua mãe para entrar em comunicação, aproveitando interesses de Lili. Isso dominou o próximo ano de terapia, pois atendi Lili até junho de 2018.

No quadro: desenhávamos com Lili. Como eu e a mãe não somos especialistas em desenho, fazíamos desenhos como sol, árvore, flores, nuvem com chuva que eu fazia brincando com os pingos com uma fala tipo CHUVAAAA, alongando a última vogal e ritmando com pingos. Certa vez, fiz umas montanhas com sol no meio e risquei a montanha dizendo bem melodiosamente: GRAAAANDE. Um ano depois, Lili desenhava nuvens e dizendo UVAAAA (para CHUVA) e também fez a montanha dizendo GAAANDE (para grande). Suas primeiras palavras e desenhos organizados foram SOL, FLOR, ÁRVORE, CASA.

Na mesa, também desenhávamos esses objetos e víamos livros de feltro que permitiam interações como tirar um pinto de um ovo. Em geral havia canções que eu e a mãe de Lili cantávamos e ela prestava atenção de modo muito atento à nossa produção oral. Outro livro, por vezes, olhado e reproduzido com miniaturas, era o da Pepa. Ela gostava de modo especial de uma cena em que os irmãos George e Pepa dormiam em beliche e o pai contava uma história para eles. Reproduzi esta cena com ela, a mãe e o irmão com caminhas de madeira. Lili ficou atenta e gostou da encenação.

Outra atividade da qual gostava, além do desenho e ver livros, era montar quebra-cabeças, que emergiu mais no segundo semestre de terapia. Eu e a mãe seguíamos o que ela escolhia e ali tentávamos desenvolver um diálogo e um olhar conjunto sobre o que ela observava. De modo interessante, mesmo em silêncio, preferia que ficar próxima a nós duas e nós, conversando com ela, mas não entre nós. Certa sessão, eu e a mãe conversávamos e ela nos chamou atenção, demonstrando que deveríamos dar atenção a ela, o que demonstrava uma intersubjetividade e atenção conjunta em desenvolvimento.

No espelho, além de explorações iniciais com espuma de barbear, brincávamos de dançar e cantar. Ela sentada em bola Bobath e eu segurando sua cintura e cantando uma música do ursinho presente na rotina de musicalização, o que fazia Lili olhar firmemente para minha articulação via espelho, desejando cantar e esboçando imitações com sua boca.

É interessante notar que, nas primeiras aulas de música, a mãe ficou muito preocupada com a falta de resposta de Lili porque as outras crianças pareciam fazer melhor do que ela, mas mostramos a ela que, com o tempo, a rotina seria assimilada, como de fato foi. Ao final de um ano, a mãe de Lili é quem acalmou a mãe de outra criança que havia iniciado nas aulas de musicalização⁵⁷.

O trabalho corporal com a terapeuta ocupacional percorreu caminhos da integração sensorial e também solicitações cognitivas para organizar o brincar e a troca. Em alguns momentos, Lili era refratária às propostas porque queria ficar livre como ficava na minha sessão, mas tanto eu quanto a mãe percebíamos que a proposta era diferente, pois a linguagem é algo voluntário e, para ancorar o diálogo, é necessária liberdade de ação e expressão. Aos poucos, Lili foi percebendo e aceitando a diferença.

Com um ano e meio de terapia, as sessões pareciam uma brincadeira de adivinhar qual é a música. Lili cantava pedaços de músicas, a partir dos quais eu e sua mãe tínhamos de adivinhar a música e auxiliá-la a cantar. Desenhava boa parte das sessões, sendo capaz de fazer

57 A experiência musical de Lili virou artigo em fase de submissão, elaborado por mim, Isabela Fattore, Inaê Costa e Aruna Noal Correa. Também há um capítulo de livro editado pelo Instituto Langage, em 2019, escrito por mim e Aruna.

muitos objetos, como uma borboleta mexendo um pote de chocolate, desenho que era acompanhado pelo seguinte canto de Lili: “bometinha azendo chochoate adinha” (borboletinha tá fazendo chocolate para a madrinha). No mesmo dia, Lili chegou perto da bolsa da mãe e a abriu, olhou para mim e disse: chochoate. Foi um ano e meio de terapia com a canção, o desenho e gestualidade corporal para que Lili chegasse ao endereçamento de uma palavra para fazer um pedido (do ponto de vista dos mecanismos enunciativos- aparelho das funções- intimação).

Ainda assim, aos três anos e meio, o diálogo ainda não era fluído, mas as bases estavam colocadas, pois novas palavras foram emergindo em casa e na escola. Pequenas frases como a resposta à terapeuta ocupacional ao mencionar que ela iria para casa de táxi: - com a mamãe.

Com minha ida ao pós-doutoramento, Lili passou a ser atendida por fonoaudióloga, ex-aluna de mestrado que seguiu na mesma linha de trabalho. Lili hoje já diz frases aos quatro anos conforme vídeo que a mãe me enviou: - Oi como tá ocê? (oi como tá você). Uma frase que evidencia as bases para o diálogo.

Após um semestre e meio de musicalização, a mãe de Lili a colocou em aulas de música em escola especializada porque percebeu o quanto a filha gostava de música. Percebo que a família vê, na música, mais do que uma forma terapêutica, um potencial de Lili, o que com certeza é espaço importante de reidealização. Observava-se uma família amorosa, acolhedora, capaz de ressignificar seus projetos em nome do amor parental. O irmão de Lili foi capaz de enunciar isso ao dizer que a mana era um pouco diferente da irmã dos outros: “-mas só um pouco”.

Lili encarna o projeto estético mais precioso que os pais possam ter para uma menina e, ao mesmo tempo, em que suas limitações foram identificadas também foram descobertas suas potencialidades, criando perspectivas futuras a partir das quais foi possível reidealizar⁵⁸ a filha que fora imaginada sem autismo.

Neste caso, lancei mão de tudo o que sabia ser possível com uma criança de dois anos para fisgá-la na relação. Por isso, o trabalho conjunto e integrado com a terapeuta ocupacional e a professora de música. Após o primeiro semestre de terapia, o pai e a mãe diziam que Lili já

58 Para compreender em detalhes esse processo de reidealização, em suas dimensões de competências, estética e de futuro, veja trabalhos de Vitor Franco (FRANCO, 2015,2016.)

estava interagindo mais. O pai afirmava, naquele momento, ter uma relação com Lili, o que não ocorria antes da nossa intervenção. No final do primeiro ano, o irmão possuía uma relação e, no momento final da minha intervenção, posso afirmar que tínhamos uma menina com muitos desafios pela frente, sobretudo na escola, em relação à adaptação curricular. Não tinha dúvida, assim como a terapeuta ocupacional, de seu potencial intelectual para ler e escrever, de sua capacidade de escutar e falar, mesmo que houvesse momentos mais difíceis e de retraimento. Havia um lugar de enunciação sustentado e conquistado por Lili e seus familiares e um futuro em perspectiva. Ela continuou as terapias para conseguir uma melhor realização vocal da língua e engajamento no diálogo, pois esse processo ainda estava inicial quando eu saí do caso. Durante a escrita deste livro, estava com nova fonoaudióloga atuando com abordagem DIR-Floor time e utilizando aspectos facilitadores da terapia de multigestos.

Em certa vez, conversando com a mãe sobre distintas abordagens terapêuticas, eu lhe disse que a minha abordagem poderia demorar mais a ter resultados de fala, mas que, quando Lili falasse, seria conosco e não como um “repetidor”. Ela me disse que preferia assim. Estávamos conversando sobre abordagens comportamentais que não preconizam o diálogo, nem a instauração do sujeito na linguagem, mas a repetição pura e isolada de contexto, algo que era comum na oferta de serviços a autistas em nossa cidade. Hoje, percebo que há uma busca por metodologias que partam do interesse da criança, com abordagens mais naturalistas, o que evidencia um avanço dos profissionais na consideração da dimensão discursiva da linguagem.

A perspectiva adotada no caso não excluiu o uso de estratégias para favorecer a realização vocal da língua por Lili, pois ela possuía uma apraxia de fala (algumas estratégias do multigestos) e principalmente a música como estratégia prosódica facilitadora pela repetição que permitiu a construção das praxias orais para produzir formas com sentidos compreendidos por Lili (exemplo da música da Borboletinha). Cabe destacar que o endereçamento dessas formas ao outro e a compreensão do funcionamento do diálogo foi posterior, visto que os processos intersubjetivos ainda estavam em formação. Portanto, novamente observamos que a distinção entre domínio semiótico e processo de semantização foi fundamental na avaliação da linguagem.

Lili dominava signos para cantar, mas não para dialogar. Ao mesmo tempo, cantar foi a primeira forma de estar com o outro, ou seja, era uma cena enunciativa por meio da qual desfrutávamos eu, Lili e sua mãe de alguma interação, criando um lugar de enunciação via canto. A mãe compreendeu rapidamente este espaço de abertura e investiu nele em casa.

Em diversos momentos, durante as solicitações musicais, eu cantava a música de modo mais lento, repetia refrões, deixava de cantar partes de estrofes como estratégias de ancoragem prosódica para que Lili pudesse cantar. Ela o fez de modo cada vez mais bem sucedido. É possível afirmar mais: a música fixou Lili na relação e ancorou a produção de fala necessária para cantar. Essa fala produzida com sentido na música facilitou a produção de fala no diálogo, evidenciando um caminho singular no processo de aquisição desta menina.

Durante a escrita deste livro, comecei a conhecer metodologias estruturadas de intervenção precoce em casos de autismo (DENVER, DIR-FLOOR TIME) que levam em conta o ambiente naturalístico de trabalho com a criança, em minha opinião, única forma de garantir um lugar de enunciação. Acredito que elas possam somar novos aportes, sobretudo aos estagiários e fonoaudiólogos, recém-formados, por permitirem uma visualização mais objetiva das etapas do desenvolvimento e organização de objetivos terapêuticos de modo mais apreensível para os pais, sem, contudo, transformar o trabalho de linguagem em mera repetição divorciada do sentido. Advirto, no entanto, minha preocupação com a consideração do sujeito em constituição, algo que encontro na teoria psicanalítica. Por isso, garanti que ela pudesse ter esses aportes com terapeutas que possuíam um olhar sobre a constituição do psiquismo a partir da psicanálise, pois isso garantiria a articulação entre lugar de enunciação em termos simbólicos mais amplos e a possibilidade de vir a ser um falante da língua e não apenas a concentração excessiva no treinamento da função linguística.

Ao final desse capítulo, é importante ressaltar que haverá casos em que a sustentação de um lugar de enunciação via reconhecimento do potencial da criança será o suficiente para emergirem os mecanismos enunciativos de aquisição da linguagem, como vimos com Safira e Hélio. Porém, casos como os exemplificados nos capítulos 2 e 3, o caso de Bernardo e de Lili, evidenciam que não basta a sustentação de um

lugar de enunciação via articulação entre reconhecimento/suposição de sujeito à suposição de falante, é preciso que o fonoaudiólogo possa compreender a relação entre zona real e proximal na aquisição da linguagem por meio do conhecimento descritivo do domínio progressivo da língua, utilizando estratégias de ancoragem da compreensão e produção da linguagem oral que podem ser instrumentais em um sentido mais estrito. No entanto, não vejo condições de fazer isso de modo divorciado do sentido e do desejo de falar, da evolução do brincar e da cognição por parte da criança. Por isso, o diálogo e as atividades conjuntas entre o adulto e a criança são, a meu ver, a forma de sustentar o progresso na linguagem infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerro este livro realizando a pergunta retórica sobre qual o papel do fonoaudiólogo nesta clínica?

Classicamente, o papel do fonoaudiólogo foi instrumentalizar os sujeitos para ocupar a posição de locutor, ou seja, para compreender, falar, ler e escrever. Esse papel é muito forte a ponto de muitos negarem que este profissional esteja às voltas com o sujeito da enunciação, ou seja, o fonoaudiólogo se preocuparia com a produção de enunciados.

Ocorre que, para produzir enunciados, é preciso que alguém os produza (o EU) e os enderece a alguém (o TU). Por isso, creio que o fonoaudiólogo tem como tarefa a criação de condições para a emergência ou sustentação do falante **e não apenas com os enunciados do falante**. Facilitar-lhe enunciados é uma parte da tarefa.

No entanto, todas as avaliações de linguagem tradicionais e modelos de terapia abordam, de modo muito artificial, os enunciados produzidos ou compreendidos para investigar competências linguísticas do falante em processos de treinamento. Não visualizamos com a frequência necessária na leitura de artigos do campo, a preocupação, por exemplo, com as condições contextuais para que tais enunciados possam ocorrer, menos ainda da relação entre falante e ouvinte e seus efeitos no ato enunciativo, ou ainda as condições de atenção conjunta e gestualidade que compõem a matriz multimodal da linguagem.

A abordagem que enfoque a produção dos enunciados leva a avaliarmos, enquanto fonoaudiólogos, a compreensão e produção de orações, palavras, fonemas, morfemas, ou seja, a tentar descrever algumas capacidades do sujeito em memorizar e “usar”, em situação controlada, seu conhecimento gramatical, o que é uma parte do processo de avaliação. No entanto, esse tipo de abordagem poderá não explicitar onde estão os obstáculos para uma evolução linguística, sobretudo em tempos de aquisição da linguagem e constituição subjetiva, dado o fato

de que o bebê e a criança pequena são dependentes discursivamente das posições assumidas por seus alocutários usuais.

Benveniste define linguagem e seus planos conforme as duas citações:

“De fato, a faculdade simbólica no homem atinge a sua realização suprema na linguagem, que é a expressão simbólica por excelência todos os outros sistemas de comunicações, gráficos, gestuais, visuais etc., derivam dela e a supõem.” (BENVENISTE, 1963, p.30).

“De um lado é um fato físico: utiliza a mediação do aparelho vocal para produzir-se, do aparelho auditivo para ser percebida. Sob esse aspecto material presta-se à observação, à descrição e ao registro. Do outro lado, é uma estrutura imaterial, comunicação de significados, substituindo os acontecimentos ou as experiências por sua evocação,” (BENVENISTE, 1963, p.30)

O autor ressalta que essa acessibilidade da experiência interna de um sujeito ao outro, seu alocutário, por meio de uma expressão articulada, a fala, fruto de um ato do locutor, é o que diferencia o homem de outros animais.

Refletindo sobre a definição dos planos da linguagem, é possível afirmar que o fonoaudiólogo tem-se dedicado de modo incontestado ao plano físico em seus estudos sobre os distúrbios de linguagem. Há uma expectativa de que ele, enquanto profissional da saúde, possa compreender e explicitar os agravos que podem gerar obstáculos no uso do aparelho vocal e aqui é possível citar as especialidades de voz e motricidade orofacial como campos do saber fonoaudiológico que buscam criar as condições para um bom uso desse aparelho. Ele também investiga o uso do aparelho auditivo e capacidade de domínio postural para entrar em relação, como objetos de estudo da especialidade de audiologia.

À área da linguagem caberia lidar com o plano imaterial, no qual ocorrem a comunicação de significados e a substituição de acontecimentos ou experiências por representações, evocadas durante o uso da linguagem. A relação entre a realidade física e a imaterial da linguagem

recebe distintas abordagens teóricas, inclusive algumas que reduzem a dimensão simbólica aos comportamentos fisicamente observáveis, como os aportes comportamentais utilizados em algumas terapias de linguagem por estímulo e reforço, sem observação do prazer na interação da criança com o adulto, sem a noção de que as representações materializadas no ato enunciativo constituem a instância discursiva, que, embora possa guardar uma relação com a realidade física do mundo, percorre um caminho cada vez mais abstrato no processo de desenvolvimento humano. Isso permite que o bebê/criança pequena construa a dupla enunciação, aspecto crucial para sua constituição linguística e subjetiva, bem como evolução cognitiva.

Nessas abordagens formatadas, sem inclusão dos familiares durante o brincar e o diálogo, perde-se a relação homem-língua(gem)–sociedade. Benveniste (1963) afirma que língua e sociedade não se concebem uma sem a outra e que não são conhecimentos inatos. A criança, com seu desenvolvimento intelectual progressivo, o que inclui a linguagem, integra-se na cultura que a rodeia. Benveniste inclui na cultura “tudo que dá à vida e à atividade humanas forma, sentido e conteúdo” (BENVENISTE, 1963,p.31), pois “é definitivamente o símbolo que prende esse elo vivo entre o homem, a língua e a cultura” (BENVENISTE, 1963, p.32).

Portanto, quando ampliamos o olhar do fonoaudiólogo para o falante, é inevitável que ele olhe para o homem que domina uma língua e se apropria da cultura a partir do simbolismo. O fonoaudiólogo agirá em duas frentes a partir desse olhar ampliado.

A primeira frente foi enunciada por Cardoso (2010) e Surreaux (2006) quando afirmaram que a compreensão do sintoma de linguagem e do sofrimento no processo de avaliação demanda escutar o sujeito no lugar em que ele pode enunciar, reconhecendo-o como falante mesmo que um falante estremecido, como afirmou Cardoso (2010). Desse reconhecimento, instala-se a relação EU-TU fundamental para o exercício do diálogo.

A segunda seria movimentar esse falante na direção de um domínio progressivamente maior das relações entre forma e sentido na língua a partir do exercício do diálogo, sobretudo quando pensamos em crianças com atraso na aquisição da linguagem. Há outros exemplos neste livro de como isso pode ser feito, levando em conta as demandas específicas

de algumas lacunas no domínio semiótico, como no caso de Emílio e Rui extensamente relatados nos primeiros capítulos. Nesses dois casos, Cristiane e Dianer, as terapeutas, trabalharam na superação da apraxia de fala de Emílio e da anomia de Rui por meio do diálogo, enfocando, no primeiro caso, a evolução do *template* articulatorio e, no segundo, a memorização de nomes em campos semânticos oferecidos na brincadeira temática de interesse de Rui.

Embora desconhecêssemos a abordagem enunciativa na época, o fato de terem adotado o diálogo como modo de intervenção garantiu o progresso nos casos. O progresso poderia ter sido maior, no entanto, se os pais tivessem sido inseridos nos primórdios do processo terapêutico, algo que faríamos hoje a partir da noção de lugar de enunciação.

A técnica, nessa perspectiva, não consiste em ensinar formas, mas em exercitar o uso de formas com sentido possíveis a cada sujeito, viabilizando um lugar de enunciação e garantindo condições nas cenas enunciativas para que outras formas emergjam no diálogo, ou seja, assumir a significação como fio condutor.

Assim, o fonoaudiólogo atua na semantização da língua e, por meio dela, sustenta uma ampliação do domínio gramatical ou semiótico, o que inclui indissociavelmente ampliação de formas e sentidos. Mesmo em casos nos quais falar não seja possível, e nos quais se tenha de utilizar recursos pictográficos, por meio tecnologia assistiva, como é o caso dos sistemas de comunicação aumentativa e alternativa (CAA), o fonoaudiólogo oferecerá uma forma para aquele que nunca teve ou perdeu a capacidade de produzir sons orais dizer o que deseja ao seu alocutário, por meio de símbolos pictográficos. Muitas vezes, um piscar de olhos indica imensas possibilidades de dizer como acompanhamos no caso do Dr. Stephen Hawking (1942-2018), que pôde escrever livros muito importantes na física moderna, apenas com movimentos oculares conectados à alta tecnologia assistiva.

Ressalto, ainda, que, na minha vivência clínica, foram muitos os exemplos clínicos de que o falante não tem domínio do que diz porque existe a dimensão inconsciente que se dá na transferência e que transborda constantemente durante os atos enunciativos em uma sessão fonoaudiológica, algo que não enfoquei no livro. Essa, com certeza, é uma dimensão considerada e tematizada em outros trabalhos de interface entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise que podem ser consultados.

Desde minha formatura, em 1987, muito se descobriu sobre o funcionamento cerebral dos bebês; avanços teóricos no campo da aquisição da linguagem; releituras psicanalíticas em afinidade com o campo das neurociências, entre tantas novidades científicas. Também muitas experiências foram feitas na elucidação de modelos de processamento da informação.

No entanto, acho que a clínica de bebês está começando, visto que eles ainda não são cuidados no sistema de saúde e educação como deveriam na realidade brasileira. Para que intervenções oportunas possam ocorrer nos casos de risco de atraso na aquisição da linguagem, é preciso detectar muito cedo, já na puericultura do primeiro ano, se há obstáculos ao desenvolvimento infantil, tanto em relação ao psiquismo como em relação à linguagem⁵⁹. Vejam que a idade mais precoce em que pude intervir foi com um ano e quatro meses (Bernardo) por um olhar mais destacado da pneumologista. As demais crianças chegaram quando os sintomas já estavam mais estabelecidos. Até os dois anos, as chances são maiores na evolução do bebê, sobretudo no primeiro ano de vida nos casos de evolução para um quadro de autismo (LAZNIK, 2013)⁶⁰.

Cabe destacar que as condições neurológicas do bebê/criança pequena, de sua subjetivação e de subjetividade da família (aqui me refiro ao psiquismo de um ponto de vista psicanalítico), o conhecimento que possuímos de efeitos na aquisição e no aprendizado (psicomotor, construção de conhecimento e simbolismo, conhecimento do tempo e do espaço, etc.) em solicitações que fazemos a partir de cenas criadas em sessão, formam uma série de conhecimentos que embasam a construção lógica da linguagem pela criança a partir da sustentação

59 Lancei recentemente o livro *Instrumentos de avaliação do bebê* pelo Instituto Langage, que aborda o tema. Nele destaco, que não basta conhecer os protocolos, pois é preciso saber como abordar os pais sem criar profecias negativas sobre o bebê. Há inúmeras estratégias que podem facilitar a criação do laço entre pais e bebês, mas a principal é uma escuta sensível do bebê e seus pais em uma aposta na saúde mental.

60 Há uma discussão de que, se o autismo tem determinantes biológicos, a intervenção no primeiro ano já seria em um caso de autismo. Prefiro pensar que o funcionamento de tipo autista está em vias de instalação e que a intervenção oportuna promoverá o encontro mãe-bebê de modo suficientemente bom para que esse funcionamento seja minimizado ou mesmo contornado. Por isso, é importante não falar em diagnósticos nessa idade e sim em um funcionamento que anuncia um sofrimento. O grupo PREAUT não avaliza diagnóstico ou mesmo a venda de intervenções formatadas falando em autismo no primeiro ano de vida com uso dos Sinais PREAUT.

do adulto. Na aquisição típica de linguagem, há uma relação lógica de antecedência entre os mecanismos descritos por Silva (2007, 2009), de modo que um pode coexistir com o outro, pois não são fases evolutivas, como se vê nas descrições psicolinguísticas clássicas. Estas têm seu valor do ponto de vista de estabelecimento entre zona real e proximal considerando as solicitações para o avanço do sistema semiótico, mas devem ser inseridas em um olhar lógico dos mecanismos enunciativos.

Gostaria de ressaltar que, na clínica, isso é mais forte ainda, pois as capacidades linguísticas das crianças para ocupar seu lugar de enunciação com fala reconhecível como pertencente ao universo linguístico ao qual está exposta são, em geral, eivadas de sintomas, quer por motivos neurológicos (casos de TDL, autismo e encefalopatias), quer por motivos subjetivos familiares (sofrimentos psíquicos que anunciam dificuldades nos processos de alienação e separação). Assim, poder pensar como estão e se estão ocorrendo os mecanismos enunciativos é uma forma de pegar o fio da meada e favorecer a lógica de aquisição de um modo que considere as potencialidades singulares em cada caso.

Além disso, é importante estar preparado para utilizar meios alternativos de comunicação, pois algumas crianças não ocuparão seu lugar de enunciação na modalidade oral, mas isso não impede de se instalarem no discurso, mantendo a conjunção EU-TU como estratégia de ancoragem discursiva. O ouvinte terá de facilitar o acesso a uma prancha de comunicação (física ou digital).⁶¹

Esquemáticamente, podemos sintetizar os papéis ou tarefas dos atores nessa clínica:

- Papel do bebê/criança pequena: aproveitar e desenvolver condições corporais para ocupar seu lugar de enunciação e sustentar comportamentos intersubjetivos primários para poder se engajar nas protoconversações iniciais.

61 Este tema do trabalho com Comunicação aumentativa alternativa (CAA) com crianças pequenas abrange muitos detalhes que não cabem na proposta deste livro, mas que não devem ser negligenciados pelo fonoaudiólogo. Em nosso grupo de atendimento, tivemos poucos casos usando CAA, por isso optei por não relatá-los. Os princípios enunciativos são os mesmos, apenas a modalidade de comunicação se modifica e necessita de estudo técnico adaptado, considerando o nível de complexidade tecnológica, as condições motoras corporais e cognitivas de cada criança ou bebê e o trabalho com os pais para aceitá-la.

- Papel do familiar (mãe, pai ou quem faça as funções parentais): reconhecer a atividade do bebê/criança como endereçada a ele e oferecer sentidos a partir de processos de homologia e interpretação de modo a articular o reconhecimento/suposição de sujeito à suposição/reconhecimento de falante da língua.
- Papel do terapeuta: identificar os obstáculos à emergência de um lugar de enunciação e oferecer solicitações em cenas lúdicas que possam mediar a emergência desse lugar, sustentando o potencial ativo do bebê/criança pequena e fornecendo meios para que se expresse (fala, prancha, etc.). Esse trabalho com o bebê/criança pequena e seus pais irá auxiliar que eles reconheçam e suponham um sujeito⁶² e um falante da língua.

Para atuar nessa clínica, penso que o fonoaudiólogo necessita eleger teorias de subjetividade e de linguagem compatíveis, conhecer profundamente o desenvolvimento infantil do ponto de vista biológico e cognitivo. Algumas das teorias em que acredito foram citadas, mas não aprofundadas, visto que objetivei focar na enunciação de inspiração benvenistiana para embasar o trabalho de linguagem na clínica com os pequenos e seus familiares.

Por isso, ressalto a importância de buscar as demais teorias necessárias (de subjetividade, de cognição, psicomotora), visto que o fonoaudiólogo precisa estar disponível para mediar a relação entre o bebê/criança pequena e seus pais, entregando-se ao brincar, o que exige disponibilidades afetiva e corporal muito intensas. Para tanto, a formação durante os cursos de graduação e demais níveis deve contemplar a especificidade dessa clínica.

Há muito trabalho a fazer para que o Brasil possa implantar esse cuidado nos sistemas de saúde e de educação infantil. Ele passa por uma posição de investimento no futuro do país e de sua população, na perspectiva de diminuir a pobreza material e educacional, bem como o primitivismo subjetivo, que nos transforma em um país muito violento.

Enquanto esse tempo de maior humanização não se instala de modo mais amplo em nosso país, é preciso fazer resistência. A ciência

62 Nesta tarefa, poderão ser necessários aportes psicanalíticos quando não um psicanalista em si.

e a educação são os espaços dessa resistência. Criar nichos de cuidado infantil na clínica e na educação, por meio dos quais possamos efetivar práticas humanizadoras sustentadas teoricamente, é o caminho que nos cabe se queremos honrar o juramento que fizemos como fonoaudiólogos, e demais profissões clínicas, no momento de nossas graduações.

Acredito que fazer uma clínica que sustente o brincar e o diálogo como forma de intervenção na linguagem é um bom início.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMBRÓS, T.B.M.; CORREA, A.N.; OLIVEIRA, L.D.; SOUZA, A.P.R. A musicalização como intervenção precoce junto a bebê com risco psíquico e seus familiares. **Rev. Latinoam.Psicopat.Fund.**, v.20, n.3, p.560-78, 2017.

ARESI, F.; FLORES, V. N. O funcionamento enunciativo do par pergunta-resposta em situação de clínica dos distúrbios de linguagem. **Calidoscópio** (UNISINOS), v. 6, p. 86-95, 2008.

BARRET, Martylo. Desenvolvimento Lexical Inicial. In: FLETCHER, Paul; MACWHINNEY, Brian. **Compêndio da Linguagem da Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BAYLEY SCALES OF INFANT AND TODDLER DEVELOPMENT. **Bayley Third Edition**, Administration Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2006.

BENVENISTE, E. A natureza dos pronomes-for Roman Jakobson, Mouton & Co., Haia, 1956. In BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral I**. Campinas, SP, Pontes, 1991, p.277-283.

BENVENISTE, E. Da subjetividade na linguagem. Journal de psychologie, jul-set, 1958, P.U.F. IN **Problemas de Linguística Geral I**. Campinas, SP, Pontes, 1991, p.285-293.

BENVENISTE, E. A forma e o sentido na linguagem. Le Langage II. Sociétés de Philosophie de langage français, Actes du XIII^o Congrès, Genève, 1966, Neuchatel, La Baconnière, 1967, p. 29-40. IN BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral II**. Campinas, SP, 1989, p.220-242.

BENVENISTE, E. Semiologia da língua. Semiótica, La Haye, Mouton & Co, vol.I, p.1-12 e vol.II, p.127-135. IN BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral II**. Campinas, SP, 1989, p.43-67.

BENVENISTE, E. O aparelho formal da enunciação. Langages, Paris, Didier-Larousse, 5^oano, n^o17, março de 1970, p.12-18. IN BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral II**. Campinas, SP, 1989, 81-90.

BERNARDINO, L.; LAZNIK, M-C.; ARAÚJO, G. As vicissitudes do encontro mãe/bebê: um caso de depressão. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 35, p. 49-56, jul. 2011.

- BIALER, M. A lógica do autismo: uma análise através da autobiografia de um autista. **Psicologia em estudo**, v.19, n.4, p.645-655, 2014.
- BLOOM, K; RUSSEL, A; WASSENBERG, K. Turn talking affects the quality of infant vocalization. **Journal of Child Language**, v. 14, n.2, p.423-433, 1991.
- BOYSSON-BARDIES, B. **Comment la parole vient aux enfants**. Paris, Éditions Odile Jacob, 1996
- BRANDÃO, P. et al. Abordagens do imaginário na cena terapêutica em estimulação precoce. **Escritos da Criança**, nº3, p.8-21, 1997.
- BRUNER, J. The ontogenesis of speech acts. **Child language**, n.2, 1975
- BULLINGER, A. Approche sensoriomotrice des troubles envahissants du développement. **Contraste**, v.2, n.5, p.125-139, 2006.
- CARDOSO, J.L. **Princípios de análise enunciativa na clínica dos distúrbios de linguagem**. Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Letras, Estudos da Linguagem, Porto Alegre: Instituto de Letras, Universidade Federal de Santa Maria, 2010.
- CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo**. São Paulo, Instituto Langage, 2009.
- CAVALCANTE, M.C.B.; ALMEIDA, ATMCB; ÁVILA-NÓBREGA, PV.; SILZA, P.M.S. Sincronia gesto-fala na emergência da fluência infantil. **Estudos linguísticos**, São Paulo, v. 45, n.2, p.411-426, 2016.
- CORIAT, L. JERUSALINSKY, AN. **Aspectos estruturais e instrumentais do processo de desenvolvimento**. 5ª edição. Escritos da Criança, Porto Alegre, Centro Lydia Coriat, n.4, p.6-12, 1997.
- CHERICONI et al. Pre-linguistic vocal trajectories at 6-18 months of age as early markers of autismo. **Frontiers in Psychology**, v.7, artigo 1595, 2016.
- CHOMSKY, N. (1965) **Aspectos da Teoria da Sintaxe**. Coimbra: Arménio Amado, 1975.
- CHOMSKY, N. **The minimalismo program**. Cambridge: Mass: the MIT Press, 1995.
- CLEMENTS, G.N. The role of sonority cycle in core syllabification in papers in **Laboratory Phonology I**, edited by John Kingston and Mary Beckman, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.
- CLEMENTS, G. N.; HUME, E. Internal organization of speech sounds. In GOLDSMITH, J. (ed) **The Handbook of Phonological Theory**, v.1, p. 245-306, 1995.

COLE, K.N. e DALE, P.S. Direct language instruction and interactive language instruction with language delayed preschool children: a comparison study. **Journal of Speech and Hearing Research**, v.29, 206-217, 1986.

CRESPIN, G. PARLATO-OLIVEIRA, E. Projeto PREAUT. IN JERUSALINSKY, A. **Dossiê autismo**. São Paulo, Instituto Langage, 2015.

CRESPIN, G. **À escuta de crianças na educação infantil**. São Paulo, Instituto Langage, 2016

CRESTANI, AH; OLIVEIRA, L.D.; VENDRÚSCOLO, J.F.; SOUZA, APR. Distúrbio específico de linguagem, a relevância do diagnóstico inicial. **Revista CEFAC**, 2013; 15(1): 228-237.

CRESTANI, A. H. et al.. Validação de conteúdo: clareza/pertinência, fidedignidade e consistência interna de sinais enunciativos de aquisição da linguagem. **CoDAS**, v. 29, p. e20160180-e20160180, 2017.

CRESTANI, ANELISE HENRICH ; MORAES, ANAELENA BRAGANÇA DE ; SOUZA, ADRIANO MENDONÇA ; SOUZA, ANA PAULA RAMOS DE . Construct validation of enunciative signs of language acquisition for the first year of life. **CoDAS**, v. 32, p. e20180279, 2020.

DE LEMOS C.T. G Interacionismo e aquisição da linguagem. D.E.L.T.A., v.2, n.2, 1986.
DE LEMOS, Cláudia. **Encontro Nacional de Aquisição da Linguagem**. Anais I ENAL PUC/RS, Unicamp, 1989.

DE LEMOS, C.T. G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum**, v.1, p. 121-135, 1992.

FATTORE, I.M. **Validação de Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem para Crianças de 13 aos 24 meses**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, 2018.

FERNANDES, FDM; AMATO, C. A.H. Análise do comportamento aplicada e distúrbios do espectro do autismo: revisão de literatura. **CoDAS**, 2013;25(3):289-96.

FERREIRO, E.; TEBEROSKY, A. **Psicogênese da Língua Escrita**. Edit. Artes Médicas, Porto Alegre, 1986.

FLORES, M.R; SOUZA, A.PR. Diálogo de pais e bebês em situação de risco ao desenvolvimento, v.16,n.4, p. 840-852, 2014.

FLORES, V.N.; BARBISAN, L.B.; FINATTO, M.J.B.; TEIXEIRA, M. **Dicionário de linguística da enunciação**. São Paulo: Editora Contexto, 2009.

FLORES, V.N. A enunciação e os níveis de análise linguística em dados de distúrbios de linguagem. **Organon**, v.1, p.177-190, 2009.

FORREST, K. Diagnostic criteria developmental apraxia of speech used by clinical speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, v.12, 376-380, 2003.

GALVÃO, MTG;PAIVA, SS; SAWADA, NO; PAGLIUCA, LMF Análise da comunicação proxêmica com portadores de HIV/AIDS. **Rev Latinoamericana de Enf.**, v.14, n.4, p.491-496, 2006.

GATHERCOLE, S. Word Learning in Language – Impaired Children. **Child Language Teaching and Therapy**. v. 9, n. 3, 1993.

GOLSE, B. O autismo infantil, a intersubjetividade e a subjetivação entre as neurociências e a psicanálise. In I. K. MARIN; R. O. ARAGÃO (Orgs.), **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo, SP: Escuta, 2013.

GREENSPAN, S.I; WIEDER, S. The developmental individual-difference, relationship-based (DIR-Floortime) model approach to autism spectrum disorders. In HOLLANDER, E.; ANGNOSTOU, E. (Org). **Clinical manual for the treatment of autism**. American Psychiatric Publishing, p. 179-209, 2007.

GOODGLASS *et al.*, Naming Latencies as Evidence for Two Modes of Lexical Retrieval. **Applied Psycholinguistics**. v. 5, p. 135-146, 1984.

GRATIER, M.; DEVEUCHE, E. Imitation and repetition of prosodic contour in vocal interaction at 3 months. **Developmental Psychology**, v.47, n.1, p.67-76, 2011.

GRATIER, M. A melodia antes das palavras? O papel da voz nas primeiras trocas sociais do bebê. IN PARLATO-OLIVEIRA, E. ; COHEN, D. (org) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, p.29-38, 2017.

JUSCZYK, P.W. Infant speech perception and the development of the mental lexicon in

GOODMAN, J.C. e NUSBAUM, H.C. **The development of Speech perception: the transition from speech sounds to spoken words**. MITpress, p. 227-270, 1994.

KENDON, A. The study of gesture: some observations on its history. **Researches semiotic/semiotic Inquiry**, v. 2, n.1, p.25-62, 1982.

KENDON, A. Kinesic componentes of multimodal utterances. **Article in Proceeding of annual meetings of the erkeley Linguistic Society**, dec. 2009. <https://www.Researchgate.net/publication/291246563>.

KONOPCZYNSKI, G. **Le langage émergent: aspects vocaux et mélodiques**. Hambourg, Buske Verlag, 1991.

KLEIN, S.F.; CARDOSO, J.L. Os níveis de análise linguística e a enunciação: a avaliação na clínica dos distúrbios de linguagem. **Cadernos do Instituto de Letras**, v.56, p.131-146, 2018.

KRUEL, C.S.; RECHIA, I.C.; OLIVEIRA, L.D.; SOUZA, A.P.R. Categorias enunciativas na descrição do funcionamento de linguagem de mães e bebês de um a quatro meses. **CoDAS**, v.28, n.3, p.244-251, 2016.

KUPFER, M.C.M. A pesquisa IRDI: resultados finais. In LERNER, R.; KUPFER, M.C.M (org) **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo, Escuta, 2008, p.221-230.

KUPFER, M. C. et. al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath**: v. 6, n. 1, p. 48-68, mai. 2009. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf>. Acesso em: 04 junho de 2019.

LAHIRI, A ; MARSLIN-WILSON, W. The mental representation of lexical form: a phonological approach to the recognition lexicon **Cognition**, v.38, 1991.

LERNER, R.; KUPFER, MCM. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

LAZNIK, M. C. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo, SP: Instituto Langage, 2013.

LAZNIK M. C. Podemos pensar uma clínica do nó borromeo que distingue a psicose e o autismo nos bebês? In: LAZNIK, M-C.; TOUATI, B.; BURSZTEJN, C. **Distinção clínica e teórica entre autismo e psicose na infância**. São Paulo, Instituto Langage, 2016.

MACHADO, N.P.; ALVES, R.O.; NASCIMENTO, C.R.; LUCENA, A.M.; FERREIRA, P.R.; PARLATO-OLIVEIRA, E.; CARVALHO, S.A.S. Investigação do reconhecimento do próprio nome em bebês de quatro a cinco meses: estudo piloto. **Rev. CEFAC**, v.15, n.5, p.1080-1087, 2013.

MACHADO, F.; LERNER, R.; NOVAES, B.; PALLADINO, R.; CUNHA, MC. Questionário de indicadores clínicos de risco ao desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtorno do espectro do autismo. **Audiol.Comun.Research**, v.19, n.4, p.345-351, 2014.

MACNEILL, D. So you think gestures are nonverbal? **Psychological review**, v.92, n.3, p.350-371, 1985.

MACNEILL, D.; QUEK,F.;BRYLL,R;DUNCAN,S. Multimodal human discourse: gesture and speech. *ACM Transactions on computer-human interaction*, v.9, n.3,p.171-193, 2002.

MASATAKA, N.; BLOOM, K. Acoustic properties that determine adults preferences for 3 month-old-infant vocalizations. *Infant Behavior & Development*, v.17, n.4, p.461-464, 1994.

MATISOFF, J.A. Rhinoglottophilia: the mysterious connection between nasality and glottality. In: Ferguson CA, Ohala JJ, Hyam LH (ed). *In Nasalfest: papers from a symposium on nasals and nasalization*, Edited by Ferguson, CA; Hayman, LH e Ohala, JJ. California: Stanford University; 1976.

MORAES, I.B. **Estudo de Caso com desvio fonológico evolutivo: processo de glotalização das fricativas**. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Fonoaudiologia, Universidade Luterana do Brasil, 1997.

MORO, M.P. **O brincar, a interação dialógica e o circuito pulsional da voz na terapia fonoaudiológica de crianças do espectro autístico**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

MOTA, H.B. **Modelo Implicacional de complexidade de traços**. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1996.

MURATORI, F. **O diagnóstico precoce do autismo: guia prático para pediatras**. Salvador: Núcleo interdisciplinar de intervenção precoce da Bahia, 2014.

NAGY, E.; MOLNARB, P. *Homo imitans* ou *homo provocans*? Modelo de imprinting a partir de imitação neonatal. . IN BUSNEL, M.C.; MELGAÇO, R.G. (org). **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, p.59-74, 2013.

NASIO, J.D. O que é um caso? In NASIO, J.D. (org) **Os grandes casos de psicose**. Jorge Zahar Editor, Col. Transmissão da Psicanálise, Rio de Janeiro, 2001, p.9-22.

OLLIAC, B. et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS One*, v.12, n.12, p.1-22, 2017.

PANNESE, A.; GRANDJEAN, D; FRÜHHOLZ, S. Subcortical processing in auditory communication. *Hearing Research*, 2015, 328, p.67-77.

PARLATO-OLIVEIRA, E. A importância da voz nos primórdios da constituição psíquica. IN PARLATO-OLIVEIRA, E. ; COHEN, D. (org) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017,p.17-28.

- PARLATO-OLIVEIRA, E. **Saberes do Bebê**. Instituto Langage, São Paulo, 2019.
- RAMOS, A.P.F. **Avaliação e Tratamento Fonológico de Crianças Portadoras de Fisuras do Lábio e do Palato Reparadas na Faixa Etária de 4 a 9 anos**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Letras, Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1991.
- RAMOS, A.P.F. **Processos de Estrutura Silábica em Crianças com Desvios Fonológicos: Uma abordagem não-linear**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Letras, Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1997a.
- RAMOS, A.P.F. Processos de Estrutura Silábica em Crianças com Desvios Fonológicos Evolutivos. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 32, 1997b.
- RAMOS, A.P.F. Teoria e prática terapêutica fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 15, n.2, p. 335-354, 2003.
- RAMOS, A.P.F.; BORTAGARAI, F.M. A comunicação não verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC**; v.14, n.1, p.162-170, 2012
- RECHIA, I.C. **Retardo de aquisição da linguagem oral com limitações práxicas verbais: dialogia e função materna no processo terapêutico**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, 2009.
- RECHIA, I.C.; SOUZA, A.P.R. Dialogia e função materna em casos de limitações práxicas verbais. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n.2, p.315-323, 2010
- RECHIA, I.C. **Maturação da via auditiva e a aquisição da linguagem em crianças nascidas pré-termo e a termo com e sem risco psíquico**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, 2016.
- ROTH-HOOGSTRATEN, A.M.J. **Análise do funcionamento de linguagem na avaliação de sofrimento psíquico em bebês**. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, 2020.
- SANTOS, D.Z. **Estudo de caso de uma criança portadora de disfasia**. Trabalho de Conclusão de Graduação em Fonoaudiologia, Universidade Luterana do Brasil, 1998.
- SCHERER, S; CASARIN, F.S.; ZART, P; RAMOS, A.P.F.; ASSENCIO-FERREIRA, V.J. Perfil evolutivo da relação type/token. **Revista CEFAC**, v.4, n.3, p.223-228, 2002.
- SCHERER, S.; RAMOS, A.P.F. Types e tokens na aquisição típica de linguagem por sujeitos de 18 a 32 meses falantes do português brasileiro. **Revista CEFAC**, v.13, p.944-953, 2011.

SCHWARTZ, R. G.; LEONARD, L. B. Lexical Imitation and Acquisition in Language – Impaired Children. . **Journal of Speech and Hearing Disorders**. v. 50, p. 141-149, may. 1985.

SCHWARTZ, R. G. Effect of Familiarity on Word Duration in Children's Speech: A Preliminary Investigation. **Journal of Speech and Hearing Research**. v. 38, p. 76-84, feb. 1995.

SCHWARTZ, R. G. **The Early Identification of Language Impairment Children**. Chapman e Hall, London, 1992.

SHRIBERG, L.D.; STRAND, EA., FOURAKIS, M et al. A diagnostic marker to discriminate childhood apraxia of speech from speech delay: I. Development and description of the pause marker. **JSLHR**, v.60, n.4, S1096-S1117, 2017
SILVA, C.L. C. **A instauração da criança na linguagem: princípios para uma teoria enunciativa em aquisição da linguagem**. Tese de Doutorado em Estudos da Linguagem, Porto Alegre: Instituto de Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

SILVA, C.L.C. **A criança na linguagem: enunciação e aquisição**. Campinas: Pontes, 2009.

SNOW, C.E. Conversations with children. In FLETCHER, P.; GARMAN, M. **Language acquisition: studies in first language development**. Cambridge: University Press, 1986.

SOUZA, APR.; KLINGER, E.F.; BORIN, L.; MALDANER, R. Entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. **Fractal: revista de psicologia**, v. 21, n.3, p.601-12, set/dez 2009.

SOUZA, A.P.R.; DEWES, C.; MORO, M.P. Terapia dialógica no retardo de linguagem. IN FERREIRA-GONÇALVES, G.; KESKE-SOARES, M.; BRUM-DE-PAULA, M.R. (org) **Estudos em Aquisição Fonológica**. V. 2, Editora Sociedade Vicente Pallotti, Santa Maria, 2009, p. 77-88.

SOUZA, A.P.R.; FLORES, V.N. A passagem de locutor a sujeito como efeito do processo de apropriação na clínica da infância: estudo de um caso. IN BUSNEL, M.C.; MELGAÇO, R.G. (org). **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013, p. 185-200.

SOUZA, A.P.R.; FLORES, V.N. Rinoglotalfilia como estratégia enunciativa na interlocação de uma criança com nasalidade excessiva e sua terapeuta. **Distúrb. Comun.**, v.26, n.2, p. 295-303, 2014.

SOUZA, A.P.R. A interpretância na articulação corpolinguagem na clínica de bebês. IN KUPFER, M.C.M.; SZEJER, M. (orgs). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento**. Instituto Langage, São Paulo, 2017, p.205-218 .

SURREAUX, L.M. **O discurso fonoaudiológico: uma reflexão sobre o sujeito, sentido e silêncio.** Dissertação de Mestrado em Estudos de Linguagem, Porto Alegre: Instituto de Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

SURREAUX, L.M. **Linguagem, sintoma e clínica em clínica de linguagem.** Tese de Doutorado, Porto Alegre, Instituto de Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

TREVARTHEN, C. Conversations with a 2-month-old . **New Scientist.**, p.230-235, 1974.

VERLY, F.R.E.; FREIRE, R.M.A.C. Indicadores clínicos de risco para constituição do sujeito falante. **Rev CEFAC**, v.13, n.3, p.766-774, 2015.

VIDOR, D.C.G.M. **Aquisição lexical inicial por crianças falantes de português brasileiro: discussão do fenômeno da explosão de vocabulário e da atuação da hipótese do viés nominal.** Tese de Doutorado, PPG em Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

YAVAS, M.S.; LAMPRECHT, R.R.; HERNANDORENA, C.L. **Avaliação fonológica da Criança.** Edit. Artes Médicas, Porto Alegre, 1991.

WARREN et al. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. **Pediatrics**, v.127, n.5, p.303-11, 2011.

YUILL, N. ; LITTLE, S. Thinking or feeling? An exploratory study of maternal scaffolding, child mental state talk, and emotion understanding in language-impaired and typically developing school-aged children. **Br J Educ Psychol** ; , v.88, n.2, p. 261-283, 2018.

WEISMER, S. E. ; HESKETH, L. J. Lexical Learning by Children with Specific Language Impairment: Effects of Linguistic Input Presented at Varyng Speaking Rates. **Journal of Speech and Hearing Research.** v. 39, p. 177-190, feb. 1996.

WERKER,J; TEES,R. Cross-language speech perception – evidence for perceptual reorganization during the first year of life. **Infant Behavior and Development**,v.7, p.49-63, 1984

WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Algre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D.W. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WRIGHT *et al.* What's in a name? Comparative Therapy for Word-Finding Difficulties Using Semantic and Phonological Approaches. **Child Language Teaching and Therapy.** v. 9, n. 3, 1993.



UFSM
Pró-Reitoria de
Extensão

