

## A ESCUTA PARA FALAS DE CRIANÇAS: SOBRE A RELAÇÃO ENTRE EFEITOS ACESSÍVEIS E RECORTES EMPÍRICOS.

Maria Francisca Lier-DeVitto (PUCSP)

Falas de crianças são abordadas tanto no campo da Lingüística, quanto em diferentes campos clínicos. A área de Aquisição da Linguagem se estrutura a partir da idealização de que o infante será falante (LIER-DEVITTO & ARANTES, 1998). Esse pensamento teleológico, que sustenta a idéia de desenvolvimento, promove seu recorte disciplinar que, concomitantemente, impulsiona um descompromisso falas rotuladas como patológicas ou com sua teorização. Sob o peso do ideal teleológico do desenvolvimento, a posição do investigador, sua escuta para a fala, fica definida de antemão. Ele deve ater-se à tarefa de apreender e descrever aquelas transformações, nas falas de crianças, que podem ser assumidas como “expressões da construção do conhecimento lingüístico” (de LEMOS, 1982, 2002 entre outros). A fidelidade a esse o ponto de vista - que guia a área de Aquisição - tem respondido pela “higienização” de que boa parte dos dados de falas de crianças (de LEMOS, 1982) e, também, pela “marginalização” dos percursos que envolvem fracassos – estes são tratados como irrelevantes e recuados para um outro espaço: o das Patologias da Linguagem<sup>1</sup>. Aponto, assim, para a íntima relação entre **efeitos acessíveis** (escuta do outro) e **recortes empíricos** (dados relevantes) de falas de crianças – para a diferença da escuta do investigador e do clínico. A questão que procurarei desenvolver pode ser vista como metodológica: tratarei de aspectos relativos à *posição do investigador ou do clínico frente a falas e crianças*. Essas produções têm despertado o interesse de pessoas ligadas tanto a áreas clínicas, quanto a áreas não-clínicas ou científicas (LIER-DeVITTO, 2006). Se considerarmos essas duas esferas, teremos que reconhecer que não está em causa o mesmo tipo de interesse (de escuta) por essas falas – é preciso admitir que há posições diferentes (LIER-DeVITTO, 1995, 2000)<sup>2</sup>.

Parto, neste trabalho, de uma das *recomendações* de Freud (1912) feita a médicos que começavam a exercer a Psicanálise, no início do século XX. Freud diz, nesse texto, que as “regras técnicas” enunciadas foram alcançadas no decurso de muitos anos de sua experiência clínica. Convém lembrar que o *psicanalista* Freud foi um *cientista* notável<sup>3</sup>. Nessas *recomendações*, ele chama a atenção para o fato de que as *regras* foram elaboradas a partir de interrogações nascidas na clínica. Aquela que me interessa mais de perto é a que pode ser lida como um alerta sobre *diferenças* entre a *posição do clínico* e a *posição do cientista* frente a um acontecimento. Freud a enuncia da seguinte forma:

Tomar notas durante a sessão com o paciente poderia ser justificado pela intenção de publicar um estudo científico [...]. Não obstante, deve-se ter em mente que *relatórios exatos de histórias clínicas analíticas são de menor valor do que se poderia esperar [...] a técnica exigida* [pela pesquisa e pela clínica são opostas] (FREUD, 1912) (ênfase minha).

Se, por um lado, a clínica psicanalítica suspende a necessidade de constituição de um *corpus* (de registro de anotações) porque, nela, essa prática metodológica é obstrutiva do bom andamento da análise; se, por outro lado, a regra técnica fundamental é a de “manter a mesma atenção uniformemente suspensa ao que se escuta”, certamente o modo de *relação do clínico com o acontecimento* opõe-se, como sustenta Freud, àquele do cientista-investigador. Ele sublinha ainda mais a importância de se levar em conta essa *não-coincidência de posições* ao afirmar que: “Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando: [não é bom] reunir sua estrutura, tentar *predizer* seu progresso futuro [...] como o interesse científico exigiria” (FREUD, 1912) (ênfase do autor).

<sup>1</sup> Lier-DeVitto e Andrade, em artigo a sair, “Caminhos e descaminhos da aquisição da linguagem”, reconsideram a divisão entre os campos da Aquisição e o da Patologia da Linguagem, certamente não ignorando os efeitos particulares de falas de crianças, que são discutidas no presente artigo.

<sup>2</sup> Este trabalho corresponde a uma versão modificada de outro artigo publicado em *Letras de Hoje*, 2004, pela EDIPUCRS. As argumentação que ora desenvolvo tem no pano de fundo discussões realizadas no interior do Projeto Integrado *Aquisição da linguagem e patologias da linguagem* (CNPq 522002/97-8), que coordeno no LAEL-PUCSP e na Derdic/PUCSP.

<sup>3</sup> Foi neurologista de destaque que, por exemplo, nomeou o quadro “paralisia cerebral”, que escreveu um livro sobre o assunto com o objetivo de proceder a uma distinção entre esse tipo de ocorrência neurológica e outras. Freud escreveu também uma famosa monografia, *Sobre as afasias* (1989), que figura entre os clássicos da afasiologia, ao lado de Broca, Wernicke, Jackson e Goldstein, por exemplo.

Podemos retirar dessa recomendação uma conclusão: o analista é mobilizado, na análise, pela *verdade do paciente*, pelo núcleo irredutível de uma singularidade. Nesse caso, o interesse pela *verdade científica* e a meta universalizante, o desejo de predição, tendem a fazer de um caso um exemplo, uma ilustração aplicável a situações e ocorrências futuras similares. Tratam-se, de fato, de direções/posições diferentes que implicam tendências metodológicas divergentes, que nos levam a considerar que singular e individual não são termos sinônimos: o primeiro – o singular – é irredutível, como disse: insiste como diferença absoluta; já, o segundo – o individual – faz série numa classe ou conjunto de semelhantes. Por essa razão, ele é tomado como “exemplar”. Resumidamente, a operação (regularizadora) da analogia, da determinação de similaridades entre acontecimentos, não se aplica ao termo *singular*, sempre abordável pelo lado da diferença que não tem par, que não faz série. Enfim, podemos repetir, nesse momento, um dito popular para caracterizar essa recomendação: “não se pode servir a dois senhores ao mesmo tempo”, quer dizer, não se pode responder a dois ideais (clínico e científico) de uma só vez, preencher duas posições num só momento e/ou implementar os mesmos métodos num único lance.

A oposição entre *técnicas*, indicada pelo fundador da Psicanálise, toca numa questão ética, i.e., no problema da *posição de um sujeito* (clínico ou cientista) frente a um acontecimento. De fato, posições diferentes implicam éticas diferentes. Este trabalho inicia uma reflexão sobre o fazer do lingüista e a do clínico de linguagem. Justifico, também, a introdução da Psicanálise, nesta discussão, pelo fato de que, também naquele espaço, a linguagem é protagonista, e de que Freud pôde fundar uma clínica singular: nem médica, nem pedagógica ou de reeducação<sup>4</sup>. A criação freudiana não poderia, portanto, ser indiferente àqueles que esperam fundar e desnaturalizar uma clínica que se quer “de linguagem. Não pretendo ser exaustiva, nem explorar todos os ângulos da discussão sobre a diferença de posição entre clínico e cientista. Não vou me deter num ponto fundamental, referente à necessidade de explicitação das *regras técnicas* da clínica de linguagem - conforme vêm sendo pensadas no Projeto Integrado<sup>5</sup>, hoje Grupo de Pesquisa *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* – CNPq. Entre esses pontos figura, sem dúvida, a necessidade de demarcação entre essa clínica – a de linguagem - e a psicanalítica<sup>6</sup>.

Meu foco está dirigido para a *oposição*, de que fala Freud, entre a especificidade das abordagens clínica e científica da fala sintomática – um assunto que foi abordado antes, por Lúcia Arantes e por mim, em artigo de 1998<sup>7</sup>. Nele, tratamos de um efeito possível da fala da criança no outro - o *efeito de patologia* e sobre sua repercussão na clínica. Essa discussão nos permitiu levantar questões sobre importância fundamental da diferença entre interpretação *em cena* e interpretação *materiais clínicos*, registrados para efeito de análise ou de avaliação da linguagem. Apesar de reconhecida, essa distinção merece ser aprofundada em muitas direções<sup>8</sup>. Minha reflexão, aqui, está voltada para a problemática da posição do investigador e do clínico frente a falas sintomáticas, como disse. Pretendo encaminhar o problema a partir de algumas considerações sobre o *tempo*. Na cena clínica ou mesmo na *interação viva*, coloca-se a questão do *instante*<sup>9</sup> que, embora *crie o tempo psicológico*, é, em si, *atemporal*. Trata-se de um corte, de marca localizável num *efeito vivido*. Assim, instante remete a uma *vivência e implica, portanto, sujeito*. Trata-se de “uma dimensão precisa” (CARRETERO, 1960), apesar de “não mensurável”: uma dimensão complexa em que heterogêneos se nodulam sob a forma de *um*

<sup>4</sup> Fonseca (2002) aborda essa questão e a desenvolve em profundidade.

<sup>5</sup> Projeto Integrado *Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem* (CNPq 522002/97-8), teve 7 anos de duração (1997-2005), produziu várias teses e dissertações (LAEL-PUCSP), além de artigos publicados em diferentes periódicos especializados. O resultado desse tempo de reflexão e pesquisa sobre as falas sintomáticas e a clínica de linguagem está registrado em livro *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*, publicado em 2006 pela EDUC/FAPESP.

<sup>6</sup> Suzana Fonseca (2002), Lourdes Andrade (2001, 2003) e Lúcia Arantes (2001) introduziram “regras técnicas” na abordagem tanto do diagnóstico com afásicos e crianças. Faço menção, também, a Sônia Araújo (2002) que aponta para a insistência de técnicas pedagógicas no âmbito da clínica fonoaudiológica. A oposição que estabeleço aqui entre clínica de linguagem e clínica fonoaudiológica está claramente anunciada nos trabalhos do Projeto sob minha coordenação – basicamente, a diferença está no compromisso com uma teorização sobre a linguagem (SAUSSURE, 1916; JAKOBSON, 1954, 1960; de LEMOS, 2002 entre outros), a fala sintomática e o sujeito e busca retirar conseqüências sobre uma teoria da técnica para a clínica de linguagem.

<sup>7</sup> Trata-se de “Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos”, em *Letras de Hoje*, v.33.

<sup>8</sup> Remeto o leitor a Lúcia Arantes (2001). Elas abordam “interpretação”, tanto em campos clínicos, quanto em áreas da Lingüística.

<sup>9</sup> As dificuldades que a noções de tempo e de instante apresentam para o pensamento filosófico são enormes. O *instante* pode ser conceituado, por exemplo, a partir do tempo (seqüencial) ou da eternidade – no primeiro caso, ele é um momento no fluxo temporal e, no segundo, não. Aproximo-me da primeira vertente porque ela permite referência a “algo vivido” (e não como entidade abstrata) - o que importa para considerações sobre a relação do investigador/clínico à fala sintomática. Importa, portanto, à clínica de linguagem.

*feito*. O instante, porém, pode (ou não) ser vivido, diz Heidegger (2004). No primeiro caso, ele seria *autêntico* (instante de afetação) e, no segundo, *inautêntico* (fuga ou ocultamento do instante).

Tal distinção, se estendida, poderá ser operativa para os propósitos deste trabalho. A interação corriqueira é comandada pela sucessão de efeitos entre falas e poderia, portanto, ser concebida como seqüência articulada de *instantes autênticos* que criam marcas no tempo. No diálogo pode ocorrer, também, *fuga do instante*, de desligamento entre falas - modo de anulação do *feito*. Lacunas e desarranjos dialógicos ou mesmo fim de diálogo acontecem. Na verdade, todo diálogo talvez devesse ser entendido como uma mescla desses instantes autênticos e inautênticos - enfim, pureza e homogeneidade são sempre frutos de idealização. Podemos ler, na primeira citação, que destaquei, de Freud aos médicos, que “tomar notas” seria um modo de “fuga do instante”, uma vez que *anotar* envolve deslocamento da *posição clínica de escuta* para a *posição (extra-clínica) da escrita* de fragmentos do caso, que atenderiam a interesses científicos do analista – uma fuga da fala *in vivo* e de seu efeito *in vivo*.

Haveria alguma diferença a ser pensada entre *interação quotidiana* e *interação na clínica de linguagem*? Embora essa indagação possa parecer desnecessária porque contém, sem dúvida, um tanto de obviedade, obviedades podem ser más conselheiras. Não me parece aceitável dizer que aquilo que as distingue seja o fato da primeira ser homogênea, horizontal, e a segunda ser francamente assimétrica<sup>10</sup>. Eu diria, por exemplo, que não há homogeneidade ou simetria em qualquer interação e que é exatamente por comportar uma heterogeneidade insuperável, que um sujeito se dirige a outro. Para ir direto ao ponto, há que se dizer que a clínica é instaurada por uma condição muito específica do sujeito: por uma condição sintomática que pode assumir a forma de uma queixa, uma enunciação de *mal-estar relativo à própria fala*<sup>11</sup>. Vemos, assim, que é um “sintoma [...] que nos instala diretamente no campo da clínica e no campo do sofrimento. [Ele] remete àquilo pelo que um sujeito [procura a clínica]” (RUBISTEIN, 1996, p. 13).

Dessa afirmação da autora, pode-se retirar que é uma demanda dirigida ao outro, por conta de um sofrimento (singular), o que configura a cena clínica como uma relação singular entre sujeitos, uma relação que não poderia ser compreendida como *interacional* ou *comunicacional*, em sentido estrito. De fato, uma dissimetria constitutiva marca a relação clínica: o quê um sujeito em sofrimento pede ao outro-clínico é que ele o liberte de um mal-estar, pede “que ele faça passar o clamor a *calmor*” (SOLLER, 1996: p. 97-8). E, o paciente, não vem à clínica para *bater papo* ou trocar pontos de vista. Um sujeito, que chega à clínica de linguagem, supõe, portanto, ao outro-terapeuta, um saber sobre o quê o faz sofrer, sobre o quê o marginaliza - supõe a ele o domínio sobre uma técnica que poderia fazê-lo “passar a outra coisa” (ALLOUCH, 1995). Esse sujeito atribui ao clínico, portanto, um saber sobre aquilo que, para ele, é enigma. Feito esse discernimento, fica em causa a relação do clínico com o saber que lhe é suposto, i.e., a ética subjacente à posição a assumir frente à demanda do sujeito e seu sintoma. Embora possam haver outras, eu procurarei caracterizar três modalidades que, contadas, podem ser reduzidas a duas, se considerarmos a distinção entre *instante autêntico* e *inautêntico*<sup>12</sup>:

(1) o clínico de linguagem pode *saturar a posição de saber*, pode colocar-se como veículo de uma teoria imaginariamente assumida como fechada, que abrangeria ou reinaria absoluta sobre todo o qualquer acontecimento sintomático na fala. O clínico, assim, não se deixa afetar pelo instante porque o singular não existe para ele (que se apresenta como suporte do saber totalizante da teoria e da técnica). Assim, *aquele caso* é, para ele, sempre um caso já conhecido. Essa situação tem variantes:

- (a) o clínico pode estabelecer uma relação mediada com a fala, *mediada por instrumentos* de descrição ou de medição. Nesse caso, *o saber é delegado ao instrumento* e ele, como diz Clavreul (1983), nada mais é que seu “funcionário”. Essa relação pode ser concebida como *fuga do instante*, como distanciamento do

<sup>10</sup> Lier-DeVitto, 2000; Arantes, 2000 e Andrade, 2000, discutiram, em painel, no 6º IPrA Conference (International Pragmatics Association), em Budapeste-HU, a abordagem de “relações assimétricas” por pesquisadores filiados à Pragmática.

<sup>10</sup> Muitas vezes, o sujeito tem uma queixa sobre sua fala, sobre um problema que não é reconhecido pelo outro como tal. Sendo assim, o sintoma do paciente é “de escuta” para a própria fala e não “de fala” (LANDI, 2003).

<sup>11</sup> Não vou tratar, neste artigo, da peculiaridade da clínica com crianças, que inclui considerar os pais. Sugiro a leitura de Vorcaro (1997) e de Arantes (2001).

<sup>12</sup> No pano de fundo dessa tentativa de situar posições frente ao saber circulam textos. Refiro-me aos trabalhos de Carvalho (1995 entre outros), de Vorcaro (1997 entre outros), de Allouch (1990). Procuo dar uma direção particular a essa discussão, não deixando de reconhecer a presença deles em minha reflexão.

efeito que uma fala viva poderia produzir. É *o instrumento que sabe de antemão o quê escutar* na fala: ele molda a escuta do clínico esvaziado de subjetividade. Assim, o instrumento, ao mesmo tempo em que limita a escuta, fabrica o caso a partir de um quadro já descrito<sup>13</sup>. Digo isso, tendo em vista que um instrumento descritivo é restrito apenas a *um* estrato lingüístico (MILNER, 1978; de LEMOS, 1998) - fonético/fonológico; morfo-sintático, semântico/pragmático - ou, então, ele é neutro em relação ao fenômeno em questão (testes ou provas, que são abordagens típicas de métodos estatísticos). Com freqüência, porém, essas tendências metodológicas são acopladas.

(b) Há clínicos que sustentam que *teoria e prática não se encontram* e confiam plenamente na *experiência clínica*, mais do que em qualquer teoria ou instrumento – eles são avessos à teoria e a métodos específicos. O resultado dessa prática, apoiada numa *sensibilidade intuitiva*, não é, porém, muito diferente da posição mencionada acima, porque há, do mesmo modo, *saturação da posição do saber* e, conseqüentemente, fuga do instante/efeito do singular do acontecimento. Saturação, no caso presente, por impregnação subjetiva de um *saber como fazer acumulado* ao longo do tempo de exercício clínico.

(2) Diferentemente, clínicos de linguagem têm procurado sustentar a tensão entre *saber e não saber* e, penetram o domínio da *práxis*. Melhor dizendo, uma *teoria de linguagem* é assumida como decisiva para a constituição de uma escuta não-leiga para a fala, mas a teoria é, sob efeito da singularidade de cada caso na clínica, experimentada como não-toda. O encontro com a face enigmática de cada caso faz aparecer a falta desse *um* na teoria. Nessa situação de tensão, não se pode falar em saturação da posição de saber, mas sim em vivência teórica e clínica de *falta de saber*, instigada pela singularidade de cada caso. Ecos do Interacionismo, de Cláudia Lemos<sup>14</sup>, devem ser ouvidos aqui - ecos do encontro da pesquisadora com a heterogeneidade na fala da criança. Ecos também de Freud, sobre a técnica nascida da escuta para o singular, para instante clínico que *suspende a lembrança da teoria*, o *saber científico* (conceitos e objetivos). Mas a teoria está lá, no corpo do clínico de linguagem, mais particularmente, na escuta que configura e que determina sua posição frente à fala sintomática.

Abordada a diferença entre interação e situação clínica e delineadas algumas possíveis posições clínicas, voltemos a atenção para *o investigador de falas sintomáticas*. Nesse ponto, a reflexão de Glória Carvalho (1995, entre outros) sobre a relação do investigador com o erro é da maior relevância. A autora nos diz que o recorte do erro *não constitui um lugar em que o investigador possa se situar com tranquilidade*, ou seja, não se deve supor que os limites do erro precisam ser apenas reconhecidos pelo investigador. Na verdade, a autora altera a direção do vetor: *investigador* → *dado* e retira o pesquisador da posição de alguém que *apreende* o erro na fala da criança, de alguém que, por ser investigador, tem os recursos metodológicos para localizá-lo. Carvalho desloca o pesquisador para outra posição: a de *apreendido/surpreendido* pelo erro. Esse deslocamento tem conseqüências teórico-metodológicas que merecem atenção. No que diz respeito à este trabalho, ele ilumina a distinção feita entre as posições do clínico entre *saturação de saber* e *falta de saber*. Se o investigador é *surpreendido pelo erro*, isso significa que *ele não pode prever o erro*. Não é o investigador, igualmente, quem decide sobre a suspensão do saber. Essa dupla conseqüência, decorrente do deslocamento proposto por Carvalho, aplica-se perfeitamente à situação de um clínico, sempre que o singular de uma fala venha a ocupar a cena.

Dialogar com Carvalho (2006), nesse momento, abre espaço para o início de uma problematização relativa às posições do investigador e do clínico – precisamente, sobre a oposição, como disse Freud, entre os interesses/objetivos da ciência e os da clínica, aqui, *de linguagem*. Após propor que o investigador seja *surpreendido* pelo erro, Carvalho aborda essa surpresa como efeito do encontro com o mistério do erro que, diz ela, “coloca obstáculos ao requisito de homogeneidade do saber científico”. Embora eu não vá repetir seus argumentos neste espaço<sup>15</sup>, aproveito a oportunidade para contrapor *homogeneidade*, como requisito da ciência e condição para a meta da previsibilidade; e *singularidade*, como requisito básico e fundante da relação clínica.

<sup>13</sup> Ver, a esse respeito, Andrade & Carnevale (2004) e, também, Trigo, 2003.

<sup>14</sup> Sugiro a leitura de seu artigo – De Lemos (2002) – em que a autora faz um apanhado dos movimentos teóricos de sua proposta.

<sup>15</sup> Carvalho sustenta, com Milner (1978) que o lingüista quer “saber sobre a linguagem” e que esse desejo é pautado pelo ideal de ser ciência. Para responder a ele, o lingüista busca produzir um “cálculo”, quer dizer, seu desejo é construir um saber abrangente, um conhecimento universalizante/totalizante, que atenda ao requisito de completude e consistência.

carvalho, ao questionar o investigador ou sua posição, realiza uma subversão mais profunda: retira-lhe a capa e faz aparecer *o sujeito (que ele é)*: sujeito que pode ser afetado de modo singular por uma fala, mesmo que na posição de cientista/pesquisador.

Seria esta uma proposta *quase clínica*, já que coloca em discussão o requisito de homogeneidade e previsibilidade? Talvez fosse melhor dizer que a autora foi tocada por uma teorização particular sobre o sujeito e sobre a linguagem – uma teorização que pressiona uma direção outra de reflexão sobre o exercício do investigador e sobre a natureza da produção teórica. Teorização que, é certo, visa invariâncias, ainda que não ignore o variante heterogêneo, o imprevisível (LIER-DeVITTO, 1999). Na verdade, esse parece ser o ponto para ela: não esconder ou ocultar o jogo entre *todo e não-todo*. Essa é uma ética de fazer ciência, uma ética afetada pelo reconhecimento do sujeito da Psicanálise. O *erro* mostra a língua e mostra um sujeito cindido (de LEMOS, 2002 entre outros). Glória Carvalho apresenta a teoria como *não-toda* e o investigador como cindido entre o saber que supõe ter sobre a fala da criança e a surpresa desse saber faltar-lhe. Para ela, esse conflito seria o motor de movimentos teóricos. Carvalho toma como exemplar o caso do Interacionismo, segundo Cláudia Lemos, uma teorização embalada pelo reconhecimento de *impasses* (SILVEIRA, 2007; de LEMOS, 2002) ou pelas *surpresas* que a fala da criança promovem.

Quando voltei minha atenção para o espaço da técnica e dos objetivos científicos, procurei, recorrendo a Carvalho, conduzir a argumentação para a importância da sustentação de uma diferença essencial entre modos de relação à fala, considerando o cientista e o clínico. Mas, Glória Carvalho perturba um tanto essa distinção porque *o investigador ganha corpo* em sua discussão. Permanece, contudo, uma diferença crucial que pode ser trabalhada a partir da questão do tempo e de um dos trabalhos de Cláudia Lemos (2003), “Corpo e corpus”. O tempo implicado na leitura de registros de *corpora* é bem outro (não é absolutamente o do instante), é um que só pode ser adjetivado como tempo passado: trata-se da *leitura distante do acontecimento vivo/vivido* (no caso do clínico) e que pode, inclusive, implicar distância maior quando *o leitor não viveu o acontecimento* (caso do investigador). Mesmo que se possa, como indica Glória Carvalho e mostra o Interacionismo de Cláudia de Lemos, estabelecer um deslocamento na relação do investigador com um material factual, *um corpus é um corpus* e, além disso, o objetivo do investigador permanece não-coincidente com o do clínico. Isso, mesmo que ele permaneça sob efeito da teoria e de uma teorização sobre o método, mesmo que o investigador seja deslocado da posição do saber e possa ser surpreendido *pelo dado*. Deve-se reconhecer que essa suspensão de saber tem ainda no horizonte o saber. A ética do cientista é, afinal, governada pela meta de produção de arcabouços teóricos, de compreensões ou sistemas totalizantes – o que não é pouco, nem inútil, nem menor: eles são legítimos e necessários à própria teorização, por exemplo, sobre a diferença, o singular; sobre o erro e o sintoma na fala. Teorias são produtos dessa ética e elas são condição, não só para a instituição do *corpo do investigador*, como também para a constituição do *corpo do clínico de linguagem*.

A relação do investigador com o dado foi discutida por Cláudia Lemos - uma discussão que me permite encaminhar esta, exatamente porque a autora aborda o problema ligado à produção de saber na área de Aquisição da Linguagem. Trata-se de um saber que depende da coleta e registro de dados de falas de crianças. Assim, embora não implicando a situação clínica, mas a relação entre investigador e fala de crianças, de Lemos toca de perto o problema da fala *em cena e fora da cena*. Ela pergunta “o que é um *corpus*?” e responde que é “*um conjunto de dados colhidos e transcritos [...] que servem de referência para a fala da criança*” (de LEMOS, 2003: 21) (ênfase minha). Note-se: os dados servem de referência, *não são a fala da criança*. Um *corpus*, diz a pesquisadora, é “o que sobrou da fala da criança escoada pelos ouvidos da máquina e do investigador” (op. cit.: 21). De fato, nessa passagem pelos ouvidos do cientista, *uma fala de uma criança* está fadada a se transformar em amostra de *fala de criança*, a representar fala de criança. Assim, o singular passa por um primeiro filtro generalizante: a fala de uma criança torna-se *exemplar*. Noutro tempo, esse *corpus* será mais uma vez filtrado pelas avaliações e análises do clínico e do investigador, será fragmentado e dissecado pelo bisturi de aparatos descritivos – ponto de fuga, de obturação do singular: movimento de regularização dos dados em estratos parciais, embora totalizantes. Uma operação realizada pela luneta das descrições.

Se a trajetória de uma fala é a de ser registrada para passar pelo crivo do olhar atento e treinado do investigador, essa trajetória, diz Cláudia de Lemos, realiza apagamentos mais radicais: o da voz e do corpo que

fala. A transcrição separa, efetivamente, fala e falante - condição mesma para que a fala se torne amostragem: operação científica que corresponde/responde pelo ideal de homogeneidade e previsibilidade. Operação que realiza, de fato, a obturação do acontecimento singular, como disse. O registro não registra o inefável do instante da situação vivida. Entende-se porque Cláudia de Lemos opõe *corpo* (vivo) a *corpus* (cadáver) e, dessa forma, a singularidade de uma fala e de um corpo à idealização da situação *in vivo*. Ora, é a fala *in vivo* que o clínico de linguagem encontra e com que deve se haver: deve se haver com *um corpo que fala* e com o *corpo de uma fala* e, diga-se, ele não poderá fazê-lo como falante/ouvinte leigo, mas com seu *corpo-teórico*.

Tenho insistido na idéia de que uma clínica de linguagem só poderá nascer da própria clínica, por inquietações e impasses dessa vivência do singular e da fala *in vivo*. Ela não poderá brotar de prática alienada e orientada por um método científico, nem poderá nascer se guiada por manuais e procedimentos normativos, que antecipam os passos do clínico. Se, no âmbito da ciência há pesquisadores, como Cláudia Lemos e Glória Carvalho (e outros filiados a esse modo de pensar e proceder frente ao dado), que se deixaram surpreender pelo erro e questionaram a posição do investigador, entendo que esses questionamentos tornam-se mais relevantes e ganham maior peso quando uma lingüista se interessa por falas sintomáticas. Procurei colocar ênfase na diferença da escuta clínica, no fato de o clínico não deve anular a insistência viva das falas sintomáticas que foram impressas em seu corpo – penso numa escuta em que reverbera a voz de um sujeito, e voz que carrega a cena vivida. Talvez se possa tomar esse assinalamento como o enunciado de um *método* e de uma abertura de caminho para a teorização sobre falas sintomáticas e sobre a clínica de linguagem. Na encruzilhada entre leitura dos dados e escuta impregnada pela singularidade de uma fala, possa se produzir algo novo. Essa encruzilhada tem sido, para mim, um modo de não perder de vista que, naquilo que leio como investigadora, *há sujeito e fala em sofrimento*.

#### **Referências bibliográficas: a**

ALLOUCH, J. *Letra a Letra*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.

ANDRADE, L. The status of linguistic data in language assessment procedures. Comunicação no 7º International Pragmatics Conference. Budapeste – HU, 2000 .

\_\_\_\_\_. *Ouvir e escutar na construção da Clínica de Linguagem*. Tese de doutorado (inérita). Lael-PUCSP, 2003.

ANDRADE, L. & CARNEVALE, L. Níveis de descrição lingüística na abordagem de falas de crianças com Retardo de Linguagem. In: *Letras de Hoje*, v.39, n.3, p. 331:336, 2004.

ARANTES, L. *Diagnóstico e clínica de linguagem*. Tese de doutorado (inérita). Lael/ PUCSP, 2001.

\_\_\_\_\_. Questions on speech therapy and diagnostic clinical interviews. Comunicação no 7º International Pragmatics Conference. Budapeste – HU, 2000.

CARRETERO, L. A. *Instante, querer, realidade*. Espanha, 1958.

CARVALHO, G.M.M. *Erro de pessoa: levantamento de questões sobre o equívoco em Aquisição da Linguagem*. Tese de doutorado (inérita). IEL/UNICAMP, 1995.

\_\_\_\_\_. O erro em aquisição da linguagem: um impasse. In: Maria Francisca Lier-DeVitto & Lúcia Arantes (orgs.) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p. 63: 78.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

de LEMOS, C. A criança como ponto de interrogação. In: REGINA LAMPRECHT (org.) *Aquisição da linguagem; questões e análises*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999, (39: 50).

\_\_\_\_\_ Das vicissitudes da fala da criança e sua investigação. In: *Cadernos de Estudos Lingüístico*, n. 42, p. 41: 70, 2002.

\_\_\_\_\_ Corpo e *corpus*. In: Nina Virgínia de Araújo Leite (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos* Campinas: Mercado de Letras, 2003, p 21: 30.

\_\_\_\_\_ Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento. In: Maria Francisca Lier-DeVitto & Lúcia Arantes (orgs.) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p. 21: 32.

FONSECA, S. C. *O afásico na Clínica de Linguagem*. Tese de doutorado (inédita). Lael/PUCSP, 2002

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Obras Completas*, v.12. Rio de Janeiro: Imago, 1912, p. 147: 162.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. São Paulo: Editora Vozes, 2002

JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. In: *Lingüística e comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1954.

\_\_\_\_\_ Lingüística e poética. In: *Lingüística e comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1960.

LIER-DeVITTO, M.F. Novas contribuições da lingüística para a fonoaudiologia. In: *Revista Distúrbios da Comunicação*, v.7 n.2, p. 163: 172, 1995.

\_\_\_\_\_ Teleologia em Vygotsky: evolução e revolução. In: *Leitura*, n. 17, p. 25: 35, 1994.

\_\_\_\_\_ Theory as ideology in the approach to deviant linguistic facts. In: Jef Verschueren (org) *Language and ideology*. Antuérpia: IPrA & Authors, 1999, p. 344: 351.

\_\_\_\_\_ The symptomatic status of symptoms: pathological errors and cognitive approaches to language use. In: *Revista Distúrbios da Comunicação* v.16, n.2, p. 195: 202, 2000.

\_\_\_\_\_ (no prelo) On pathological speech: the history of a symptomatic repetition. In *The Specialist*, 2010.

\_\_\_\_\_ Sobre a posição do investigador e do clínico frente a falas sintomáticas. In: *Letras de hoje*, v 39, n. 3, p. 47: 60), 2004.

\_\_\_\_\_ Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. In: Maria Francisca Lier-DeVitto & Lúcia Arantes (orgs.) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* (21: 32). São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p. 183: 200.

LIER-DE VITTO, M.F. & ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. In: *Letras de hoje*, v.33, 2, p. 65: 72, 1998.

LANDI, R. *Sob efeito da afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações*. Dissertação de mestrado (inédita). Lael/PUCSP, 2000.

MILNER, J-C *O amor da língua*. Porto Alegre: ArtesMédicas, 1978.

RUBISTEIN, A. M. El concepto de síntoma en Freud. In: *Diversidad del síntoma* . Buenos Aires: Edita EOL, 1996, p. 13: 25.

SAUSSURE, F. *Curso de lingüística geral*. São Paulo: Cultrix, 1916.

SILVEIRA, E. M. *As marcas dos movimentos de Saussure na fundação da lingüística*. Campinas: Mercado de Letras, 2007.

SOLLER, C. (1996) El síntoma en la civilización. In: *Diversidad del síntoma* . Buenos Aires: Edita EOL, 1996, p. 96: 99.

TRIGO, M. *Da articulação de um sintoma à desarticulação de uma fala*. Dissertação de mestrado (inérita). Lael/PUCSP, 2003.