

Apraxia de fala e atraso de linguagem: a complexidade do diagnóstico e tratamento em quadros sintomáticos de crianças

Apraxia of speech and language delay: the complexity of diagnosis and treatment of symptomatic children

Descritores

Apraxia
Corpo
Linguagem
Música da Língua
Terapia de Linguagem

Keywords

Apraxia
Body
Language
Language Music
Language Therapy

RESUMO

Define-se apraxia de fala como a inabilidade de sequenciar os movimentos necessários a uma produção articulatória acurada, cuja explicação, tradicionalmente, é remetida a um déficit na programação motora da fala. Não é infrequente que clínicos de linguagem se defrontem com casos clínicos em que a inconsistência da fala coloca questões quanto ao diagnóstico diferencial entre apraxia e quadros considerados de linguagem. O reflexo desse impasse é observado na dificuldade em estabelecer uma direção de tratamento adequada ao problema apresentado. Neste trabalho, apresentamos o relato de um caso clínico em que tanto o diagnóstico quanto o tratamento mobilizam discussões a respeito da condição apráxica de fala na infância. Nas apraxias, partimos do reconhecimento de que o corpo colocado em evidência é aquele que ultrapassa sua configuração puramente orgânica. Consequências clínicas são retiradas da premissa de que o corpo humano é aquele cuja orelha pode escutar e a boca, falar, ou seja, é estrutura orgânica posta a funcionar de maneira especial pela incidência da música da linguagem a invocar o corpo falante.

ABSTRACT

Apraxia of speech is defined as the inability to sequence the movements required for accurate articulatory production, traditionally involving a deficit in speech motor programming. Language clinicians often confront about speech inconsistency clinical cases, which raise questions concerning the differential diagnosis between apraxia and language disorders. Such problem often results in the difficulty to establish an adequate treatment decision. In this work, we discuss a clinical report in which both diagnosis and treatment raise questions about the apraxic speech condition in childhood. We start from the recognition that, in apraxia, it seems imperative to consider that the body to be considered is the one that surpasses its organic functions and structure. Clinical consequences are drawn from the premise that the human body is one whose ear can listen, and mouth can speak, i.e., the organic structure is a material realm open to the incidence of language and its “music”, which creates the speaking body.

Endereço para correspondência:

Melissa Catrini
Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale
do Canela, Salvador (BA), Brasil,
CEP: 40110-902.
E-mail: melissa.catrini@ufba.br

Recebido em: Junho 06, 2018

Aceito em: Dezembro 17, 2018

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Departamento de Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP – São Paulo (SP), Brasil.

Fonte de financiamento: Trabalho realizado com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, processo n. 140087/2008-7 e 150870/2017-5).

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

É preciso dizer, de início, que falamos, neste artigo, de uma posição bastante específica: o de uma clínica que recolhe e se dedica a sujeitos que se apresentam como tendo sintomas na fala e que, por isso, tem compromisso teórico com a linguagem e suas manifestações. Referimo-nos à Clínica de Linguagem, conforme construída no Grupo de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”^a.

Partimos de um atendimento discutido em tese de doutorado⁽¹⁾, mas que continua questionando e mobiliza discussões bastante atuais. Nele, é possível reconhecer impasses recorrentemente vividos por clínicos de linguagem na definição do diagnóstico e na afirmação de uma direção de tratamento apropriada ao enfrentamento de problemas de fala/linguagem na infância. Isso porque, muitas vezes, inconsistências que afetam falas de crianças podem ser lidas como questões de ordem práxica - tradicionalmente compreendidas como problemas puramente motores (não linguísticos). Outras vezes, tais inconsistências são interpretadas como perturbações na linguagem e explicadas como sendo de natureza exclusivamente simbólica.

Não é sem razão, pois, que estudiosos da área têm se empenhado na tentativa de estabelecer parâmetros de referência para o diagnóstico diferencial de crianças pequenas com sintomas na fala/linguagem. Esse é o caso de trabalhos recentes que buscam definir marcadores diagnósticos “suficientemente sensíveis” para diferenciar a apraxia de fala na infância de quadros clínicos como atrasos de linguagem e desvios fonológicos⁽²⁾. Uma leitura atenta desses estudos, contudo, revela o quão difícil tem sido cumprir essa tarefa, uma vez que não há acordo entre clínicos pesquisadores sobre o tipo de corte que se poderia realizar entre natureza simbólica ou motora da apraxia de fala⁽¹⁻³⁾.

Na prática da clínica de linguagem, ficamos, com frequência, diante de manifestações sintomáticas que deixam descobertos sujeitos aprisionados em gestos articulatórios desajeitados: paralisados ou que se realizam com visível esforço para falar. Em tal condição, a fala é composta ora de sons que se embaralham de forma imprecisa, ora de uma massa sonora particular que se revolve sobre si mesma, organizando sequências que perturbam a interpretação do outro que pode, inclusive, ficar em uma situação de silêncio sofrido perante ela.

^a GP iniciado em 1997, em um Projeto Integrado do CNPq, por Maria Francisca Lier-DeVitto, no LAEL-PUC-SP. Em 2002, passou a ser coliderado por Lúcia Arantes. As elaborações do grupo são, desde então, amplamente reconhecidas nas comunidades científicas nacional e internacional. Melissa Catrini, na Universidade Federal da Bahia, Juliana Marcolino-Galli, na Universidade Estadual do Centro-Oeste, e Glória Maria Monteiro de Carvalho, na Universidade Católica de Pernambuco, são braços expressivos desse movimento teórico-clínico sobre a Clínica de Linguagem. Neste trabalho, partimos de um caso que, em 2008 e 2014, foi discutido no âmbito do Projeto Aquisição de Linguagem, da Associação de Linguística e Filologia da América Latina, e em tese de doutorado defendida em 2011.

Falas dispráxicas, ou apráxicas^b, afetam imediatamente a escuta do próprio falante e a do outro, mas também “saltam aos olhos”. A escuta é atingida pela perturbação da composição fônica e prosódica da fala, que interfere na sua possibilidade de interpretação. Tais alterações não deixam, ainda, de afetar a composição sintático-textual do enunciado. Afinal, mesmo quando é o aspecto sonoro que predominantemente afeta a escuta do terapeuta, este não deve ignorar a relação intrincada entre os níveis ou componentes linguísticos constitutivos de todo e qualquer enunciado. Por outro lado, a apraxia “toma o olhar”. O outro é fisgado pela presença marcante de um esforço corporal evidente nos tateios motores, nos ensaios articulatórios, na imprecisão e na perseveração de movimentos da fala. Note-se que a descrição do fenômeno apráxico remete a uma fala que atinge em cheio tanto a escuta quanto o olhar do falante. Podemos dizer que na apraxia não é só o corpo do falante que se impõe, mas também o corpo do outro é capturado. Surpreende que se o corpo do falante sofre, não se constata dificuldades no controle da musculatura envolvida na produção da fala! Sendo assim, cabe perguntar: o que seria responsável por essa situação intrigante de um sujeito mostrar ter controle sobre a musculatura envolvida na produção da fala ao falar e perder definitivamente essa possibilidade?

Tendo no horizonte a pergunta anterior, no presente trabalho, partimos do reconhecimento de que perturbações práxicas de fala fazem signo em um corpo que, apesar de estruturalmente bem, não funciona como esperado. Trata-se mesmo de reconhecer que, nas apraxias, o corpo colocado em evidência é aquele que ultrapassa a configuração puramente orgânica. É corpo cuja orelha pode escutar e a boca, falar, ou seja, é estrutura orgânica posta a funcionar de maneira especial pela incidência da linguagem. Se o corpo fala, como nos advertiu Freud⁽⁴⁾, o fenômeno apráxico coloca em relevo a relação entre corpo e linguagem. Essa é a hipótese que assumimos na reflexão que sustenta o debate posto em causa na apresentação desse caso clínico, com base no qual esperamos contribuir para o encaminhamento de questões clínicas referentes ao diagnóstico e ao tratamento de crianças na clínica de linguagem.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Este é o relato do atendimento de uma menina de 5 anos de idade, Amanda (nome fictício). Ela foi encaminhada para atendimento fonoaudiológico com queixa de ter “uma fala

^b A distinção entre esses dois termos nem sempre é clara. Há quem afirme que o prefixo “a” em apraxia define uma impossibilidade de cumprir uma sequência motora após a ocorrência de acidente lesional ou em quadros síndromicos. Nesse enquadre, “dis” de dispraxia relacionaria o quadro a uma dificuldade (e não a uma impossibilidade) de realizar a sequência motora da fala. Interessa sublinhar que tal compreensão não é consensual, mas polêmica. Há, portanto, inconclusividade na própria tentativa de definir essa diferença.

difícil”^c. Em sessões de entrevista, a narrativa dos pais sobre a criança indicou que ela havia se desenvolvido conforme o esperado até os 7 meses de idade, período em que fora internada para tratar uma infecção. Nessa ocasião, ela sofreu uma parada cardiorrespiratória. Sobre a época da internação, as lembranças dos pais eram falhas, “lembravam pouca coisa”: havia imprecisão nas informações. Na verdade, esse período foi recoberto por esquecimento. Também, o prontuário médico de Amanda, solicitado ao neurologista da menina, não pôde ser localizado nos arquivos do hospital. Em meio a esse tempo nebuloso, os pais notaram uma grande mudança em Amanda. Segundo eles, as conquistas alcançadas até aquele momento haviam regredido - o espanto foi o silêncio da filha. O balbucio, “ensaio das primeiras palavras”, testemunhado anteriormente pelos pais, desapareceu. Amanda passou a se comportar de maneira bastante agitada e estranha (ela olhava fixamente para a luz e ria olhando para um quadro). Ela só começou a falar aos 4 anos de idade.

A menina chegou a ser submetida a diferentes avaliações médicas e em nenhuma delas foi possível fechar um diagnóstico orgânico que pudesse justificar o quadro apresentado. Além disso, nenhum encaminhamento havia sido efetivado com sucesso até aquele momento. Ainda assim, nas entrevistas, os pais perguntaram a respeito de uma possível apraxia de fala. No entanto, não se pôde ignorar tudo o que envolvia a relação dessa menina com a linguagem.

De fato, quando chegou, Amanda falava mesmo muito pouco: fragmentos sonoros mínimos ocorriam, na maioria das vezes, vocálicos (como “i i ã”) e, unicamente, como uma espécie de réplica à fala dirigida a ela. Em muitas ocasiões, esses fragmentos vocálicos vinham alternados com meneios de cabeça. Amanda se engajava nas atividades realizadas durante a sessão, em que era possível surpreender sorrisos em situações bastante apropriadas. Contudo, a menina mostrava, também, momentos de profunda dispersão e comportamentos estranhos.

Ela andava de um lado para o outro da sala e mudava de brinquedos constantemente. Não respondia aos chamados. Havia sessões, ainda, em que permanecia muito tempo rindo diante do espelho. Estar ali não era uma tarefa fácil. Eram frequentes as idas ao banheiro, a demora para entrar na sala de terapia no início de cada sessão e para sair dela ao final do atendimento. Não foram poucas as situações em que brinquedos foram atirados pela janela. Amanda costumava correr pela sala de espera e ficava impaciente e irritada rapidamente. A mãe dizia que nada a segurava.

Além disso, foram observadas dificuldades respiratórias que impingiam uma problemática respiração bucal e escape de saliva. A família foi orientada quanto a mudanças na consistência dos alimentos ofertados, privilegiando alimentos que exigissem

mais ação da musculatura orofacial, e houve encaminhamento para atendimento otorrinolaringológico.

Notáveis eram, ainda, desarranjos motores na marcha e certa dificuldade da criança para manter-se sentada, o que levou a um pedido de avaliação neurológica. O investimento em Amanda envolveu, também, visitas regulares da fonoaudióloga à escola com vistas à participação na elaboração de materiais e discussão de metas educacionais adequadas às suas condições. Tendo em vista questões subjetivas da menina, sugeriram-se avaliação e atendimento psicanalítico. Vale destacar que a articulação entre diferentes campos foi acolhida pelos pais e ocorreu aos poucos, sendo determinada pelo processo terapêutico na clínica de linguagem.

Após o período diagnóstico, a direção de tratamento delineada foi “convidá-la para a fala” mediante dramatizações de histórias contadas pela terapeuta, marcando bem a distinção entre as vozes dos personagens, segmentação e acentuação de partes de letras de cantigas infantis e cadenciamento compassado de textos criados (ou não) nas sessões de terapia.

O primeiro efeito desses procedimentos apareceu na incorporação, pela menina, de aspectos prosódicos das canções infantis que ela, inicialmente, respondia marcando o tempo com o corpo, quase dançando. Depois, sua voz foi tomada pela cadência rítmica dos cantos, embora não se reconhecesse na sonoridade emergente um segmento linguístico claro. A música, por outro lado, parecia “segurar” Amanda na cena: ela olhava para a terapeuta e esperava a continuidade do canto, quando a fonoaudióloga o interrompia. A menina começava a cantar uma fala, ainda que, do ponto de vista prosódico, houvesse dificuldade em seguir o ritmo da canção.

Passo seguinte: a fala de Amanda começou a penetrar a voz cantada e a ocupar o lugar do que, antes, o corpo fazia: “apontar” ou “balançar a cabeça” afirmativa ou negativamente em situações dialógicas. Emergiram, então, alterações na pauta acentual e composições significantes estranhas e inesperadas. Na verdade, era a própria composição fônica da fala de Amanda que passava a produzir mais estranhamento (embora a fala estivesse ali!) em enunciados compostos da alternância de articulações cristalizadas de substância sonora (“balatá”) e (“pórrtão”), resistentes à mudança. Surgiam inalterados nas interações clínicas, em sequências ininteligíveis, em que, contudo, começaram a aparecer com diferença, como em:

Segmento 1: A. “bapapaquí () ponto () ti () tatá di”.

Em enunciados como o anterior, a mesma massa sonora se revolvia na reiteração das oposições p/b e t/d com as vogais /a/ e /i/. Nesse ponto, a hipótese de apraxia de fala reclamou nova atenção. No modo de composição da fala de Amanda, era possível recolher sinais que apontavam positivamente para tal diagnóstico (inconsistência fonêmica, alteração da pauta acentual e da entonação). Entretanto, era preciso considerar que as composições que ratificavam a hipótese de apraxia também remetiam a uma expressão que a terapeuta utilizava nas sessões com frequência: “Passa aí (x)”. A fala do outro estava lá nas de Amanda, portanto.

Assim, optou-se por sustentar a direção inicial do tratamento, já que mudanças importantes ocorreram, em especial o predomínio da fala sobre o gesto (Amanda passava a falar mais), a fala

^c Trata-se de um atendimento clínico realizado com a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob o número 267/2010. O responsável pela criança assinou o termo de consentimento informado para análise e divulgação dos dados em eventos e/ou revistas científicas. O nome do sujeito de pesquisa é fictício, respeitando, assim, o anonimato dele.

deixou de ser meramente responsiva (a terapeuta passou a ser questionada e pedidos foram feitos por Amanda). Reformulações foram notadas, o que indicava mudança de posição diante da própria fala (Amanda parecia escutar a própria fala e a do outro). Além disso, sua fala, antes um tanto monótona do ponto de vista prosódico, ganhou contornos entonacionais e descolou-se da fala da terapeuta – sobre a qual se apresentava especular em muitos momentos.

A condição de falante e a fala de Amanda mudaram sensivelmente a ponto de a menina chegar a sustentar a narrativa de uma história, sem o apoio estruturante da fala da terapeuta, como se pode observar a seguir.

Segmento 2: Amanda conta uma história para que a terapeuta escreva e ambas possam ler depois.

- 1) O bichinho deito na rua atropelô o carro ele;
- 2) Bichinho foi no hospital, fez injetão e foi assim aconteceu;
- 3) O bitinho tava i pá dele tomando um montis di remédio poque ele o carro atropelô ele ficô no meio da rua foi pro hospital, foi pra casa, o bichinho foi pra casa dele;
- 4) Uma menininha tava de novo deitada na rua;
- 5) O carro tropelô minininha foi nu pital di novo tomo um monti de remédios igum, igual u bitinho.

Além da leitura compassada de textos criados (ou não) pela terapeuta, a escrita foi introduzida nas ações clínicas, por meio de narrativas ditadas por Amanda para que a terapeuta as escrevesse. Ainda que a apraxia de fala “estivesse lá”, a escrita afetou a oralidade e a fala ganhou mais solidez, ainda que marcada por efeitos de patologia: eram notáveis a instabilidade fonêmica e a prosódica na fala de Amanda e desarranjos de ordem sintático-textual (como se vê no segmento anterior) – o que demandou a continuidade do tratamento. No entanto, tudo apontava para o fato de que a direção de tratamento fora certa. Até mesmo questões ligadas a problemas articulatórios (motor/práxico), como a reiteração de oposições sonoras, sofreram mudanças substanciais.

Nesse ponto, é preciso destacar que modificações no corpo de Amanda também ocorreram. A marcha mostrou-se mais equilibrada do que no início do atendimento e a menina permanecia sentada no chão, sustentando-se sobre pernas cruzadas e com o tronco ereto e, o mais importante, conseguiu manter-se ligada às atividades clínicas na sessão de terapia.

Sobre o resultado dos encaminhamentos realizados ao longo do tratamento, verificou-se que intervenção otorrinolaringológica promoveu melhora substancial na condição respiratória de Amanda e o funcionamento mais adequado dos órgãos fonoarticulatórios. Em relação à avaliação neurológica, não se chegou a uma conclusão diagnóstica e, por isso, apenas intervenção fonoaudiológica foi mantida. No que concerne ao acompanhamento psicanalítico, efeitos surgiram no discurso dos pais, que se mostraram mais comprometidos com o tratamento, mas a análise foi interrompida por sérias dificuldades financeiras enfrentadas pela família ao longo do processo. Do ponto de vista escolar, a boa notícia foi que no mesmo período em que começou a ditar suas histórias

para a terapeuta, ela iniciou as primeiras tentativas em escrever o próprio nome. Mais uma trilha havia sido aberta aí.

DISCUSSÃO

No campo da fonoaudiologia, é comum que a aplicação de aparatos descritivos sobre a fala de pacientes recubra o acontecimento clínico. Essa posição do fonoaudiólogo perante falas sintomáticas acaba impedindo-o de se questionar sobre a singularidade desse acontecimento, já que, logicamente, o “universal” dos instrumentos descritivos encobre a singularidade do acontecimento, que, com frequência, é higienizado⁽⁵⁾. Diante de um quadro clínico em que a apraxia de fala se coloca como possibilidade diagnóstica, a hegemonia da corrente que liga o problema a um déficit exclusivamente motor (programação motora da fala) impede que a fala do paciente seja vista como manifestação que vai além de um comportamento cognitivo-motor a ser ensinado e modelado.

É certo que falas marcadas por gestos articulatórios distorcidos colocam em evidência uma “disfunção” do corpo, sobre o qual pesa a expectativa de estar naturalmente preparado para pronunciar adequadamente um enunciado. Trata-se de uma expectativa que, no caso de apraxias, é inevitavelmente frustrada.

Fato é que não há nada de natural na colocação em ato do trato dito bucofaríngeo para falar, como já havia ensinado Saussure: “Os homens poderiam bem ter escolhido o gesto e empregar imagens visuais em lugar das imagens acústicas”^(6:17). Partir dessa posição saussuriana implica abrir mão de dois preconceitos⁽⁷⁾, quais sejam, de que:

- a fala é oral na sua naturalidade;
- as línguas se articulam ao corpo de tal modo que a estas corresponderia um aparelho vocal.

Lembremos, de início, que fala e oralidade não se confundem em Saussure. A fala remete ao plano da execução da linguagem, como ele diz, e tal execução pode acontecer colocando em movimento outras vias corporais - os gestos, por exemplo. Na execução da fala, comparece algo da ordem subjetiva que irrompe no corpo de uma língua, movida, ela mesma, pelo funcionamento universal e perene de *la langue* – “norma de todas as manifestações da linguagem”^(6:16-17).

Nessa direção, caminharam diferentes autores, como Jakobson, Benveniste e De Lemos, que sustentam que uma fala presentifica a estrutura da língua e molda a laringe e a orelha de um falante. Contudo, se a língua é determinante na execução, a execução não coincide integralmente com ela, como enfatizou Saussure nessa tão conhecida afirmação: “Pode-se comparar a língua a uma sinfonia, cuja realidade independe da maneira por que é executada; os erros que podem cometer os músicos que a executam não comprometem em nada tal realidade”^(6:26).

A fala pode, portanto, realizar-se em diferentes vias corporais. Sim, a matéria orgânica fica disposta/exposta à incidência da linguagem, mesmo que seja por outro meio que não a fonação. Interrogada por um corpo em que “algo” ultrapassava a precária condição motora, Vasconcelos pôde recolher, nas limitadas (a) praxias de seus pacientes, a presença de fala, embora esta não

fosse oralmente articulada. Olhares e poucos gestos tinham o estatuto de significados e significantes endereçados ao outro⁽⁸⁾.

Admitamos que um corpo/carne de um ser “é dado” - condição primeira da vida. Esse fato é submetido à ditadura genética. Caso admitamos também que a cadeia significante está lá, antes mesmo do nascimento do ser, podemos chegar a outro lugar, traçar novos caminhos explicativos. Como disse Bergès, “[...] o bebê é falado antes mesmo do nascimento, ele é receptáculo do discurso dos pais a seu respeito, evocador de semelhanças, da linguagem familiar, das origens da sexuação [...]”^(9:53). Após o nascimento, a imaturidade da estrutura física traduz-se na submissão da função aos cuidados maternos – garantia da sobrevivência do recém-nascido (a estrutura dada). Além dos cuidados com a higiene, a alimentação e o aquecimento da criança, a mãe impõe sua posição às funções mais elementares e automáticas, como as funções cardíaca, respiratória e digestiva. Aqui, os imperativos remetem à temporalidade dessas funções e notadamente aos seus ritmos⁽¹⁰⁾.

Assim, práticas corporais são impingidas ao organismo da criança pelo outro, que dita como e quando agir, como se comportar para comer, para evacuar (controlar esfíncteres). Bergès afirma que a mãe interfere nas funções primitivas da criança, impondo regras segundo as quais o corpo deve funcionar. É isso que está implicado no vir a ser criança. Sendo assim, a posição da mãe diante desse organismo recém-chegado é determinante das estruturações corporal e subjetiva do(a) filho(a).

As engrenagens da máquina biológica são postas a funcionar sob o olhar do outro, portanto. Já sabemos que o olhar, no caso, não é aquele da Medicina. Trata-se do olhar falado, que fala, que dá sentido, que restringe e abre direções. Na posição teórica aqui assumida, não está em causa a intersubjetividade (relação dual entre sujeitos), isso porque está em causa – *la langue* – esse terceiro que é fonte de sentido e de significações, terceiro que constrói e dirige a função ao olhar. Nesse enquadre, todas as manifestações do bebê são, desde sempre, recobertas por uma operação significativa, que se marca no toque, no olhar, na fala daqueles que cuidam da criança – no corpo do ser falante. Também, importa não ignorar, como acentua o trabalho de Cláudia Lemos: a mãe é antes de tudo o outro-falante, alguém já submetido às leis de funcionamento da linguagem⁽¹¹⁾ – outro submetido a uma ordem “[...] anterior e exterior ao sujeito, [que] não obstante o determina”^(12:282). É por isso que o outro, já capturado por essa ordem, tem sua palavra, gesto e olhar atravessados pela ideia de que o filho pode compreendê-lo e “lhe dá o crédito do escutar”^(12:282).

Desde o nascimento, a mãe demanda do bebê que ele responda a ela e, por aí, ela supõe, também, uma demanda nele (“Ah!, você está com frio”; “Ah!, você está com fome”; “Ah!, você tem cólica”). Diante de tais considerações e observações, afirma Bergès: “Na criança, o simbólico vem primeiro, pois ele, o simbólico, preexiste na língua e na linhagem, na língua da linhagem”^(10:301). Seguindo essa lógica, é preciso dar mais um passo. Se a matriz simbólica incide sobre o organismo, isso ocorre em duas dimensões: a da fala e a da música (que não vem da fala), ou seja, o simbólico chega pela música da voz e

convoca o corpo, antes mesmo de ele veicular um discurso^(9,10). A linguagem “nos passa [...] sua música”^(13:9).

Didier-Weill assinala que a vocação para nos tornarmos humanos nos é transmitida pela música da voz materna, sendo recebida pelo bebê como um canto. É esse canto que, de início, invoca o sujeito a advir – ele é o chamado para a vida que o impulsiona em uma direção. Trata-se da invocação musical que chega antes do fonemático para a criança e que impõe ao corpo seu ritmo. Se a vocação do homem passa pela música que o invoca, passa também pelo que lhe dá o nome, já que “ser é ser nomeável”^(14:95).

Ao escutar o canto da fala materna, o universo sonoro dessa melodia captura o bebê no jogo temporal da continuidade (melódica) e da descontinuidade (segmental da fala), que o coloca entre parênteses – constringido pela lei da linguagem. Ao ouvir a voz da mãe, o bebê é confrontado, ao mesmo tempo, com a continuidade do fluxo sonoro das vogais e com a descontinuidade impressa na fala pelos cortes das consoantes que suspendem a vocalização⁽¹⁴⁾.

Esses são os dois tempos da lei simbólica: o primeiro remete à voz e o segundo, ao confronto radical do *infans* com o outro. Do lado da voz, a sonoridade cantante tem poder de sedução e, por ela, acabam “caindo pedaços da fala da mãe”^(15:43). A criança, por sua vez, ao recolher esses pedaços, mantém uma espécie de linguagem privada entre si e a mãe. No entanto, é canto de sereia, porque o canto “[...] carrega em si as regras da língua e elas forçam a linguagem privada [...]”^(15:43) a se submeter ao funcionamento linguístico, às leis da linguagem.

Para articular a fala, a criança deve perder a voz e é nesse tempo que ela é capturada pela língua. A língua não toma somente a voz, toma o corpo todo. A melodia da voz materna empurra o organismo a funcionar, engrena-o às cegas em um funcionamento linguístico. Mas a linguagem impõe restrições e limites. Assim, a vocação está do lado do significante – a incidência da distinção fônica, inserida pela marcação da consoante na sonoridade contínua da vogal, é que impõe a lei simbólica – a implantação do significante no corpo⁽⁷⁾.

Entendemos que justamente porque a invocação musical não se dá fora ou ao lado de uma língua, da estrutura de uma língua, a direção de tratamento de Amanda ganhou movimento e eficiência. Retomando a história de Amanda, mesmo constatando a presença de alterações práxicas na fala, a terapeuta não adotou a direção do tratamento tradicional no campo da Fonoaudiologia (que a levaria à realização de exercícios articulatórios e de propriocepção). A aposta foi feita na força do “canto da sereia”. A escolha foi definida por uma escuta para a fala e pela afetação teórica dessa noção de corpo, próprias à Clínica de Linguagem.

No tratamento de Amanda, foi tomado o caminho da canção: cantou-se para ela, cantou-se com ela e Amanda caminhou; passou a iniciar sequências dialógicas; emergiram composições sintáticas, a menina ensaiava contar situações que haviam acontecido consigo e a escrita pôde surgir como uma possibilidade de ela dizer e dizer-se. Resumidamente, o tratamento pôs o corpo a bailar no ritmo dessa dupla invocação musical e significativa, ou seja, nesse jogo de continuidade e descontinuidade que nos invade com a canção.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, procuramos apresentar o testemunho de uma clínica que, por ser de linguagem, segue na direção de sustentar um compromisso com a singularidade das manifestações sintomáticas de fala e com o sujeito falante. No caso de Amanda, os gestos desajeitados que a apraxia convoca colocaram em cena o corpo do ser que fala. Nesse sentido, o que o relato desse caso nos ensina é que o sintoma apráxico de fala não esconde a dependência da articulação do funcionamento orgânico à linguagem. Aliás, é no gesto da fala que se manifesta. A motricidade está engastada na palavra e é esse caminho que fez valer, na clínica, a incidência da música da linguagem no corpo falante.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao CNPq pelo apoio financeiro concedido (processo n. 140087/2008-7 e 150870/2017-5).

REFERÊNCIAS

1. Catrini M. Apraxia sobre a complexa relação entre corpo e linguagem [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2011.
2. Shriberg LD, Strand EA, Fourakis M, Jakielski KJ, Hall SD, Karlsson HB, et al. A diagnostic marker to discriminate childhood apraxia of speech from speech delay: introduction. *J Speech Lang Hear Res.* 2017;60(4):S1094-5. http://dx.doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-16-0148. PMID:28384695.
3. Catrini M, Lier-DeVitto F, Arantes LMG. Apraxias: considerações sobre o corpo e suas manifestações motoras inesperadas. *Cad Est Ling.* 2015;57(2):119-29. <http://dx.doi.org/10.20396/ce.l.v57i2.8642396>.
4. Freud S. Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. In: Freud S. Obras completas. Vol. 1. Buenos Aires: Editorial Ateneo; 2005. p. 13-21.
5. Lier-De Vitto MF. Os monólogos da criança: delírios da Língua. São Paulo: EDUCFAPESP; 1998
6. Saussure F. Curso de linguística geral. São Paulo: Editora Cultrix; 1991.
7. Fontaine A. A implantação significante no corpo. *Literal.* 2002;5:145-68.
8. Vasconcellos R. Fala, escuta e escrita nas produções de uma criança com Paralisia Cerebral. In: Lier-Devitto MF, Arantes L, organizadores. *Aquisição, patologias e clínicas de linguagem.* São Paulo: Educ/Pucsp; 2006. p. 227-34.
9. Bergés J. O corpo e o olhar do Outro. In: Bergés J. *Escritos da criança.* 2. ed. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat; 1997. n. 2, p. 51-65.
10. Bergés J. O corpo na Neurologia e na Psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças. Porto Alegre: CMC Editora; 2008.
11. Lemos C. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cad Est Ling.* 2002;42:41-69. <https://doi.org/10.20396/ce.l.v42i0.8637140>.
12. Chemama R. Outro. In: Chemama R, Vandermersch B. *Dicionário de psicanálise.* São Leopoldo: Editora Sinos; 2007. p. 282-283.
13. Didier-Weill A. *Invocações: Dionísio, Moisés, São Paulo e Freud.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1999.
14. Milner JC. *O amor da língua.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
15. Ferreira MT. Como a palavra é tomada no corpo? *Literal.* 2006;9:33-48.

Contribuição dos autores

MC - concepção do projeto e análise e interpretação dos dados, Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada; MFLV - concepção do projeto e análise e interpretação dos dados, Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.