

Artigo

Fracassos na aquisição: os cantos da fala na relação entre o corpo e a linguagem

Mariana Trenche de Oliveira

Resumo. Este trabalho parte de inquietações acerca do atendimento de uma criança, na Clínica de Linguagem, cuja mãe solicitou um diagnóstico diferencial entre Apraxia de Fala na Infância e Transtorno do Espectro Autista. Discute-se a contradição entre a indecidibilidade diagnóstica e a suposta universalidade destas categorias. O objetivo é propor um diagnóstico de linguagem que leve em consideração não somente as inusitadas produções orais de uma criança, mas seu modo de relação à fala do outro e à própria. Utilizou-se como método a discussão de um caso clínico, cujo diagnóstico de linguagem era indicativo de fracassos na inscrição significativa no corpo. A intervenção foi realizada sobre o efeito da fala da criança no outro que, à deriva, ficava preso ao espelhamento do gesto motor, impossibilitado de a ele atribuir valor linguístico.

Palavras-chave: apraxias; transtorno do espectro autista; linguagem; terapia da linguagem, linguagem infantil.

Fallos en la adquisición del lenguaje: preguntas sobre la relación entre cuerpo y lenguaje

Resumen. Este trabajo es fruto de la preocupación por el tratamiento de un niño, realizada desde la perspectiva de la Clínica del Lenguaje. La madre trajo el niño con la solicitud del diagnóstico diferencial entre Apraxia del Habla en la Infancia y Trastorno del Espectro Autista. Señaló la contradicción entre la entificación y la fijeza de estas categorías y lo que aparece enmascarado bajo la apariencia de indecidibilidad diagnóstica. Propongo articular las inusuales producciones orales del niño con gestos corporales. El diagnóstico del lenguaje, indicativo de fallas en la inscripción del lenguaje en el cuerpo, implicó una intervención sobre el efecto del habla del niño sobre el otro, quien, a la deriva, quedó atrapado en el reflejo del gesto motor e incapaz de atribuirle valor lingüístico.

Palabras clave: apraxia; transtorno del espectro autista; lenguaje; terapia del lenguaje; lenguaje infantil.

Failures in language acquisition/incorporation: concerns about the relationship between body and language

Abstract. This paper is due to concerns on the treatment of a child from the perspective of the Language Clinic. The mother brought the child with the request for the differential diagnosis between Speech Apraxia in Childhood and Autistic Spectrum Disorder. On the article, I highlight the contradiction between the entification and fixity of these categories and what appears masked under the semblance of diagnostic undecidability. I propose to articulate the child's unusual oral productions with bodily gestures. The language diagnosis, indicative of failures in the

* Fonoaudióloga. Doutoranda em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Membro da equipe do Lugar de Vida, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: maritrenche@hotmail.com

language inscription in the body, implied an intervention on the effect of the child's speech on the other, who, adrift, was trapped in the mirroring of the motor gesture and unable to attribute linguistic value to it.

Keywords: apraxia; autism spectrum disorder; language; language therapy; child language.

Les échecs dans l'acquisition du langage : questions sur le rapport entre corps et langage

Résumé. Ce travail est le résultat de préoccupations concernant le traitement, à la Clinique du Langage, d'un enfant amené par sa mère avec une demande de diagnostic différentiel entre l'Apraxie de la Parole chez l'enfant et Trouble du Spectre Autistique. Dans ce contexte, je souligne la contradiction entre l'entification et la fixité de ces catégories et ce qui apparaît masqué sous un semblant d'indécidabilité du diagnostic. Je propose d'articuler les productions orales inhabituelles de l'enfant avec des gestes corporels. Le diagnostic du langage, révélateur de défaillances de l'inscription significant dans le corps, impliquait une intervention sur l'effet de la parole de l'enfant sur l'autre, qui, à la dérive, était piégé dans le miroir du geste moteur et incapable de lui attribuer une valeur linguistique.

Mots-clés: apraxie; trouble du spectre autistique; langage; thérapie des troubles du langage; langage de l'enfant.

Aproximadamente uma década após a Apraxia de Fala na Infância (doravante AFI) ter sido endossada como categoria diagnóstica pela Associação Americana de Fonoaudiologia (ASHA¹, 2007), fonoaudiólogos brasileiros presenciaram uma crescente visibilidade deste diagnóstico, bem como uma considerável ampliação da oferta e da demanda de cursos que se propunham a ensinar novos métodos de avaliação e tratamento de crianças classificadas como apráxicas (Cabral, 2022). Clínicos que atendem crianças pequenas com ausência de fala, ou com falas fragmentárias e escassas, foram surpreendidos pelos desdobramentos destes acontecimentos e também assistiram ao expressivo aumento de demanda por diagnóstico diferencial entre esse quadro e outros², como, por exemplo, o de Transtorno do Espectro Autista³ (doravante TEA, conforme descrito no DSMV⁴ (APA, 2014)). Neste trabalho procuro trazer inquietações e reflexões acerca do atendimento de uma criança – realizado sob a perspectiva da Clínica de Linguagem⁵ –, que foi trazida pela mãe ao atendimento fonoaudiológico com um pedido para a realização de tal diagnóstico diferencial. Esta discussão de caso clínico tem como objetivo levantar questões acerca da enigmática e conflituosa relação entre o corpo e a linguagem, bem como questionar a insistente tendência de descrição de manifestações sintomáticas contempladas em um quadro classificatório previamente definido.

Ainda que a fonoaudiologia reclame para si a competência para a realização do diagnóstico de AFI, tanto o termo Apraxia, como TEA, são originários do campo médico, no qual a

¹ American Speech-language-Hearing Association.

² Também entre AFI e desvios fonológicos e entre AFI e Atraso de Linguagem (Catrini e Lier-De Vitto, 2019)

³ Classificação da American Psychiatric Association (APA, 2014) para crianças com prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento, que compreendem: a) déficits persistentes na comunicação social e na interação social; b) padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesse ou atividades; c) sintomas que se manifestam nos primeiros anos de vida; e d) sintomas que causam prejuízo clinicamente significativo ao funcionamento social, profissional ou a outras áreas importantes do indivíduo.

⁴ Por DSM V (APA, 2014), compreende-se o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, produzido pela American Psychiatric Association.

⁵ Posição clínica inaugurada dentro do Grupo de Pesquisas Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem (pelo CNPq, a partir de 1997, liderado por Lier-De Vitto, M. F. e Arantes, L., com a participação de pesquisadores do LAEL e DERDIC – PUC/SP).

linguagem é entendida como um sinal de uma alteração cerebral e a fala, como oralidade. Neste campo, o método de categorização baseado em evidências - que pré-concebe e fixa as possibilidades de desdobramentos linguísticos e subjetivos do paciente -, é divulgado como o único capaz de legitimar a prática clínica cientificamente. No entanto, essas classificações são realizadas a partir de uma sobreposição direta de um enquadramento classificatório universal a um caso clínico singular. Na clínica fonoaudiológica, no entanto, AFI e TEA passaram a comparecer como quadros mascarados de indecidibilidade diagnóstica, o que sugere um paradoxo no que diz respeito à universalidade destas duas categorias. Além disto, a distinção, hierarquização e descrição de universais acaba por obturar os enigmas relativos aos impasses inerentes à captura do organismo pela linguagem. Impasses singulares e diversos, consequentes à relação sempre conflituosa entre o corpo e a linguagem.

Procuro, neste sentido, colocar sob questão a função desses diagnósticos classificatórios no tratamento de crianças, além de reiterar a necessidade de um diagnóstico que leve em consideração o “modo de presença de um sujeito na linguagem” (Arantes, 2001). Um Clínico de Linguagem não se restringe ao campo das classificações médicas – no qual “fala” e “linguagem” não são problematizadas, isto é, sua posição é a de ir além das descrições sintomatológicas e apreender a lógica do funcionamento da fala de uma criança, para escutar a densidade significativa ali presente (Arantes, 2001).

Elejo, para esta discussão, uma reflexão acerca do encontro com um menino⁶ que, nas sessões de avaliação de linguagem, dirigia seu olhar àquele que falava apenas enquanto estava sendo “falado”. Em outras palavras: quando o outro lhe dirigia a fala ou quando a própria criança iniciava tentativas de gestualização articulatória para falar, ela desviava/retirava o olhar. Suas produções orais eram compostas por sequências entrecortadas de vogais (A-E-O-O-O) ou por uma gestualidade reiterativa, com tateios motores e imprecisões articulatórias. Por vezes, o menino levava a mão à boca, estranhando e, talvez, tentando conter a desobediência da musculatura da própria língua. Observava-se, por exemplo, a repetição insistente de estalos de lábios – algumas vezes oralizados, outras, nasalizados - seguido de uma pausa e, então, de uma vogal prolongada (AAAAA). Desta forma, o movimento articulatório entrecortado escancarava uma impossibilidade de coordenação fonemática que proporcionasse um efeito de sílaba (PA, MA). Não havia coarticulação entre o estalo de lábios e a vogal, mas interrupção.

Como se pode ver, um Clínico de Linguagem assume a solidariedade entre a aquisição da linguagem e a estruturação subjetiva e “interroga o modo de relação da criança com a fala do outro e com a própria fala” (Oliveira e Lier-De Vitto, 2020, p. 182). Sua posição em relação à fala patológica deve comportar uma tripla implicação. Trata-se de conceber que 1) toda fala é regida pela língua e seu funcionamento com leis de referência interna; 2) que o corpo é efeito da captura do organismo pela linguagem – o que determina que o “linguístico” e o “físico” se afetam e se modificam mutuamente; 3) que essa mútua implicação é responsável pela possibilidade de um infante se transformar em sujeito falante.

Portanto, na medida em que a Clínica da Linguagem se fundamenta na “fala” como confluência da subjetividade e da língua, é preciso destacar o fato de que problemas referentes à condição subjetiva das crianças não podem ser ignorados. É preciso sempre levar em consideração que a infância é o tempo da edificação subjetiva e de aquisição da linguagem; tempo em que a criança não estabilizou seu modo de invenção da modalidade pela qual habita seu corpo.

⁶ Com a idade em torno de 3 anos na ocasião da avaliação.

Ressonâncias do som no corpo

No que diz respeito ao processo de captura do organismo pela linguagem, cujo efeito é a constituição subjetiva, concebe-se que uma função corporal supõe uma estrutura orgânica como suporte (Bergès, 2005/2008). Entretanto, essa estrutura não depende somente da maturação, mas também da linguagem, da fala e do olhar do outro, que transformam o gesto sonoro aleatório da criança em fala a ele endereçada – ao dirigir-se à criança, esse outro faz dela um interlocutor. A estrutura neurológica do bebê ao nascer é imatura, o que implica uma necessária submissão aos cuidados do outro. É essa prematuridade neurológica do bebê que faz da voz do outro a indutora de uma antecipação do corpo (Ferreira, 2006),

Acompanho a argumentação de Balbo (2004) e Ferreira (2006). Estes autores se debruçam sobre a relação entre as funções sensoriais/perceptuais, a partir do aparecimento do sorriso social da criança, que ocorre por volta do terceiro mês de vida e destacam o fato de que o sorriso social é um sinal precursor do advento do sujeito por marcar a passagem de um estado narcísico e autístico primário para um objeto exterior. Segundo os autores, durante a amamentação, enquanto o reflexo buco-lingual do lactante o direciona para a fonte de satisfação, a mãe lhe fala. Nessas cenas, em que o bebê é falado pelo outro, aquilo que é visto não está separado do que é falado, e muito menos do que é ouvido. O desenvolvimento auditivo (que predomina sobre os outros sentidos até os 10 meses) é responsável pelo fato de o bebê poder reconhecer a voz da mãe e até supor que aquilo que vê e aquilo que ouve têm a mesma fonte. A partir do segundo mês, contudo, ocorre uma mudança: o bebê passa a olhar fixamente para esse “estímulo visual” que é fonte de satisfação durante a mamada e os cuidados. O aparecimento do sorriso social ocorre no terceiro mês, e a criança passa a reconhecer os atributos da face humana como olhos, nariz e linha das sobrancelhas (Ferreira, 2006 e Balbo, 2004).

Ainda que o falado, o ouvido e o visto se sobreponham precocemente em uma única função, a predominância da audição sobre a visão determinará, a passo e passo, sua separação em funções distintas, o que é indicativo de que os significantes que chegam aos ouvidos da criança desmembram as funções (Balbo, 2004). Consequentemente, o sorriso seria uma reação de júbilo tributária ao achado da percepção da verdadeira fonte sonora, uma vez que o bebê escuta uma voz familiar e procurar ver, no espaço circundante, aquilo que ele escuta, até que essa visão virtual do percebido auditivo seja recalcada pela percepção da fonte sonora concreta. A virtualidade da visão da fonte sonora, nesse sentido, tem uma função antecipadora (antecipar uma imagem visual correspondente ao que foi escutado). A ausência desse organizador (sorriso social) geralmente indica um transtorno grave e precoce na estruturação subjetiva (Balbo, 2004).

A configuração de um dentro e de um fora do ponto de vista da audição só se estabelece, neste sentido, do lado da palavra do outro, pela via da significação que, ao fazer um limite à trama que é endereçada ao bebê, pode separar o contínuo sonoro. Ou seja, é preciso que o discurso do outro produza sentido no escutado, dando-lhe consistência e produzindo escansão, corte, inscrição temporal entre os elementos linguísticos sequenciados no tempo (Balbo, 2004).

No entanto, como já assinalado, quando crianças não podem fazer essa nodulação essencial (Balbo, 2004), elas podem vir a apresentar *Entraves Estruturais na Constituição Psíquica*⁷,

⁷ Termo alternativo às classificações diagnósticas médicas que enclausuram criança em constituição em um rótulo imutável.

termo proposto por Kupfer, Patto e Voltolini (2017)⁸ para indicar perturbações ou impedimentos no “surgimento de um sujeito desejante e com um dizer próprio” (Bernardino et al, 2020, p. 17). Trata-se de crianças que apresentam embaraços na trajetória da constituição subjetiva, e também da aquisição da linguagem. Assim, pode ocorrer que a função antecipadora não opere e o sujeito seja tomado pelo outro, de modo inconsciente, como mero organismo, como pura matéria sem sustentação simbólica. Pode ocorrer também de haver antecipação de uma virtualidade visual, mas de o discurso do outro não atribuir-lhe consistência.

O que leva a criança a se dirigir ao outro tem relação com o objeto voz, que se apresenta a partir de duas dimensões: 1) a da invocação, na qual a voz não está articulada ao discurso e representa um chamado para que o sujeito advenha, uma sedução “fora da linguagem” e que não seduz pelo que diz, mas pela promessa de um saber absoluto, perpetuando o desejo de ouvir interminavelmente (Ferreira, 2006). Invocação musical que “ultrapassa o fonemático e impõe ao bebê o seu ritmo” (Catrini, 2011, p. 110) e que Didier-Weill assinala como a relação mais primordial do sujeito com o Outro, naquilo que a ela concerne como campo fértil, prévio e indispensável para o aparecimento da palavra (Didier-Weill, 1997). O autor ressalta que “o poder da música é poder de comemoração do tempo primordial em que o sujeito, antes de receber a palavra, recebe previamente uma base, uma raiz sobre a qual poderá, em segundo lugar, germinar a palavra” (Didier-Weill, 1997, p. 240); e 2) a da lei, já que a voz da mãe é portadora de um funcionamento que torna a linguagem audível e compreensível, organizada. Para que venha a falar é preciso que, ao reter os restos da fala vozeada pela mãe que lhe caem pela boca, a criança perca justamente essa voz (Ferreira, 2006).

Assim, na medida em que há captura do organismo pela linguagem, a orelha deixa de ser órgão puramente fisiológico para ser a orelha do sujeito falante e analisante (Parret, 2002 e 2014). Essa orelha torna-se um “analista contextualizador sem impor suas idiossincrasias individuais ao universo sonoro, ela não é nem subjetiva, nem objetiva” (Parret, 2014, p.78). Para o autor, as identidades, semelhanças e diferenças quantitativas entre os sons percebidas pela orelha estão condicionadas à co-percepção da língua que vem do outro enquanto “esfera de onde se fala” (De Lemos, 1995), e ao que, segundo a autora, essa esfera provoca em termos de significação (som-ideia). Segundo a autora, do ouvir para o escutar e para o escutar-se, a criança precisa “passar pelo dessubjetivar desse outro enquanto esfera de onde se fala e se significa, assim como pelo desobjetivar da cadeia sonora em sua projeção-transformação em *imagem acústica*” (De Lemos, 1995, p. 244). Para a autora, a integridade desse imaginário do corpo só se constitui na e pela linguagem, ou seja, na possibilidade de um sujeito ouvir-se falar ou escutar-se e, assim, imaginar seu corpo como origem do som e da ideia. É assim que, pela articulação da motricidade já engajada pelos ouvidos, o significante se engaja no corpo.

Neste ponto, é precisa uma citação de Lacan (1999), em *O seminário, livro 5*, que ratifica o argumento de que o gesto motor da fala não opera pela via exclusiva da maturação do organismo, mas é guiado pelo funcionamento simbólico. Ele diz:

antes mesmo que a aprendizagem da linguagem seja elaborada no plano motor e no plano auditivo, e no plano de que ele compreenda o que lhe é dito, já existe a simbolização – desde a origem, desde as primeiras relações com o objeto, desde a primeira relação da criança com relação com o objeto materno como objeto primordial, primitivo, do qual depende sua subsistência no mundo (Lacan, 1999, p.231).

⁸ Os Entraves Estruturais nomeiam crianças em risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como psicoses infantis e autismo (Kupfer, Patto e Voltolini, 2017).

Para aprofundar a reflexão sobre como a linguagem toma o corpo ou como da escuta se passa à fala que interessa, trago a discussão encaminhada por Fontaine, em 2002, no texto “A implantação do significante no corpo”, a partir da natureza heterogênea da produção de vogais e consoantes, que acarreta funções distintas. As vogais se produzem a partir da passagem livre do som na cavidade bucal, comportando-se como “massas plásticas informes”, na expressão do autor, o que justifica a dificuldade de se delimitar sua vizinhança articulatória. De modo diverso, as consoantes encontram suas junções com o corpo nos pontos de articulação, produzindo escansão na corrente de ar durante seu percurso através do tubo faringo-bucal e introduzem uma marca temporal. Para além da interrupção no fluxo aéreo e de sua localização exatamente no corpo, é preciso considerar o fato de que a consoante – tempo mudo da sílaba – não é audível sem a vogal (vocalização). O autor sublinha o enigma dessa dupla referência presente na sílaba, já que consoante e vogal se inscrevem corporalmente de modos distintos, pela escansão e pelo som. Para poder apreender a relação do som com o corpo, Fontaine se indaga sobre o laço que liga escansão e fonação.

O autor afirma, então, que um dos modos possíveis da implantação da linguagem no corpo é o fato de que a sílaba contém uma *ligadura* (Fontaine, 2002), ou seja, é portadora de uma função que a enraíza no corpo; caso contrário, alguma coisa do som da língua pode ficar de fora, mesmo que o sujeito produza uma articulação languageira. Para o psicanalista, o que dá essa ligadura é o tom (certo ritmo, modulação melódica, impressão de um acento), domínio em que o corpo é tomado em sua cinestesia. Assim, o tom⁹ seria aquilo que, no som, afeta o corpo, para que o signo se vire na direção do significante, isto é, na direção das leis da linguagem.

Sobre a dialogia antecipada

Como já anunciado, introduzo nesta discussão reflexões acerca do atendimento de um menino com inusitadas produções articulatórias, marcadas pela escassez consonantal, sequências interrompidas entre consoantes e vogais, entre vogais e mais raramente, entre sílabas, e acentuação estranha. Gestos acompanhados da retirada do olhar e do tamponamento do ouvido no momento da interlocução. Como disse, nas tentativas de produções com semblante de fala, a criança não parecia saber exatamente o que fazer com a língua, colocando-a para dentro e para fora e, às vezes, segurando-a com a mão. Além disto, chamava atenção a incessante necessidade de estar colada ao corpo da mãe, o que denunciava a falta de distinção, de contorno, de borda, de separação entre corpos. Certamente era preciso olhar além da articulação de fala oralizada e cernir sua ligação à gestualidade corporal: para a dialogia e a relação estabelecida com o outro, para as possibilidades de brincar e para a imagem corporal. Tudo indicava que se tratava de fracassos na inscrição significante no corpo.

Nas sessões de avaliação de linguagem ou nos vídeos gravados e enviados à terapeuta, observa-se que a mãe procurava espelhar os gestos sonoros do filho, o que, embora constituísse uma troca de turnos com sequências articuladas, não instanciava uma cena dialógica, já que a mútua imitação de gestos articulatórios não culminava no mútuo espelhamento entre falas, isto é, não implicava restrição semântica das produções da criança pelo outro, e, com isso, a

⁹ Não posso deixar de mencionar a concepção acerca do timbre como portador do peso real do sujeito na voz (Orrado e Vives, 2021) e assinalar que, distintamente, a concepção de “tom” do som, neste trabalho, implica a marca singular de um falante modulada no tempo. No entanto, adentrar essa discussão fugiria ao escopo deste trabalho.

impossibilidade de atribuir a elas uma posição sintática e textual em uma cadeia articulada (De Lemos, 2002). A seguir, transcrevo um fragmento de um vídeo no qual o menino está no colo da mãe, sentado de frente para ela:

Tabela 1. Transcrição de um fragmento da cena entre mãe e criança

(Legenda: C = Criança; M: Mãe)
M: Mamamá! (cantarolado)
C: (criança olha para a mãe)
M: Papapá! (cantarolando)
C: (retira o olhar e passa a olhar para o celular da mãe que faz função de câmera e de espelho)
C: (arredonda os lábios e não produz som, depois os estira e faz “Hum, hum” e tenta sair do colo da mãe)
M: Fi,fi,fi, (cantarolando) fica aqui!
C: (tenta escapar para o outro lado)
M: Na mamãe, na mamãe um beijo! (cantarolado)
C: (cerca os lábios como se fosse produzir um fonema plosivo, como o /p/ ou o /b/, mas não o faz, ficando em silêncio. Depois coloca a mão na boca e segura a língua, produzindo a sequência sonora abaixo)
C: O-É-O-É-O-É (com exagero articulatório no arredondamento e estiramento de lábios)
C: IA-AAAA (agudizando e abaixando a voz, coloca a mão na boca)
M: A-É-I-Ó-U (a mãe tira a mão que o menino colocou na boca e verbaliza a sequência alfabética de vogais)
C: O-O-O (com exagero articulatório) IAEAAI (agudizando e abaixando a voz e retirando o olhar)
M: A-É-I-Ó-U
C: (retira o olhar e põe a mão no ouvido)
M: (retira a mão do menino do ouvido)
C: (olhando para o lado, com os olhos revirados e a testa franzida) o VÔ-VÔ K-UIU ¹⁰
M: Pára de fazer assim! (e passa a mão na testa franzida da criança)
C: (Franze novamente a testa)
M: Pára (engrossando a voz de modo engraçado)
C: (sorri) K-T-K
M: QUI, QUI, QUI
C: (com esforço) U-BÃ-U-É U-É-U-E
M: U-Ê, U-Ê, U-Ê
C: (olha para a mãe e faz um estremeção da cabeça e das mãos)
C: U-G-U-T, AH...PFFFF
M: (Produz estalo de lábios nasalizado) HUM ... MÃ (a mãe tenta mostrar para a criança o gesto articulatório para falar Mãe)
C: (olha para a mãe e faz um estremeção da cabeça e das mãos)
C: (retira o olhar, revira os olhos e franze a testa) ABŪ O Ū IA IA IO
M: Fala: Papá! Pá, pá, pá, pá!
C: (retira o olhar, revira os olhos e franze a testa) VÓ-VÓ (distorcido) VÓ-VÓ-VÓ-VÓ VÓ-VÓ (agudizado)
M: Vovó?
C: (retira o olhar, revira os olhos e franze a testa) VÓ-VÓ (distorcido) VÓ-VÓ-VÓ-VÓ VÓ-VÓ VOVUM (agudizado)
C: (olha para o celular, onde está vendo a própria imagem e faz gestos articulatórios com esforço e exagero) O-U-E-O-E-U-E-U(distorcido) É-O-U-Ó-É (põe a língua para fora) É-O (põe a mão na boca e segura a língua)

¹⁰ Para produzir o som transcrito como /v/ o menino morde o lábio inferior e faz uma explosão, produzindo um som distorcido entre um /v/ e um /b/.

Vale esclarecer que, na produção da criança, o encontro dos articuladores não chegava a resultar exatamente em uma consoante. Havia imprecisão, distorção, e uma consequente oralização indecisa, por vezes até mesmo indeterminada entre um som e outro (como no caso do /v/ e do /b/), ou ainda não coarticulada com a vogal seguinte. Ao lado disso, como se pode observar, suas produções orais deixavam o outro à deriva no diálogo, pois, além de não comporem unidades linguísticas reconhecíveis – a que se pudesse atribuir sentido –, a criança permanecia inerte, olhando para o lado e sem outros gestos corporais que colaborassem para uma aposta interpretativa.

A direção de tratamento foi a de realizar um atendimento conjunto¹¹ que pudesse dar suporte à relação entre falas, direcionando-as mutuamente, na tentativa de construção de uma dinâmica de ficção de diálogo (no jogo que o antecipa), para que a mãe pudesse alçar a criança à posição de falante, ainda que seu filho não o fosse ainda, efetivamente.

A terapeuta escutava a mãe falando do filho e, também, escutava as produções da criança que, ao oralizar, parecia reinstaurar uma cena em que era falada pela fala do adulto, retirando o olhar. Quando possível, a terapeuta ofertava uma significação para a sequência sonora entrecortada, que articulava a produção da criança a uma sequência sintática e textual, redirecionando-a para a mãe. Foi assim que em um certo momento, frente à emergência de uma produção entrecortada de vogais A-E-O-O-O? (os olhos são retirados do outro no instante em que se inicia a fala), a mãe replica uma sequência de vogais reordenadas alfabeticamente (A-É-I-Ó-U), fomentando um espelhamento articulatório cuja repercussão na criança provoca a retirada do olhar e o tampar os ouvidos, isto é, um certo modo de recusa à resposta do outro. Nesse momento, fazendo a vez e a voz da criança direcionada à mãe, digo: “Cadê o vovô?”. A mãe então se lembra das brincadeiras entre neto e avô, e pode trazer, além de uma significação para a produção da criança, uma lembrança carregada de afeto, que afeta a criança (ela sorri e parece contente).

Na cena clínica, a retomada da outra cena, aquela de interação lúdica e prazerosa entre a criança e seu avô, abriu novas possibilidades de interpretação das sequências sonoras entrecortadas. Interessa ao nosso tema, de todo modo, considerar os desdobramentos do tratamento dessa criança. Constatou-se que a emissão A-E-O-O-O?, tomada pela mãe como oportunidade restrita do treino motor que contemplaria a sequência das vogais A-É-I-Ó-U, só fazia dissipar a já frágil ligação com a criança. Ao ser transposta como frase da língua efetivamente falada, servindo-se dos restos sonoros já apreendidos pela criança, a mãe pôde se remeter a algo que afetava a ambas, viabilizando novas articulações. No caso, as consoantes acopladas aos sons da criança, e que produziram “Cadê o vovô?”, mostraram um ponto de fígamento partilhado entre mãe e filho. A partir desse ponto, a criança passou a responder à oferta de canções (Oliveira, 2007; Catrini, 2011; Catrini e Lier-De Vitto, 2019), vocalizadas juntamente com gestos motores representativos, reconhecendo ter um corpo cujos movimentos podiam ser orientados pela fala. Com efeito, a criança passou a olhar e sorrir após as interpretações e a experimentar sua motricidade no espelho, espelhando os gestos da terapeuta. Passou a esboçar gestos motores das músicas cantadas e a ensaiar a emissão de fragmentos dessas canções, ainda que com uma acentuação estranha. Pôde se interessar por brinquedos e ser reconhecido como falante pela mãe durante o aparecimento de uma série de palavras. Assim,

¹¹ Trata-se de uma intervenção realizada com um dos pais ou ambos e seu filho, com o objetivo de instaurar ou reinstaurar a dinâmica do jogo dialógico entre eles.

a relação entre a criança e a palavra do outro, antes pouco reconhecida, também se transformou, e a mãe foi se convencendo de que seus dizeres afetavam o filho. Além disso, apareceu uma novidade sobre a relação com as outras crianças: o menino passou a se aproximar delas, em casa ou na escola. Por fim, cenas da sessão passaram a ser reproduzidas em casa, e vice-versa.

Como disse, as produções dessa criança eram compostas de oralizações que pareciam reinstaurar cenas nas quais era falada pela fala do outro. Procurei refletir e intervir sobre o efeito de sua fala no outro que, à deriva, ficava preso ao espelhamento do gesto motor e impossibilitado de a ele atribuir valor linguístico. Nos momentos de fala, um desvio no olhar fazia suspeitar que a fala da criança não era endereçada ao outro; ali, ela ficava aprisionada na posição de interlocutor da própria fala, sem se afetar pela estranheza de suas produções, nem reconhecer a deriva de quem a escutava. Nessa medida, o olhar só era sustentado quando sua posição era a de falada pela fala do outro; quando era con-vocada¹² a falar/responder para o outro, recusava-lhe o olhar e as orelhas. É certo que a criança estava na linguagem, mas, uma vez alienada à fala do outro, patinava na entrada da coordenação fonemática da fala, que implica sempre diacronia. Suas produções não chegavam a compor sílabas, ou então, palavras e nem tampouco frases. Elas não deslizavam, nem se conectavam, como se a elas faltasse o trilho para o sequenciamento significativo. Sem estabelecer a mínima distância entre o que escutava e o que falava, não podia interrogar o que dizia e de que lugar dizia. Apenas acumulados, empilhados, os sons não se distinguem na motricidade nem se concatenavam de modo articulado. Aleatórios ou contingentes, não deixavam supor autoria. Enfim, tudo se passava como se o sujeito não habitasse a linguagem, mas se restringisse a ser por ela habitado (Lacan 1988), ou seja, como se o corpo não estivesse em sinergia com suas próprias emissões.

Diagnóstico diferencial ou insuficiente?

A solicitação dos pais para que um clínico faça o diagnóstico diferencial entre AFI e TEA em crianças com impasses no processo de aquisição da linguagem é oriunda de um discurso que nasce na própria clínica e que faz equivaler diagnóstico à descrição de sinais e sintomas. Atualmente, sugere-se que o primeiro (AFI) seria mais apropriado e preciso do que o segundo, em alguns casos. Um possível equívoco diagnóstico seria justificado pela falta de conhecimento do clínico sobre o diagnóstico de AFI, mais recentemente incluído nos manuais diagnósticos. Ao lado desse movimento, fonoaudiólogos também foram convocados a diagnosticar AFI em crianças com TEA. No entanto, realizar um diagnóstico diferencial entre AFI e TEA e diagnosticar AFI em TEA são tendências que não configuram uma contradição quando se considera “a fala” como função restrita à oralidade, isto é, a uma atividade motora sequencial voltada para a comunicação.

Nesta abordagem clínica, que isola e recorta a produção individual de um organismo nas ações de comunicação, procura-se justificar as alterações na fala por meio de falhas no funcionamento do organismo. Como nem sempre são visualizadas alterações em exames de imagem, no caso de crianças, classifica-se a natureza da apraxia de fala na infância como neurogênica idiopática – ou seja, neurológica sem lesão visualizável – ou sintomática – decorrentes de lesões ou de síndromes genéticas e/ou neurodesenvolvimentais, entre as quais

¹² Chamo a atenção para o fato de que, diferente da invocação, a convocação exige o outro (de *com + vocare*, chamar, de *vox*, voz.)

se incluiria o autismo (Souza, T.; Payão, L., 2008)¹³. Vê-se, como foi dito acima, que o próprio diagnóstico de AFI é considerado, ao mesmo tempo, um quadro clínico específico e independente e um sinal de um outro quadro clínico, como o TEA. Mas os supostos embaraços nas distinções diagnósticas são frutos da própria ambiguidade inerente à definição classificatória. Se o diagnóstico de Apraxia é fonoaudiológico, como se pretende, seria possível pará-lo ao diagnóstico de TEA (este sim, inequivocamente formulado no campo médico), para depois distingui-lo?

Vale lembrar, também, que a AFI foi formulada como categoria clínica a partir da constatação em crianças de sintomas de fala semelhantes aos de adultos que se tornaram apráxicos após lesão cerebral. Assim, a própria transposição do nome “apraxia” para o universo infantil a partir da semelhança notada entre sintomas observáveis na produção da fala de crianças e adultos parece, por si só, constituir um salto teórico que desconsidera a posição do sujeito-falante em um caso ou no outro. Quando se trata do adulto, estamos diante de um já-falante, submetido às leis da língua, e que muda de condição ao sofrer uma lesão cerebral. Já no caso da criança, barrada ou não pelas limitações do funcionamento fisiológico do corpo, trata-se de um sujeito que ainda irá advir, que ainda está em constituição. Em que pese o fato de que uma lesão cerebral em um adulto possa implicar uma desorganização na imagem corporal (Catrini, 2011) não se pode apagar o fato de que crianças se encontram em processo de aquisição da linguagem e de constituição subjetiva.

Assim, toda a problemática envolvida na distinção de quadros parece ser decorrente do próprio modo como uma categoria clínica é delineada, a saber, pela reunião de um conjunto de sinais e sintomas. De que maneira? Vejamos a definição de “Apraxia da fala”, descrita como “transtorno da articulação no qual há comprometimento da capacidade de programar voluntariamente a posição da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios e a sequência dos movimentos musculares para a produção de fonemas e palavras” (Souza e Payão, 2008). Trata-se de um quadro circunscrito às dificuldades no planejamento motor para articulação da fala, que tem como consequências dificuldades de linguagem, sociais e comportamentais. Convém perguntar, no entanto, que instância fisiológica ou psíquica planejará a fala? Além disso, ao realizar um levantamento bibliográfico sobre tipos de apraxias, Payão e Souza (2008) afirmam que pacientes mostram, em suas tentativas de fala, que têm claro em suas mentes a palavra que desejam emitir, ainda que não consigam planejar as posturas específicas dos órgãos fonoarticulatórios para produzir os sons desejados. Se a descrição é baseada nos sinais, é preciso observar que esse mesmo tipo de testemunho é recorrentemente anunciado nas autobiografias de autistas, nas quais o sujeito se depara com uma desobediência do aparelho da linguagem e mesmo quando quer dizer uma coisa, acaba dizendo outra (Grandin e Scariano, 1999, Higashida, 2014; Nothomb, 2003, Maleval, 2020, entre outros), o que só faz reembaralhar a relação entre AFI e TEA.

Como se vê, na literatura sobre Apraxia, predomina uma concepção de corpo como organismo, sob a ótica da Fisiologia e Patologia (Catrini, 2011), que partilha o mesmo ponto de vista inerente à literatura sobre TEA. As explicações sobre as apraxias são de caráter

¹³ O diagnóstico foi incluído na CID 11 (OMS, 2022), diferentemente da CID 10 (OMS, 1997), na qual constava apenas o diagnóstico de Apraxia e não de AFI. O TEA também foi incluído como categoria diagnóstica para a CID 11 (OMS, 2022), com variações diagnósticas relativas à presença ou ausência de transtorno intelectual e ausência ou prejuízo da linguagem funcional. Como disse, trata-se de categorias clínicas delineadas no âmbito da medicina. Vale dizer, no entanto, que a CID 11(OMS, 2022) não se encontrava vigente no Brasil na ocasião da publicação deste artigo.

cognitivista e tratam a programação motora dos movimentos requeridos para o gesto articulatório (e seu déficit) como um conceito que dispensa reflexões mais amplas sobre relação entre o corpo e o funcionamento da linguagem (Catrini et al, 2015). Essas autoras têm realizado questionamentos originais e discussões profícuas sobre a literatura referente às Apraxias, cujas pesquisas demonstram que se ignora a complexidade envolvida na relação corpo-linguagem (Catrini, 2011, Catrini et al 2015) e Catrini e Lier-De Vitto, 2019).

É dessa mesma aposta cega na maturação neurológica como exclusivamente responsável por déficits no planejamento motor que emerge na literatura a indicação de que terapias com enfoque na produção motora seriam mais eficientes do que intervenções clássicas de natureza linguística, como mostra uma revisão de literatura (Payão e Souza, 2008). Nessas abordagens, se a execução da fala é subordinada exclusivamente ao funcionamento do organismo, pode-se entender por que a linguagem é negligenciada nas tentativas de teorização sobre apraxia: a linguagem é “veículo de significados prévios” (expressão crítica de De Lemos, 1995), e não chega nem a participar da articulação da fala, nem da produção de significado (Andrade, 2003). De fora ficam, portanto, “a linguagem e a singularidade de um corpo que fala” (Lier-De Vitto, 2003).

Na proposta de intervenção decorrente dessa concepção de apraxia vigente na literatura da área fonoaudiológica importa a programação do ato motor, mas não o jogo dialógico entre falas. Solicita-se que o paciente repita, reiteradas vezes, falas recortadas em partes (sonorizações de sílabas repetidas) ou recombinações à revelia das regras fonológicas e sintáticas de uma língua (palavras sem sentido), a ponto de uma fala ficar descaracterizada como tal (Andrade, 2003). Fica-se com a motricidade da fala e perde-se sua articulação prosódica, a estrutura (sintaxe) da língua e, conseqüentemente, a articulação corpo-linguagem.

Assim, se há testemunho de que um sujeito é estrangeiro ao seu corpo e à sua fala, não se reconhece, entretanto, que o ponto nodal da questão se localiza no engajamento corpo-linguagem, mesmo que haja prejuízo do lado do organismo. Se o corpo pode produzir palavras de forma automática, de que falha no equipamento padeceria o aparelho vocal? Na impossibilidade de domesticar sua postura, de coordenar a fala, como ignorar a inoperância no processo de captura do organismo pela linguagem?

Para finalizar, é preciso dizer, ainda, que as próprias pesquisas da área médica não fazem mais do que atestar as dificuldades motoras encontradas em crianças com um ou outro diagnóstico. Pesquisadores, por exemplo, sugerem que 63, 6% de crianças com diagnóstico inicial de TEA também apresentam Apraxia de Fala na Infância e que 36, 8% de crianças diagnosticadas com Apraxia de Fala na Infância foram posteriormente diagnosticadas com TEA (Tierney et al, 2015). No entanto, pesquisas como essas, que procuram correlacionar os quadros, são inconclusivas (Macneil e Mmostofsky, 2012) e apenas testemunham o fato de que há nessas crianças, independentemente do quadro clínico, uma certa impotência do corpo e, mais que isso, do engate entre corpo-linguagem por meio da fala. Isto é, trata-se de uma impossibilidade do sujeito de usufruir desse corpo para a realização do laço social, pela via da linguagem.

Reconheço que se a apraxia “põe o corpo em evidência” (Catrini, 2011, p.7), ele não pode ser reduzido a organismo, uma vez que “oralizar os sons de uma língua depende não só da realização dos movimentos para sua articulação, como também de que eles sejam sequenciados numa combinação imposta pelo funcionamento da língua” (Fonseca e Vorcaro, 2006, p. 425), ou seja, a ação motora fisiológica de oralização não é suficiente para definir e caracterizar o funcionamento da fala. Mas um gesto articulatório não configura um gesto natural e, sim, um

gesto de linguagem, de uma criança capturada pela língua, “gestos produzidos por um corpo que fala” (Catrini, 2011).

Quando se considera que uma fala só se suporta pela lei da articulação significante, o diagnóstico apresentado pelo clínico toma distância da nosologia médica para levar em consideração o sujeito, seu modo de presença na linguagem (ainda que não oralize), e o que/como escuta a fala do outro e a sua própria fala. No caso discutido, trata-se de escutar o gesto motor desajeitado pela criança a partir de seus efeitos no outro.

Conclusão

A AFI é um quadro polêmico, que é descrito a partir de dificuldades no planejamento motor para a fala devido às disfunções de natureza orgânica. Neste trabalho, entretanto, considereirei que tomar as manifestações motoras, ou a verbalização das palavras, como suficientemente responsáveis pela sustentação de uma fala é problemático. Como afirma Lacan (1986), é preciso evitar a redução do discurso à articulação sonora das palavras, bem como à atribuição de sentido a cada uma delas, de forma isolada. O autor enuncia que

Não é a partir da aquisição do controle motor revelado pelo aparecimento das primeiras palavras que podemos julgar sobre a aquisição como tal da linguagem. As contagens, de palavras que os observadores se satisfazem em registrar deixam intacto o problema de saber em que medida as palavras que emergem com efeito na representação motora emergem precisamente de uma primeira apreensão do conjunto do sistema simbólico como tal (Lacan, 1986, p.77).

Assim, subjacente à toda e qualquer sequência de fala, há um sistema simbólico que se caracteriza pela “propriedade de entrecruzamento linguístico, solidário ao conjunto, recortado e constituído pelas afliências, sobredeterminações posicionais” (Lacan, 1986, p.77).

Na Clínica de Linguagem, mais do que interpretar a produção de fala da criança do ponto de vista da oralidade, é preciso considerar manifestações do corpo que fala e as possibilidades do paciente em estabelecer diálogo com o outro. A partir do atendimento de crianças com paralisia cerebral, Vasconcelos (1999, 2006, 2010) reconheceu que falar ultrapassa produzir fala oralizada, na medida em que o corpo fala. O enodamento entre o visto, falado e ouvido – presente ou ausente no modo de implicação dos sujeitos assimétricos que compõem a cena dialógica – comparece com certas particularidades a cada caso, e são fundamentais tanto no diagnóstico de linguagem quanto na direção do tratamento.

Assim, questões sobre comorbidade ou diagnóstico diferencial entre quadros como TEA e AFI chegam à clínica por meio de um discurso de cunho organicista veiculado no campo da fonoaudiologia e disseminado para pais cujos filhos apresentam produções orais escassas. Ainda que reconheça a existência desse discurso, um clínico de linguagem dele se distancia, porque explicações de ordens externas à linguagem – como as de natureza cerebral/neurológica ou cognitiva – afastam-no de argumentos linguísticos-discursivos para a análise de falas sintomáticas e para a elaboração da direção de tratamento (Arantes et al, 2005). Um Clínico de Linguagem não deve, portanto, se eximir de ultrapassar descrições sintomatológicas para reconhecer percalços na edificação subjetiva atrelados à demora no aparecimento na fala – mesmo na presença de disfunções cerebrais –, nem de avaliar o paciente a partir da posição de falante, escutando como ele fala, como recolhe os efeitos de sua fala no outro, e como se escuta, ao dizer. Como podemos constatar nos fragmentos do caso clínico relatado, o diagnóstico que

antecede o tratamento nem sempre é potente o suficiente para distinguir tal posição da criança, e talvez só se possa diagnosticar *a posteriori*, pelo efeito do tratamento. Essas reflexões mostram que, em se tratando de clínica com criança, tudo se torna mais complexo.

Nesses impasses, a única solução é problematizar – no sentido preciso de relançar a questão – o que está sempre em jogo: como fisgar o sujeito para que seu corpo possa ser constitutivo do laço social? Primeiro, é preciso considerar que o corpo é um só e que uma fala é, acima de tudo, demanda para o outro. Mas também que tal realização só possa ocorrer em trabalho clínico, em uma práxis que reconheça o sujeito e suas produções, a partir da transferência.

Referências

- American Psychiatry Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais-DSM-V*. Artmed.
- Andrade, L. (2003). *Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem*. [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Arantes, L. M. G. (2001). *Diagnóstico e clínica de linguagem*. [Tese de Doutorado] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Arantes, L. M. G., Andrade, L., & Lier-DeVitto, M. F. (2005). A clínica de linguagem com crianças que não falam : diagnóstico e direção do tratamento. In S. Pavone, & Y. Rafaelli (Orgs.), *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito* (pp. 141-150). Cortez.
- American Speech-Language-Hearing Association (2007). Childhood apraxia of speech [Technical Report]. Disponível em <https://www.asha.org/policy/tr2007-00278/>
- Balbo, G. (2004). A língua nos causa. In A. Vorcaro (Org.), *Quem fala na língua* (pp.123-150). Ágalma.
- Bergés, J. (1986/1997). O corpo e o olhar do Outro. In *Escritos da criança*, (2 ed., Vol, 2, pp. 51-65). Centro Lydia Coriat. (Trabalho original publicado em 1986)
- Bergés, J. (2005/2008). *O corpo na neurologia e na psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças* (M. Folberg, trad.). CMC Editora.
- Bernardino, L., Lavrador, M. & Bechara, L (2020). Quem são as crianças com entraves estruturais na constituição psíquica - EE? In M. E. Pesaro, M.C. Kupfer & J. Davini (Orgs.), *Práticas inclusivas II: desafios para o ensino e a aprendizagem do aluno-sujeito* (pp. 15-33). Escuta/Fapesp.
- Cabral, C. P. (2022). *Correlações entre distúrbios do espectro do autismo e apraxia de fala na infância* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-14062022-114243/>
- Catrini, M. (2011). *Apraxia: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem*. [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositorio PUC-SP Teses e Dissertações. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/13518>

- Catrini, M., Lier-DeVitto, M. F., & Arantes, L. M. (2015). Apraxias: considerações sobre o corpo e suas manifestações motoras inesperadas. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, 57(2), 119-129. Doi: <https://doi.org/10.20396/ce.l.v57i2.8642396>
- Catrini, M., & Lier-DeVitto, M. F. (2019). Apraxia da fala e atraso de linguagem: a complexidade do diagnóstico e tratamento em quadros sintomáticos de crianças. *CoDAS*, 31(5). Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018121>
- Lemos, C. T. G. (1995). Corpo e linguagem. In L. C. U. Junqueira Filho (Org.), *Corpo-mente: uma fronteira móvel* (pp.235-247). Casa do Psicólogo.
- Lemos, C. T. G. (2011). Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, 42, 41–70. Doi: <https://doi.org/10.20396/ce.l.v42i0.8637140>
- Didier-Weill, A. (1997). *Os três tempos da lei: o mandamento siderante, a injeção do supereu e a invocação musical*. Jorge Zahar.
- Ferreira, M. T. (2006). Como a palavra é tomada no corpo? *Literal*, 9, 33-48.
- Fonseca, S. C., & Vorcaro, A. (2006). O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. In M. F. Lier-DeVitto, & L. Arantes (Orgs.), *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* (pp. 413-442). Educ PUC-SP.
- Fontaine, A. (2002). A implantação significativa no corpo (V. Veras, trad.). *Literal*, 5, 145-168.
- Grandin, T., & Scariano, M. M. (1999). *Uma menina estranha: autobiografia de uma autista*. (S. Flaksman, trad.). Companhia das Letras.
- Higashida, N. (2014). *O que me faz pular* (R. Durst, trad.). Intrínseca.
- Lacan, J. (1986). *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud, 1953-1954*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 3: as psicoses, 1955-1956*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1999). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente, 1957-1958*. Jorge Zahar.
- Lier-De Vitto, M. F. (2003). Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In N. Leite, (Org.), *Corpolinguagem: gestos e afetos* (pp. 233-246). Mercado das Letras.
- Kupfer, M. C. M., Patto, M. H. S., & Voltolini, R. (2017). *Práticas inclusivas em escolas transformadoras: acolhendo o aluno-sujeito*. Escuta/ Fapesp.
- Maleval, J. C. (2020). Sobre a alienação retida no autista. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(1), 8-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2020v72i2p.8-24>
- MacNeil, L. K., & Mmostofsky, S. H. (2012). Specificity of dispraxia in child with autism. *Neuropsychology*, 26(2), 165-171. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0026955>
- Nothomb, A. (2003). *A metafísica dos tubos*. (C. Marques, trad.). Record.
- Oliveira, M. T. (2007). Reflexões sobre as falas ecolálicas e a interpretação fonoaudiológica a partir da discussão de dois casos de psicose infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 18(3), 335-344. Disponível em <file:///Users/user/Downloads/11827-Texto%20do%20Artigo-28357-1-10-20121001.pdf>
- Oliveira, M.T., & Lier-DeVitto, M.F. (2020). Ecolalia e hiperlexia em crianças com entraves estruturais – EE. In M. Pesaro, M.C. Kupfer, & J. Davini, J. (Orgs.), *Práticas Inclusivas II: desafios para o ensino e a aprendizagem do aluno-sujeito* (pp. 175-186). Escuta/Fapesp.
- Organização Mundial da Saúde (1997). *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – Vol.1*. (10a ed. rev.). Edusp.

- Orrado, I., & Vives, J.M. (2021). *Autismo e mediação: bricolar uma solução para cada um* (P. S. de Souza Junior, trad.). Aller.
- Parret, H. (2002). *La voix et son temps*. De Boeck & Larcier.
- Parret, H. (2014). *Le son et l'oreille: six essais sur les manuscrits saussureins de Harvard*. Lambert-Lucas.
- Souza, T. N. U., & Payão, L. M. C. (2008). Apraxia da fala adquirida e desenvolvimental: semelhanças e diferenças. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(2), 193-202. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342008000200015>
- Tierney, C. et al. (2015). How valid is the checklist for autism spectrum disorder when a child has Apraxia of speech? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 36(8). 569-574. Doi: <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000189>
- Vasconcelos, R. (1999). *Paralisia cerebral: a fala da escrita*. [Dissertação de Mestrado], Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Vasconcelos, R. (2006). Fala, escuta e escrita nas produções de uma criança com paralisia cerebral. In M. F. Lier-DeVitto, & L. Arantes (Orgs.), *Aquisição, patologias e clínicas de linguagem* (pp. 227-234). Educ PUC-SP.
- Vasconcelos, R. (2010). *Organismo e sujeito: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais*. [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositorio PUC-SP Teses e Dissertações. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/14135>

Revisão gramatical: Viviane Veras

Email: viveras@gmail.com

Recebido em agosto de 2021 – Aceito em julho de 2022.