

Apraxia de fala na infância: para além das questões fonéticas e fonológicas

Speech apraxia in childhood: beyond phonetic and phonological issues

Apraxia de habla en la infancia: mas allá de las cuestiones fonéticas y fonológicas

*Paloma Rocha Navarro**

*Priscila Mara Ventura Amorim Silva***

*Sonia Maria Sellin Bordin**

Resumo

Este artigo propõe a análise e a discussão, com base na Neurolinguística Discursiva, dos aspectos neurofisiológicos, psíquicos, cognitivos, linguísticos e sociais pertinentes ao processo de aquisição de linguagem de crianças ouvintes com “Apraxia de Fala”. A partir da revisão bibliográfica da área, recobrando avaliação e tratamento fonoaudiológico tradicionalmente destinados àquelas crianças, ampliamos, com base em uma abordagem discursiva de língua e linguagem, nossas reflexões sobre a criança com apraxia. Observamos, assim, que, para além das alterações fonoarticulatórias, estão envolvidas na criança questões importantes, pertinentes e referentes ao seu período de balbúcio, à conformação neurofuncional da memória dos gestos articulatórios e aos processos constitutivos do diálogo enquanto matriz de significação.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Apraxia; Criança; Língua; Linguagem.

Abstract

This article proposes the analysis and discussion, based on the Discursive Neurolinguistics (ND), of the neurophysiological, psychic, cognitive, linguistic and social aspects pertinent to the process of language acquisition of hearing children with “Speech Apraxia”. Based on the bibliographical review

* Clínica Plural, Campinas, São Paulo, Brasil

**Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel de Oliveira Porto” (CEPRE), UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil

Contribuição dos autores:

PRN: Revisão Bibliográfica, redação e análise dos dados. PMVAS: Revisão Bibliográfica, redação, coleta e análise de dados. SMSB: Revisão Bibliográfica, redação, análise dos dados e Orientação.

E-mail para correspondência: Paloma Rocha Navarro palomarn@yahoo.com.br

Recebido: 31/01/2018

Aprovado: 30/07/2018

of the area, covering the evaluation and speech therapy traditionally intended for those children, we expanded, based on a discursive approach of language, our reflections on the child with apraxia. Thus, in addition to the phonarticulatory alterations, the child is involved in important issues related to his or her babbling period, the neurofunctional conformation of the articulatory gestures memory and the constitutive processes of dialogue as a matrix of signification.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Apraxia; Child; Language.

Resumen

En este artículo se propone el análisis y la discusión, bajo la base de la Neurolingüística Discursiva, de los aspectos neurofisiológicos, psíquicos, cognitivos, lingüísticos y sociales pertinentes al proceso de adquisición del lenguaje de niños oyentes con “Apraxia del Habla”. A partir de la revisión bibliográfica del área sobre evaluación y tratamiento fonoaudiológico tradicionalmente destinados a aquellos niños, ampliamos, con base en un abordaje discursivo de la lengua y del lenguaje, nuestras reflexiones sobre el niño con apraxia. Observamos que, más allá de las alteraciones fonoarticulatorias, están involucradas en el niño cuestiones importantes, pertinentes y referentes a su período de balbuceo, a la conformación neurofuncional de la memoria de los gestos articulatorios ya los procesos constitutivos del diálogo como matriz de significación.

Palabras claves: Fonoaudiología; Apraxia; Niño; Lengua, Lenguaje.

Introdução

Este artigo propõe a análise e a discussão, com base na Neurolingüística Discursiva¹ (ND), dos aspectos neurofisiológicos, psíquicos, cognitivos, lingüísticos e sociais pertinentes ao processo de aquisição de linguagem de crianças ouvintes com “Apraxia de Fala”. Interfere também nesta análise a revisão de literatura realizada sobre avaliação e tratamento fonoaudiológico a elas destinados e, ainda, um breve relato do acompanhamento de um caso clínico, cujo objetivo é demonstrar como as diferentes teorias encontradas parecem não contemplar a complexidade e a multiplicidade de fatores envolvidos na *apraxia de fala na infância*.

O termo *praxia da fala* remete à capacidade neurofuncional aprendida que o falante tem de programar os gestos fonoarticulatórios envolvidos na produção motora da fala. A fala exige a coarticulação de segmentos fonéticos em meio a uma estrutura que recobre, além dos aspectos segmentais da fala (produção dos sons), também os suprasegmentais, como entonação e prosódia².

Norberto Rodrigues, amparado pela técnica de eletromiografia³, analisa que a *praxia da fala* decorre do predomínio de gestos articulatórios, cujo comando motor neurofuncional é do tipo balístico, descritos fisiologicamente como movimentos rápidos de pequena massa e com menor inércia. No caso de produção da fala encadeada, o movimento balístico impõe limitações mecânicas que não permitem que a posição das estruturas envolvidas na articulação de cada som seja zerada após sua emissão. Assim, a fala encadeada acaba por exigir a sobreposição espaço-temporal dos comandos motores, resultando na coarticulação dos sons. Entretanto, os comandos motores que atingem os órgãos fonoarticulatórios para um dado fonema são dependentes do contexto fonético, do ritmo e da entonação de fala. Esse conjunto de aspectos faz de cada emissão fonêmica um fenômeno singular, tornando impossível a previsão de um conjunto finito de comandos motores preestabelecidos⁴.

A primeira descrição de “Apraxia de Fala” em adultos foi realizada por Darley em 1969^{2c}.

1. A ND desenvolvida por Coudry no interior do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) é uma área da Linguística que estuda os processos lingüísticos na relação sujeito, cérebro, mente e corpo⁵.

2. Os termos “entonação ou entonação” e “prosódia” aparecem neste artigo a partir dos estudos consultados, como aspectos

suprasegmentares sem distinção entre si. Contudo, Scarpa e Svartman diferenciam os dois termos: a entonação diz respeito a unidades maiores como as sentenças e a prosódia refere-se a aspectos fônicos relativos aos fonemas da língua dentro de uma sílaba ou vocábulo³.

3. A eletromiografia (EMG) de superfície registra as variações da atividade elétrica muscular durante sua contração, contribuindo para o diagnóstico miofuncional⁴.

De maneira geral, mantém-se definida, tanto para adultos quanto para crianças, como um transtorno da articulação caracterizado pela dificuldade que o falante apresenta em programar voluntariamente a sequência dos movimentos dos órgãos fonoarticulatórios envolvidos na produção de fonemas e palavras da língua. O que faz com que a realização desse diagnóstico mereça atenção especial é a consideração de que esses pacientes não apresentam alterações musculares (lentidão, fraqueza, incoordenação), estomatognáticas (respiração, mastigação, deglutição), neurológicas⁴ ou cognitivas^{1,2,3e,4e}.

Trata-se, portanto, de uma alteração fonoarticulatória que incide particularmente no sistema fonológico da língua. Por *fonologia*, termo cunhado pelos linguistas do Círculo Linguístico de Praga⁵, entende-se a descrição dos sons interpretados no interior do sistema fonológico da língua como elementos constitutivos das palavras, a partir de seus valores, funções, variantes contextuais e posicionais dentro de um sistema linguístico. De tal modo, o paciente com apraxia se mantém impossibilitado de dizer a palavra pretendida, em função de não conseguir realizar o conjunto de movimentos fonoarticulatórios nela envolvidos e exigidos pelo sistema da língua.

Para o adulto, são dois os marcadores diferenciais desse diagnóstico: 1. Melhor desempenho na produção de fala automática (números, dias da semana etc.) do que na executada voluntariamente; 2. Alta variabilidade de erros que não recaem sempre na mesma posição no interior da palavra e nas diferentes tentativas de correção da mesma. Assim, como a patologia afeta os aspectos segmentais da fala repercutindo em seus aspectos suprasegmentais^{6e}, associa-se à apraxia uma extensão discursiva. O falante pode, então, como efeito de sua inabilidade articulatória, ter seu discurso modificado (alterado quanto ao sentido) em relação ao padrão de entonação e ritmo, tais como: fala lentificada, quebra de fluência (pausa, hesitações, prolongamentos de sílabas das palavras, repetições de tentativas para falar a palavra)^{1,5,4e,7e,8e,9e}.

Dos estudos realizados sobre a apraxia verbal do adulto derivaram a avaliação e o tratamento de

crianças com apraxia. Tais procedimentos se mantêm, recorrentemente, voltados para as questões de produção da fala e funções estomatognáticas⁶, produzindo, muitas vezes, o apagamento do encontro adulto-criança, acontecimento próprio e singular da interação/interlocução no qual a fala e a linguagem emergem e a apraxia se mostra.

Reconhecemos, entretanto, que entrar no campo da fala da criança pressupõe também entrar no campo da Aquisição de Linguagem, recobrando aspectos neurofisiológicos, psíquicos, cognitivos, linguísticos e sociais como múltiplas dimensões desse futuro falante de uma dada língua.

A principal queixa de pais de crianças com apraxia de fala costuma ser a de que “Ela parece entender o que lhe falam, mas não se entende o que ela fala”. Identificar e significar essa queixa na avaliação, e durante todo o acompanhamento fonoaudiológico, nos remete à necessidade de compreender o percurso linguístico trilhado por essa criança sob, pelo menos, três aspectos:

Baseando-nos em Jakobson, para buscar nesse percurso indícios de seu período de balbucio^{10e}. O objetivo junto a Jakobson não é o de pôr em questão a validade de sua hipótese de descontinuidade entre o período do balbucio e o sistema fonológico de uma língua, mas o de compreender o percurso proprioceptivo daquela criança que, por caminhos contínuos e descontínuos, chegaria à condição de falante, o que acabou não acontecendo. Completam essa análise os estudos desenvolvidos por Scarpa que privilegiam a prosódia como entrada primordial na linguagem e responsável pelo processamento, discriminação e segmentação do fluxo da fala por todo o primeiro e segundo anos de vida da criança^{6,7}.

Baseando-nos no estudo de Freud sobre as afasias, buscamos compreender como a criança com apraxia constrói seu percurso de repetição (ou não repetição) da língua, em meio a diferentes interações, com diferentes interlocutores^{11e}. Freud em “As afasias” aproxima o adulto em estado afásico, ou seja, em pleno processo de dissolução de fala e de linguagem, da criança em processo de aquisição de fala e linguagem^{8,9,10}. Para dar conta do estudo em que discrimina os diferentes tipos de afasia, Freud idealiza o aparelho de linguagem como um aparelho de memória (de associação de sentido e de

4. Como veremos, é forte a referência à presença de transtorno neurofuncional no quadro de apraxia.

5. Os estudos do Círculo Linguístico de Praga (de 1926 a 1939) priorizaram as funções da estrutura da língua atreladas à flexibilidade de uso (semântica e pragmática), em detrimento de sua estatização formal.

6. As funções estomatognáticas são a respiração, a sucção, a mastigação, a deglutição e a fala.

diferentes propriocepções fonarticulatórias), uma vez que aprendemos a falar porque aprendemos a repetir a língua. Diante disso, cabe perguntar como as crianças diagnosticadas com apraxia de fala entram na língua, se a repetição motora que realizam parece insuficiente? Como essa experiência se inscreve e se modifica neurológica, cognitiva e psiquicamente no processo de associação/memória? Estaria envolvida na apraxia uma questão neurofuncional de memória para a associação dos movimentos constitutivos da fala, convergindo para a não estabilização desses movimentos?

No percurso de se apossar da língua e de seu uso em comunidade, a criança é mergulhada na linguagem, a partir da interação com o outro^{11,12,12e}. Essa experiência a leva, quase intuitivamente, a partir da escuta, a certa noção do funcionamento da língua. Assim, como essas crianças transitam no processo de aquisição de linguagem, já que sua fala, frequentemente, configura-se como uma barreira para a significação do outro? Para que ela signifique o que escuta, recortando as palavras embutidas na sintaxe da língua no fluxo contínuo da fala, torna-se necessário o processamento e a discriminação do funcionamento da língua. Assim sendo, como ela se identifica com sua comunidade linguística?

Revisão de literatura

A proposta deste artigo remete à apraxia de fala na infância, mas, como referido antes, a origem desse estudo se atrela ao conhecimento desenvolvido sobre a apraxia de fala no adulto, portanto, trazemos um breve recorte sobre esse tema.

Os termos “Apraxia adquirida da fala” ou “Apraxia verbal” distinguem a forma adquirida mais comum em adultos como seqüela neurofuncional de uma lesão ou dano neurológico, envolvendo mais especificamente o hemisfério esquerdo⁷ (córtex sensório motor da fala). Tal acontecimento impede ou modifica o planejamento motor dos movimentos da fala, mesmo estando o sistema muscular totalmente preservado, podendo se apresentar associado a outros quadros de alte-

7. De acordo com Luria, os hemisférios cerebrais atuam em complementaridade, entretanto, no caso de destros, o hemisfério esquerdo (HE) é o dominante^{13c}. Grosso modo, a fala e a linguagem exigem mais a atuação do HE, que exerce diferentes funções: processamento do som, dos sinais visuais, das relações espaciais, realização motora da fala, por exemplo. Retomaremos esse tema adiante.

rações neurofuncionais, como a afasia⁸, e com ela ser confundido.

Merece relevância também a diferenciação entre a Apraxia de fala e a Disartria, tanto no caso de crianças quanto no de adultos. A apraxia é pontual, como vimos, não se associa a alterações quanto ao tônus muscular orofacial e global, e incide na coarticulação dos movimentos da fala, podendo se associar a algum tipo de alteração neurofuncional¹³. A Disartria é um quadro neurológico (central ou periférico) e tem uma ampla classificação a depender do tipo e do ponto em que se deu a lesão⁹, podendo se associar a outras síndromes ou processos de degenerescências, com alterações da função motora da fala, da respiração, da fonação, da ressonância, da articulação, dos processos estomatognáticos, da entoação e da prosódia^{14e}.

Retomando a apraxia, além dos critérios elencados, outros foram identificados para a compreensão do fenômeno no adulto, por exemplo: possibilidade de sucesso para a repetição de produção de fonemas isolados e não para uma sequência de fonemas; repetição de palavras simples com pontos articulatorios visíveis, mais suscetíveis de acerto do que com pistas auditivas; dificuldade em lembrar como são feitos os movimentos articulatorios; grau da dificuldade encontrada proporcional à complexidade dos ajustes motores presentes na composição fonológica (vogais, consoantes, grupos consonantais), tamanho da palavra e seu aspecto prosódico^{10,14}.

No caso de crianças, esse quadro se torna ainda mais complexo. Diferentemente do adulto, que construiu um processo estável de fala e linguagem desestabilizado em decorrência de uma lesão neurológica, a criança encontra-se nessa condição

8. De acordo com Coudry, a afasia é causada por lesão córtico-cerebral adquirida, sendo definida como uma perturbação nos processos de significação com alteração em um dos níveis linguísticos com repercussão em outros, comprometendo o funcionamento discursivo^{5e}.

9. Seguem as classificações mais comuns das Disartrias e um exemplo de patologia associada a cada uma delas: Flácida (Miastenia Gravis); Espástica (Paralisia Cerebral); Hipocinética (Doença de Parkinson); Hipercinética (Coreia); Atáxica (lesões cerebelares); Mista, ou seja, diferentes disartrias ao mesmo tempo (Esclerose múltipla). Sugestão de leitura sobre o tema: Tese de Doutorado: Marina Martins Pereira Padovani, Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo, orientação da Profa. Dra. Mara Suzana Behlau, 2011.

10. Em virtude de essa população não ser foco do presente estudo, não nos estenderemos nas relações entre a apraxia verbal e os processos de leitura e de escrita do adulto.

desde o início de seu processo de aquisição de fala e de linguagem. A exceção seria a criança que, em fases mais avançadas desse processo, sofre um dano cerebral que compromete sua fala.

O conjunto de explicações encontradas para a apraxia na infância, como veremos, parece valorizar a visão organicista da produção de fala e de linguagem. Desse modo, a praxia é vista como resultado da maturação neurológica da criança no aprendizado funcional da interação com a própria produção da fala, como consequência do mecanismo adaptativo associado ao desenvolvimento do organismo^{11,15,16}. A apraxia seria, então, resultante da falha dessa adaptação, que interfere no conjunto de sistemas e estratégias neuromotores que controlam a produção de fala, a precisão e a variabilidade dos movimentos articulatorios observadas em crianças pequenas^{11,16,17,18,16c}.

Outras explicações médicas associam a apraxia infantil a etiologias neurológicas conhecidas (intrauterinas, infecções ou traumas), a distúrbios neurocomportamentais complexos (genéticos ou metabólicos), ou ainda, à origem neurogênica idiopática^{5,19,20}. A única referência de incidência encontrada para esse quadro é o indicador de um caso para 100 crianças⁵.

Dentre as principais descrições do quadro destacamos:

- “Apraxia de fala infantil” (*Childhood Apraxia of Speech - CAS*) identificada pela *American Speech-Language-Hearing Association*⁵ como um distúrbio de origem neurológica, no qual a precisão dos movimentos da fala está prejudicada na ausência de déficits neuromusculares, com alterações segmentais e suprasegmentais de fala e linguagem, tais como: tateio articulatorio no início da elocução de fala; erros de substituição de fonemas caracterizados por metátese¹²; omissões frequentes de fonemas; trocas inconsistentes de fonemas na fala; alta incidência de erros em vogais; aumento do número de erros em unidade maiores de fala; movimentos orais voluntários

prejudicados; realização inconsistente do acento (sílabas tônicas); redução das habilidades diadococinéticas¹³; alteração na prosódia, na qualidade vocal e na fluência; dificuldades significativas em imitar palavras e frases e uso predominante de formas silábicas simples; linguagem expressiva reduzida em relação à linguagem compreensiva^{4e,17c}. Tais características tendem a persistir em fases posteriores da vida da criança, comparadas àquelas com outros distúrbios dos sons da fala ou de linguagem¹⁴, corroborando a indicação do diagnóstico precoce.

- “Apraxia de desenvolvimento ou desenvolvimental” (*Developmental Apraxia of Speech - DAS*) presente desde o início do processo de aquisição de linguagem, em um contínuo de severidade desde uma forma leve até a impossibilidade de aquisição de fala²¹. Nessa categoria diagnóstica¹⁵, as alterações de fala observadas são: ritmo de fala reduzido; redução de palavras por não coarticulação do sequenciamento de sílabas das palavras; alteração entoacional; alteração no sistema fonológico; erros que se assemelham aos erros de adultos com apraxia adquirida. Esse quadro remete ao atraso no desenvolvimento da linguagem infantil e, como consequência, pode repercutir em outros domínios linguísticos (semântico, pragmático e especialmente na sintaxe), incluindo a linguagem escrita¹⁴.

Quanto à avaliação fonoaudiológica, diferentes protocolos/instrumentos de avaliação, sob o ponto de vista dos critérios psicométricos e dos aspectos que avaliam, foram analisados por Gubiani, Pagliarini e Keske-Soares, recobrando o período de 2003 a 2014²². Dentre tais protocolos/instrumentos, as autoras destacam os que seguem:

- *Verbal Motor Production Assessment for Children* (VMPAC): Para crianças entre três e 12 anos

13. Por diadococinesia entende-se a habilidade de realizar rápidas repetições de segmentos simples de fala. Sua avaliação reflete a adequação da maturação e a integração neuromotora do paciente, oferecendo um índice acústico da velocidade dos movimentos articulatorios e da posição dos articuladores, sendo, portanto, considerados testes de habilidade neurológica^{18c}.

14. Como, por exemplo, no “Distúrbio articulatorio”, em que sempre os mesmos fonemas têm suas produções impossibilitadas pela não atualização de um ou mais traços distintivos^{19c}, gerando sua distorção, omissão ou sua substituição por outro; superficial comprometimento do sistema fonológico e do processo de aquisição de linguagem; tempo menor de fonoterapia.

15. Hall, Jordan, Robin e Kumim relacionam o DAS a síndromes, como: de Down, X-Frágil, Rett, Transtorno do Espectro Autista/Autismo e Epilepsia^{23,20c}.

11. Os movimentos de lábios, língua e mandíbula, fundamentais para a precisão e a coordenação *articulatória*, transformam-se ao longo do desenvolvimento infantil (de indiferenciados para refinados). Opinião contrária é manifestada pela *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), que considera que tais movimentos não são imprescindíveis para o encadeamento dos sons na fala^{10e}.

12. Metátese é a reordenação de sons dentro da mesma palavra, influenciada pela facilitação da pronúncia no sistema da língua, por exemplo: *largo* para *largato*; *cardaço* para *cardaço*.

de idade, busca marcadores para distúrbios de fala decorrentes de déficit na praxia do discurso, composto de 82 itens (20 de controle motor global, 46 de controle oromotor e 16 de habilidades de sequenciação). Os itens de controle motor global avaliam tônus postural e estabilidade para respiração, fonação e sistema articulatório; reflexos oromotores e funções vegetativas. Os itens de controle oromotor avaliam a integridade dos movimentos verbais e não verbais de mandíbula, lábios e língua. Os itens de sequenciação avaliam habilidade de sequenciação não verbal e de fonemas duplicados e triplicados.

- *Dynamic Evaluation of Motor Speech Skill* (DE-MSS): Para crianças entre três anos e seis anos e sete meses de idade, com distúrbios severos de fala, a avaliação é composta por 9 subtestes recobrando 66 itens que avaliam a precisão articulatória de vogais e de palavras, a prosódia e a consistência da elocução. Privilegia a capacidade de a criança imitar o examinador em duas fases: (i) com e sem pista articulatória, (ii) com demonstração do examinador. O instrumento se mostrou sensível para o diagnóstico da apraxia de fala na infância na população norte-americana.
- *The Orofacial Praxis Test* (TOPT): Auxilia, através de solicitação verbal e de imitação do examinador, a identificação de desordens de coordenação motora em vários níveis, sendo destinado a crianças e adultos. Composto de 36 tarefas (12 referentes às praxias sonorizadas, 12 às praxias orofaciais, seis à sequência de movimentos e seis aos movimentos paralelos), envolve: sequenciação de movimentos da musculatura orofacial (por exemplo: abrir e fechar a boca) visando a distinção entre o tipo de gesto (movimento práxico oroverbal, movimento práxico orofacial, sequência de movimentos, movimentos paralelos) e tipos de aplicação (solicitação verbal e imitação).
- *Kaufman Speech Praxis Test for children* (KSPT): Para crianças entre dois anos e cinco anos e 11 meses de idade, auxilia, por meio da imitação do examinador, na identificação e no tratamento da apraxia de fala infantil. Composto por quatro partes com níveis de dificuldades crescentes: 1: movimentos orais amplos; 2: movimentos simples (vogais isoladas, consoantes simples e vogais combinadas; 3: consoantes /k, g, f, s/, dissilábicas complexas e palavras complexas; 4: fala espontânea. Apresentando

índice de validade de critério e de conteúdo para a população norte-americana, esse instrumento é bastante aplicado em pesquisas internacionais com amostras de fala infantil.

- *Madison Speech Assessment Protocol* (MSAP): Propõe identificar e classificar marcadores diagnósticos para oito subtipos de distúrbios de sons da fala de origem desconhecida (em diferentes idades), dentre estes a apraxia. É composto por 25 tarefas: *Goldman Frisloe Test of Articulation; screening test*; amostra de fala espontânea; tarefa de acento lexical; tarefa com palavras, frases simples e complexas; tarefa de repetição de sílabas e pseudopalavras¹⁶; tarefas com róticos e sibilantes; tarefa de diadococinesia; vogal e consoante sustentadas (/a/ e /f/); exame orofacial; escalas de linguagem oral e escrita e o *Kaufman Brief Intelligence Test*.
- Gubiani, Pagliarin e Keske-Soares identificaram os seguintes aspectos na pesquisa realizada: todos os instrumentos avaliam as estruturas orais e/ou a função motora da fala como as áreas mais comprometidas na apraxia de fala; apenas o DE-MSS e o MSAP avaliam a prosódia em tarefas específicas; todos os instrumentos auxiliam no diagnóstico da CAS, porém apenas o DEMSS apresentou estudo de validade e fidedignidade; apenas o TOPT foi utilizado em pesquisas brasileiras; nenhum dos instrumentos foi adaptado e padronizado suficientemente para a realidade sociocultural brasileira ou apresenta propriedades psicométricas para o Português Brasileiro²².

Finalizada a exposição do aporte teórico sobre a apraxia de fala na infância e sua avaliação, privilegiaremos modelos de terapia fonoaudiológica, conforme segue:

- *Sistema Pontos para a Reestruturação de Objetivos Fonéticos e Oro-Musculares* – PROMPT: O método define os comprometimentos de fala a partir de aspectos multifatoriais: estruturas faciais, esqueléticas e musculares; tônus corporal e propriocepção; domínio cognitivo-linguístico, socioemocional. A técnica inclui princípios neuromotores, informações auditivas e visuais e somatoestésica (cinestésica e proprioceptiva) para fornecer o *feedback* ao falante. Privilegia a integração sensorial (tato, pressão, localizações específicas, consciência auditiva e visual sensível

16. Pseudopalavras: termos inexistentes na língua, mas que podem ser pronunciados.

ao tempo) e suporte, estabilização e facilitação postural (tronco, tónus, controle de cabeça e pescoço). O progresso da terapia busca refinar os movimentos das subestruturas de fala (fonação, movimento mandibular e complexo orofacial), visando a independência entre as estruturas até se chegar à integração de todo o estímulo para a comunicação funcional. As etapas da terapia seguem padrões orientados pelo terapeuta através de protocolos PROMPT predeterminados, como: Parâmetro; Complexo e de Superfície^{21e}.

- *Métodos dos Dedinhos*: Objetiva promover/facilitar a produção articulatória e a alfabetização de crianças e adolescentes, em especial daqueles com os seguintes diagnósticos: Síndrome de Down; Transtorno do Espectro Autista; Distúrbios Específicos de Linguagem e Dificuldades de alfabetização. O recurso utilizado é a estimulação multissensorial/visuoauditiva, por meio de fotos, ilustrações e programas como o *Boardmaker*¹⁷, priorizando elementos morfossintáticos presentes no desenvolvimento inicial da linguagem oral da criança²⁴.
- *Método Fono-visuo-articulatório* (Método das Boquinhas): Criado na confluência entre a Fonoaudiologia e a Pedagogia, o método tem como princípio a teoria da Consciência Fonoarticulatória. A partir de estratégias fônicas (fonema/som), visuais (grafema/letra) e articulatórias (articulema¹⁸/boquinhas) busca alfabetizar crianças e mediar/reabilitar os distúrbios de leitura e de escrita. Apropria-se também dos princípios da Fonologia Articulatória (FAR), que contempla a unidade fonético-fonológica e o gesto articulatório como unidade mínima de fala, privilegiando: materiais que auxiliem no aprimoramento das habilidades de imitação oral; conhecimento do ponto e modo articulatório; reconhecimento da posição do fonema na sílaba e na palavra; reconhecimento da sílaba tônica; prosódia; associação e análise do fonema ao articulema; consciência fonoarticulatória associada às habilidades de leitura e escrita^{22e}.
- *Comunicação suplementar e/ou alternativa*: Trata-se de educação especial destinada ao desenvolvimento de meios facilitadores para que

peçoas que apresentem perda ou retardo no desenvolvimento da língua falada e/ou escrita, se comuniquem com seus interlocutores através de: 1. Comunicação Alternativa Suplementar (fotografias, desenhos, sistemas de signos gráficos, figuras); 2. Comunicação Alternativa Apoiada, através do uso de computadores que sintetizam a fala²⁵.

- *Dynamic Temporal and Tactile Cueing* (DTTC): Por meio de pistas sensoriais (auditiva, visual e tátil), estimula a criança a imitar o terapeuta, visando a percepção do modo e do ponto de articulação dos fonemas. O uso de pistas sensoriais é proporcional às respostas da criança^{26,27}.

Discussão

Analisamos que essas propostas terapêuticas, em maior ou menor grau, apoiam-se em programas predeterminados e se amparam em estratégias que demandam o trabalho em diferentes graus de complexidades, recobrando diferentes níveis de comprometimento apráxico e, de maneira geral, priorizam: a percepção articulatória, a melhoria e o treinamento da percepção visual/auditiva da posição dos órgãos fonoarticulatórios, as funções estomatognáticas e o controle de *feedback*. Embora possam interferir na fala da criança apráxica, parecem dar superficial relevância à sua constituição como um sujeito de linguagem, ao seu papel de interlocutor e ao papel de interlocutor que lhe atribuem aqueles que o rodeiam (família e escola, por exemplo) – temas que consideramos imprescindíveis no processo de aquisição de fala e linguagem.

Com a proposta de analisar e discutir a apraxia na infância e, principalmente, o trajeto dessa criança no processo de aquisição de linguagem, retomaremos as três questões elencadas inicialmente. Nossa justificativa é a de que a melhor compreensão dessa alteração imbricada ao processo de aquisição de fala e linguagem pode interferir positivamente na avaliação e no acompanhamento fonoaudiológico a elas destinados.

1. Baseamo-nos nos estudos de Jakobson^{10e,23e} e Scarpa^{6,7} para marcar a importância de se refletir sobre a ocorrência concomitante do balbucio e da prosódia¹⁹ no percurso proprioceptivo inicial

17. *Boardmaker* é um *software* que disponibiliza mais de 4500 símbolos de comunicação pictórica, usados para facilitar a comunicação humana.

18. Define-se como *articulema* o movimento da boca envolvido na produção do fonema ou palavra.

19. Optamos didaticamente por separar balbucio e prosódia apenas porque, de maneira geral, valoriza-se mais nesse período a produção do som em detrimento da prosódia.

da criança, bem como sobre a sua implicação na apraxia de fala.

Na pesquisa que realizamos na área, são raras e bem gerais as referências a esse período; apenas se infere que essas crianças foram particularmente bebês silenciosos^{5,28}. Entretanto, se há uma possibilidade de precocidade no acompanhamento dessas crianças, esta se daria a partir da observação e da compreensão mais cuidadosa do seu período de balbucio/prosódia. Contudo, reconhecemos que interfere especialmente em tal abordagem a perspectiva de linguagem à qual nos vinculamos.

Os modelos de terapia fonoaudiológica apresentados acima parecem se assentar em uma noção biomédica de linguagem, pois não complexificam a importância da presença do outro e da língua na interação. Assim, a linguagem é compreendida como a aquisição de um código de comunicação transparente, dependente do desenvolvimento neurológico e cognitivo, a serviço do pensamento. Em uma visão discursivamente orientada, a criança é um interlocutor privilegiado, desde e antes de seu nascimento, devido à anterioridade da linguagem, à interação, à presença do outro e da língua e ao efeito da fala do adulto sobre a fala da criança^{11,12}.

A diferença entre essas duas visões é que a segunda, com base na Linguística, privilegia a consideração de que a linguagem tem múltiplas entradas em relação interdependente com a neurofisiologia²⁰. Ou seja, antes de chegar à palavra, o olhar do bebê, seu sorriso, seus sons, seus diferentes choros são matrizes de significação, em diferentes entonações na e pela linguagem. Os estudos de Jakobson e Scarpa recobrem a primeira parte da vida da criança a caminho da linguagem, fala e língua e cooperam para a compreensão de que os aspectos proprioceptivos (sensações e percepções advindas do corpo; da experimentação da movimentação das articulações, das caixas de ressonâncias vocais e da sonoridade que vem da própria oralidade) afetam o corpo do bebê na interação com o outro, como precursores e instauradores de sua fala e linguagem.

O estudo de Jakobson privilegia, dentre outros aspectos, a análise estrutural e universal da aquisição da linguagem na busca de suas leis

gerais^{10c}. Para o autor, a constância cronológica de determinadas oposições fonológicas adquiridas universalmente pelas crianças encontra familiar correspondência com as leis estruturais das línguas do mundo. Ele também reconheceu que, diante de crianças pequenas, os adultos modificam sua fala e linguagem em um padrão fonêmico infantil. Assim, nesse espaço e tempo iniciais, o adulto modifica sua fala para uma *Fala Dirigida à Criança* (FDC) ou *manhês*²⁹, simplificando-a, reduzindo sua extensão frasal, dando visibilidade aos movimentos fonoarticulatórios, exagerando a entonação e intensificando a prosódia do que enuncia com o objetivo de estabelecer com a criança uma possibilidade de encontro de sentidos (afetivos, sociais, cognitivos), em uma dada língua. Posteriormente, esses “mecanismos” são relativizados porque a criança se apropria desse processo proprioceptivo, sonoro e motor, pleno de sentidos na língua/linguagem.

Para Jakobson, a produção inicial de sons pela criança tem uma explicação orgânica e fisiológica. A sucção do seio materno ou mamadeira reivindica movimentos bilabiais (apreensão do seio/mamadeira) e murmúrio de ressonância nasal (evitando o engasgo na alternância respiração e deglutição). Ele assinala também que, quando não está mamando, a criança continua realizando os movimentos bilabiais (com ou sem ressonância nasal) acrescidos de apoio vocálico, o que seria o princípio básico da estrutura silábica consoante - vogal. Em pouco tempo, ela começa a associar essa produção fonatória à presença ou ausência do alimento (representação), uma experiência que se sofisticava de orgânica e fisiológica para também cognitiva e psíquica, sustentada, inclusive, pela repetição (memória proprioceptiva, como dirá Freud).

Com o tempo, a criança começa a produzir sons com valores linguísticos marcados, principalmente, pelo contraste, pela oposição e pela reduplicação como, por exemplo, em “mama e papa”. Nesse momento, a partir da resposta do adulto, a criança avança para a fronteira²¹ entre o balbucio e as primeiras palavras com sentido na língua (entidade semântica e fonológica), nesse percurso, “mama” inicialmente pode referir a presença do alimento, para depois designar a mãe, passando de uma função afetiva para designativa.

20. A ND, baseando-se nos estudos desenvolvidos por Vygotsky, estuda o cérebro como um órgão biológico de funcionamento holístico, dinâmico e plástico que, em constante interação com o meio, tem suas estruturas e funcionamento transformados em função das diferentes necessidades que o homem (onto e filogeneticamente) experimenta^{24c}.

21. Discordamos de Jakobson quanto à marcação de uma fronteira entre o balbucio e a fala porque vemos esse percurso como continuidade.

Ampliando essa perspectiva, os estudos desenvolvidos por Scarpa privilegiam a prosódia por todo o primeiro e segundo anos de vida da criança como a ponte inicial entre a organização formal da fala e o potencial significativo e discursivo da língua, *possibilidade primeira de estruturação ligando o som ao sentido*^{6,7}. Para a autora, o percurso da criança entre a organização da forma fônica (primeiro ano de vida) e o começo da gramática prosódica (segundo ano de vida), associa-se ao processamento, discriminação e segmentação do fluxo de fala da língua da comunidade linguística a que pertence. Tal acontecimento se ancora no fato de os bebês mostrarem capacidade de processamento e discriminação da prosódia da FDC, desde a vida intrauterina^{25c}, diferentemente de estudos anteriores que indicavam essa capacidade apenas em bebês com alguns meses de vida. Não podemos deixar de ressaltar que a prosódia carrega aspectos sociais e culturais da língua que moldam o discurso melodicamente (entonação de pergunta, de surpresa, de contrariedade, etc.).

Scarpa ressalta ainda que, no primeiro ano de vida, a criança produz sons como *preenchedores de lugares prosódicos como sinais de subespecificação fonética e gramatical em processo de estruturação*⁷, apontando, assim, a importância dos aspectos prosódicos como caminho preferencial da possibilidade de estruturação da/na linguagem. Segundo a autora, existe um tempo para a prevalência desse acontecimento que se estende principalmente no primeiro e em parte do segundo ano de vida. Nesse tempo, a *massa fônica* vai se mostrando diferenciada porque a criança vai fazendo cada vez mais *ajustes métricos em enunciados mais longos e lidando com fronteiras prosódicas dentro da frase entonacional*⁷, delimitando, assim, a precedência da entonação sobre a gramática e o léxico em uma relação de interinfluência, no ambiente da língua materna.

O processo aqui descrito envolve a interação adulto-bebê como espaço e tempo da ocorrência simultânea, para o bebê, da propriocepção do treinamento articulatorio e auditivo dos sons universais (que depois *sofre a poda* imposta pela língua) e do processamento e discriminação linguística dos aspectos prosódicos presentes na língua materna. Se esse intenso processo – envolvendo entonação, linguagem, língua, fala – é simultâneo, seria razoável analisar que, diferentemente do esperado, a criança apráxica, porque com alterações coarticulatórias e

de prosódia, parece não desfrutar dessa vivência o suficiente para se tornar falante de uma língua.

Estamos pressupondo, então, que questões de apraxia são efeitos, no corpo da criança, da privação ou da vivência incompleta do seu período de balbucio/prosódia com repercussão em sua habilidade de processamento, discriminação e segmentação do fluxo de fala da língua da comunidade linguística a que pertence. Pois, ainda que as experiências vividas por ela nesse período não sejam totalmente conhecidas, aparentemente se mostraram insuficientes para assegurar a materialidade proprioceptiva fonoarticulatória necessária para a fala da/na língua. De outro modo, ainda que tais experiências assegurem a ela a produção de fonemas isolados, não favorecem sua entrada na fonologia, na língua, propriamente dita, como memória, herança de uma comunidade.

Assim, na criança, sua experiência proprioceptiva – dos recortes prosódicos, do processamento, da discriminação e da segmentação do fluxo de fala, presentes no processo de aquisição de linguagem e de fala – nos remete, então, à segunda questão elencada inicialmente: Como isso tudo se torna memória?

2. Retomamos o estudo realizado por Freud, em 1891, sobre as afasias, em que idealiza o aparelho de linguagem/fala como um aparelho de memória, de associação. Para compreender o que acontece com o adulto quando acometido pela afasia, Freud estabelece uma relação entre o processo de dissolução de fala e de linguagem do afásico com a criança em processo de aquisição^{8,9,10}. Imaginamos que a criança que interessa a Freud é um pouco mais velha do que o bebê que despertou o interesse de Jakobson e Scarpa.

Para o autor, do ponto de vista psicológico, a palavra é uma unidade funcional e neuronal de linguagem, um conceito complexo constituído por elementos proprioceptivos (ou imagens) auditivos, visuais e cinestésicos. Freud analisa que aprendemos a falar sempre guiados pelo sentido que a palavra veicula. Entretanto, falamos a palavra associando à sua imagem sonora (da língua), sua impressão de inervação ou imagem cinestésica no corpo, ou seja, impressões sensoriais/proprioceptivas procedentes dos órgãos da fala. Para ele, no desenvolvimento da língua/linguagem, essas primeiras associações não são idênticas àquelas ouvidas, mas seus ajustes são sempre guiados pelo modelo que vem do outro, somados ao esforço da criança para adequar seus

mecanismos proprioceptivos à produção sonora que a palavra exige. Nesse sentido, aprendemos a falar porque aprendemos a repetir²² a língua. A produção de palavras exige, portanto, a *recordação* no corpo das imagens sonoras e cinestésicas de cada segmento que as compõem. Ainda para Freud, nesse contexto, a perda ou a impossibilidade de a criança ou o afásico exercer a *função corretora da imagem sonora e cinestésica* explica peculiaridades de alterações fisiológicas e patológicas²³.

Desse modo, para Freud, toda aprendizagem exige no corpo do sujeito uma repetição do que vem do outro (do que está posto na língua/cultura) que se dá na concomitância entre o psicológico e o neurofisiológico: todas as nossas experiências (proprioceptivas, motoras, linguísticas, cognitivas, psíquicas), desde as mais primitivas e rudimentares, promovem continuamente uma inscrição, um registro psíquico e fisiológico no cérebro, ou seja, consistem em processos de memória. Por outro lado, quanto mais essas experiências se repetem e ganham complexidade, mais se reinscrevem psíquica e neurofisiologicamente e mais sulcados se tornam esses registros que, por consequência, apresentam-se mais acessíveis como memória do vivido.

Esse circuito associativo e de memória, envolvendo as experiências no/do corpo e seus registros neurofuncionais, sofre reformulações contínuas e interdependentes, especialmente as que envolvem a relação fala e linguagem e tudo o que disso deriva (aprendizagem matemática, processos de leitura e escrita, produção de discurso, etc.)^{8,26e,27e,28e}. Estendendo essa compreensão aos seus aspectos genuinamente neurofuncionais, Barbizet & Duizabo explicam que o circuito de memória acontece a partir de curtos fragmentos de experiências repetidas, *sendo a repetição a única capaz de criar e depois manter uma forma nova de associação entre os neurônios*^{29e}. Para os autores, cada nova experiência sensorial-afetivo-motora vivida repetidamente alavanca certa coesão funcional no seio da constelação neuronal, em um ciclo que exigirá a interferência dos mesmos neurônios envolvidos. Quanto à aprendizagem/apropriação de diferentes

conhecimentos, eles reforçam que: *A repetição que foi indispensável para assegurar sua individualização vai também assegurar sua perenidade, a extinção e o esquecimento fisiológico*^{29e}.

Então, reconhecemos que a criança apráxica aparentemente se constitui em meio a um ciclo neuronal alterado/modificado (em diferentes graus) pela não repetição motora que a língua exige. Tal acontecimento parece repercutir, por sua vez, em processos de memórias proprioceptivas e sensoriais fundidos à produção dos aspectos segmentais e suprasegmentais da fala, em um ciclo vicioso. O que estamos dizendo é que a apraxia reverbera em todos os níveis linguísticos – sintático, semântico e pragmático e, não apenas, no fonético e fonológico.

Conforme analisamos com Freud, toda experiência de vida demanda uma inscrição neuronal e psíquica em concomitância. Assim, consideramos também que é pela fala na língua, no exercício e uso da linguagem, que a palavra se materializa como um signo arbitrário de duas faces: significado e significante^{30e}. Portanto, se a criança apráxica parece ter uma questão neurofuncional de memória para a associação dos movimentos constitutivos da fala, como podemos assegurar a apropriação das duas faces do signo linguístico, física e psicológica, em seu percurso de aquisição e uso da linguagem? Reflexão que nos remete à terceira e última questão elencada inicialmente. Considerando que é a na interação que a criança se constitui como sujeito, qual é o lugar que essa criança, em processo de aquisição, ocupa nas relações de interlocução a que está exposta no fluxo social, cognitivo e afetivo da língua/linguagem?

3. Em meio a questões como essas, recorremos aos estudos desenvolvidos por De Lemos^{11,12} e Luria^{12e}. De Lemos analisa que o processo de aquisição de linguagem da criança está associado ao que o adulto lhe apresenta na *interação* (ou atividade conjugada): *processos constitutivos do diálogo enquanto matriz de significação*¹¹. São três os referidos processos: 1. Especularidade: Antes de a criança participar efetivamente do diálogo, a mãe (ou adulto) recorta os comportamentos de choro, olhares, risos, vocalizações, aos quais vai atribuindo sentido; 2. Complementaridade: A criança, na dependência do enunciado do adulto, incorpora²⁴ parte desse enunciado, uma palavra, por exemplo,

22. O termo “repetir” não se refere a repetições mecânicas de palavras, mas à repetição da vivência contextualizada na língua e na interação.

23. Freud amplia sua análise para a relação da fala com a escrita e com a leitura, entretanto, por ser este um tema extenso, não será abordado aqui.

24. Segundo a referida autora, não se trata de pura imitação, mas de apropriação.

que ocupa um lugar “semântico”, “sintático” e “pragmático”; 3. Reciprocidade: A criança passa a ocupar os papéis de quem responde e inicia o turno de interlocução, de forma reversível, em uma situação dialógica.

De Lemos revisa, no início da década de 2000, sob o escopo da Psicanálise, o processo da criança na aquisição de linguagem, caracterizando-o como *um processo de subjetivação no reconhecimento da anterioridade lógica da linguagem relativamente a um corpo pulsional que é por ela capturado e significado*³⁰. Para a autora, o processo de subjetivação na linguagem é uma estrutura que articula a criança, a língua e a fala, na qual a criança ocupa três posições. Na primeira posição, a criança está alienada à fala do outro, à presença efetiva do outro, de seu corpo e voz, e, especialmente, da interpretação desse outro, da qual depende cada enunciado da criança. Na segunda posição, há a dominância da língua, os erros na fala da criança indicam que ela está afastada da fala do outro, mas sob dominância de uma operação de natureza metafórica²⁵. Na terceira posição, a criança fala, escuta, reformula e corrige a própria fala, reconhecendo a disparidade entre o que ela diz e o que pretende dizer, ainda que não atinja a forma correta pretendida.

Luria, por sua vez, estuda, sob o ponto de vista da Neuropsicologia e baseando-se nos estudos jakobsonianos, a aquisição de linguagem e de fala da criança classificando-a como um processo intenso, longo e complexo^{12c}. Para ele, a principal função da palavra é a de representação, substituição do objeto sem, no entanto, indicar uma referência única, fixa e unissignificativa, mas multissignificativa e polissêmica. Na fase inicial, a palavra estaria entrelaçada à situação, ao gesto, à mímica, à entonação, e somente nessas condições adquiriria sua referência objetiva.

De tal maneira, para Luria, a palavra torna-se o elo de uma rede de imagens por ela evocadas^{12c}. Quando falamos, inibimos uma rede de associações para selecionar aquela palavra que mais significa a

situação vivida. De outro modo, aquele que escuta inibe toda a rede de imagens evocadas pela palavra para selecionar aquela implícita à situação. Ainda para o autor, todo o acontecimento desse processo ao longo da vida da criança atualiza e especializa os circuitos neuronais em diferentes áreas e hierarquias neurofuncionais, inter-relacionando continuamente a linguagem, a aprendizagem e o psiquismo da criança. Ou seja, por trás de cada palavra falada ou ouvida, em dada interação, em uma dada língua, existem intensos processos neurológicos, semânticos e psíquicos que têm como ponto de origem as experiências vividas.

A partir dessa explanação teórica, retomamos diferentes questões já expostas: Como a criança apráxica se constitui como sujeito da língua/linguagem? Qual o lugar que ocupa nas diferentes relações afetivas e sociais que experimenta? Como ela percebe o que escuta? Como se identifica com sua comunidade linguística? Como a mãe significa a fala desse(a) filho(a)?

Para dar conta dessas reflexões optamos por expor brevemente o relato de um caso clínico²⁶. A pesquisa em questão foi realizada no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação Prof. Dr. Gabriel de Oliveira Porto (CEPRE)/UNICAMP, sob a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa No 018/2017. Trata-se de um recorte do acompanhamento fonoaudiológico longitudinal de base discursiva, no período entre janeiro de 2016 e março de 2017 (um ano e três meses), que tem como objeto de estudo o caso clínico de um sujeito do sexo masculino, de cinco anos e três meses de idade, com o diagnóstico de apraxia de fala.

A metodologia longitudinal possibilitou a observação da trajetória do sujeito em acompanhamento, permitindo uma compreensão mais profunda sobre as relações entre as variáveis linguísticas observadas, neste caso, de apraxia de fala infantil. Para a análise longitudinal, foram recuperadas informações do prontuário do paciente (Hospital das Clínicas/UNICAMP), entrevista fonoaudiológica inicial, avaliação fonoaudiológica, relatórios fonoaudiológicos, registros diários de terapia (escritos, gravações de voz e imagem), audiometria e relatório pedagógico. Vale notificar que a utilização dos dados foi autorizada pela família no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

25. Para Saussure, as relações associativas ocorrem pela memória e acontecem fora do discurso, ou seja, “relações em ausência”, já a possibilidade de encadear termos na cadeia da fala acontece na “relação em presença”^{30c}. Jakobson retoma essas relações como figuras de linguagem, a saber, metáfora e metonímia^{31c}. O processo metafórico opera pela similaridade e envolve a seleção e a substituição de um termo por outro (equivalente em um aspecto e diferente em outro). O processo metonímico opera na contiguidade e recobre a combinação e o contexto (para unidades mais simples e/ou complexas).

26. Carta do Comitê de Ética: No 018/2017 (Anexo 1).

A criança foi inserida no Programa de Fala e Linguagem do CEPRE em janeiro de 2016, quando a queixa inicial remetia a uma alteração de fala, embora a mãe afirmasse compreender tudo o que ele falava.

O relatório escolar inicial de 2015 informou que, aos quatro anos, a criança se apresentava “com dificuldade de comunicação e socialização; apenas balbucia, não falando palavras ou frases; sua fala se constitui da repetição da consoante /b/ seguida de vogais; dificuldade de participar das atividades de letramento, pois não consegue falar o nome da letra; fica agitado e nervoso porque ninguém entende sua fala quando se comunica com todos na sala, situação que leva a professora a intervir para que as outras crianças o compreendam; faz uso de gestos indicativos evitando a fala”.

A criança é o segundo filho, vive com os pais e a irmã mais velha e não esteve em nenhum tipo de terapia anteriormente. Entretanto, próximo de completar quatro anos de idade, sua mãe o levou ao serviço de fonoaudiologia em um posto de saúde municipal. A orientação fonoaudiológica recebida foi: “Ele tem um atraso de fala, mas isso não interferirá em seu desenvolvimento” (sic). Com a insistência da mãe por uma atenção, a profissional esclareceu que ele precisaria de fonoterapia, mas não havia vaga.

Na avaliação fonoaudiológica realizada no CEPRE, quando a criança contava com cinco anos e três meses, observou-se um quadro severo de apraxia de fala. Além disso, outros aspectos dialógicos chamaram a atenção da fonoaudióloga: 1- Ele parece não perceber que sua fala/língua não demanda sentido ao seu interlocutor, não demonstra nenhum estranhamento perante o fato de a fonoaudióloga não entender nada do que ele fala; 2- É difícil afirmar que compreende tudo o que lhe é dito, especialmente quando a fala do outro implica uma frase extensa; 3- O fato de a mãe “traduzir” sistematicamente tudo o que ele fala.

O trabalho conduzido pela fonoaudióloga (que se mantém) é norteado por dois eixos: 1º. Em relação à criança, objetiva-se sua entrada na língua, a produção da fala, a ampliação do uso da linguagem (cognição) e a interlocução, enfim, sua subjetivação na fala/língua/linguagem; 2º. Em relação à mãe, interessa sua conscientização e a suspensão do papel de tradutora privilegiada que exerce junto ao filho, pois seu excesso de atuação parece ter reverberado na sobrevalorização do mo-

vimento do filho em apagar a língua. Tal condição parece ter gerado uma fusão entre aquele que não fala e aquele que traduz esses sons como expressão de fala, prevalecendo a significação em direção ao outro (interlocutor que ouve) e não em direção à criança, situação que colabora, para além da apraxia, com a dissolução do lugar da criança como interlocutor, de suas possibilidades de subjetivação na fala/língua/linguagem.

De maneira geral, o trabalho fonoaudiológico com a criança privilegia a escuta da própria fala em situação dialógica com a fonoaudióloga; a entonação e a prosódia em contexto de linguagem; a propriocepção da produção fonoarticulatória presente no período de balbucio que se materializa na língua; o uso de gestos corporais pela fonoaudióloga e pela criança, associados à produção de sons, sílabas e conseqüente formação de palavras, com apoio no sistema PROMPT²⁷; intenso trabalho voltado à fonoarticulação; proposta de resolução de problemas simples em comando de linguagem; incentivo ao uso da linguagem (função pragmática e discursiva) a partir dos interesses e história de vida da criança.

O processo evolutivo do menino na terapia fonoaudiológica indicia que há particularidades em sua constituição como sujeito, já que o que fala, afetado pela apraxia e pela postura da mãe, não o coloca em relação com o outro. A criança ocupa o lugar de quem tem uma demanda de fala que, na grande maioria das vezes, cai no vazio e não o retroalimenta de sentidos da/na língua. Nessa condição, não “escuta” sua comunidade linguística a ponto de tentar ajustar sua fala, ainda que afetado pela apraxia. Esse é um dos objetivos da fonoterapia, e o garoto está começando a perceber/escutar sua própria fala e a do outro, retratando o processo supracitado de Complementaridade.

Entretanto, se ele realiza outra ação enquanto fala, quando, por exemplo, tenta contar uma história de um livro e alguma ilustração chama mais sua atenção e começa a falar sobre ela, perde o monitoramento da fala, que se torna ininteligível. Assim, ao mesmo tempo em que se nota certa movimentação da criança na língua, observa-se também um retorno aos funcionamentos neuronais e psíquicos mais facilitados, mais repetidos ao longo de sua vida (memória). A criança ainda não

27. A fonoaudióloga se encontra em formação no Método Prompt.

sistematizou a percepção da distância entre o que fala e o que escuta, ainda não percebe bem a falta de efeito de sua fala no outro, mas encontra-se em direção a isso, ao mesmo tempo em que demonstra certo conforto/satisfação em permanecer nesse lugar junto da mãe.

O trabalho fonoaudiológico com a mãe incide em suas possibilidades de escutar a fala real do filho, redimensionando a ideia de transparência na qual se assenta para traduzir essa fala aos outros. Ou seja, abalar a certeza que ela mantém sobre a relação unívoca entre o que o filho fala e sua interpretação. Contudo, a mãe, em meio a encontros semanais com a fonoaudióloga, apresentou-se resistente para escutar a fala do filho na língua. Ainda que suas traduções fossem amistosamente questionadas, sua postura, por muito tempo, foi a de reafirmar que percebe que outras pessoas não compreendem o que ele fala, mas ela entende/sabe tudo o que ele fala.

Observando o comportamento da mãe quando traduz a fala do filho, viu-se que recorrentemente ela se baseia no contexto da situação ou em acontecimentos recentes partilhados entre eles. Para abalar essa demanda, uma das propostas da fonoaudióloga foi a de combinar com ela que lhe mandaria gravações de mensagens de voz, enviadas pelo aplicativo *WhatsApp*, em que a criança relatava as atividades terapêuticas realizadas.

Nessa última situação, a mãe referiu dificuldades em compreender o que ele tentava dizer, demonstrando visível desconforto com essa constatação. Em seguida, a fonoaudióloga sugeriu que a mãe gravasse mensagem de voz da criança e a encaminhasse para a terapeuta. Na única mensagem que enviou para a fonoaudióloga, a mãe justificou que havia *editado* a mensagem do filho, argumentando o longo tempo da gravação. Vale ressaltar que a fonoaudióloga realizou quatro gravações e a mãe, apenas uma. Mesmo diante da delicadeza da situação, a mãe começou a mudar seu comportamento, relatando que passou, sem a sua presença, a deixar a criança mais tempo com o pai, fato que antes não ocorria.

Diante dessa análise, observamos que a apraxia não é apenas uma patologia de fala, mas interfere na criança em sua constituição como um sujeito de linguagem, em sua subjetivação, repercutindo em todos os níveis linguísticos, cognitivo e psíquico. Percebemos na relação entre a mãe e o filho que duas questões ganham relevância: 1. Traduzir a fala

do filho para o outro não é o mesmo que significar a fala do filho para o filho; 2. Que língua falam?

Essas questões esclarecem, para além da apraxia, o fato de a criança ter dificuldade para monitorar a própria fala, no constante movimento de retomada do que lhe é dito para poder avançar em direção ao novo, sempre disparado pela intenção ou desejo (demanda) frente a diferentes interlocutores, em diferentes interações.

Conclusão

Nossas conclusões indiciam que o processo de aquisição de fala e linguagem, embasado em estudos neurológico, neurolinguístico e discursivo, é minuciosamente intenso e complexo. Nele, a Apraxia de Fala Infantil (DAS ou CAS) não pode ser considerada um acontecimento pontual, mas a consequência de um processo proprioceptivo neurofisiológico envolvendo sons/balucio, prosódia, articulação, processamento e discriminação sonora que se dá no corpo da criança especialmente durante todo o primeiro e segundo anos de vida, em meio a interações com outros. Essa apraxia não se encerra também na dificuldade de coarticulação de sons no tempo e no espaço, mas parece incidir no processo neurofisiológico da memória dos movimentos de fala envolvidos. Salientamos, ainda, a importância de a criança ser vista em seu processo de subjetivação na fala/língua/linguagem a partir de suas diferentes interações (Família, Escola, Fonoaudióloga) e, não exclusivamente de sua produção de fala, sendo esta apenas um possível recorte de um processo muito mais amplo.

Referências bibliográficas

1. Odell KH, Shriberg LD. Prosody-voice characteristics of children and adults with apraxia of speech. *Clin Linguist Phon.* 2001;15(4): 275-307.
2. Payao LMC, Lavra-Pinto B, Wolf CL, Carvalho Q. Características clínicas da apraxia de fala na infância: revisão de literatura. *Let Hoje.* 2012; 47(1): 24-9.
3. Scarpa E.M, Svartman FF. Entoação e léxico inicial. *Veredas [online].* 2012 [acesso em: 18.06.2014]; Esp...:38-52. Disponível em: <https://veredas.ufjf.emnuvens.com.br/veredas/article/view/186/150>
4. Pernambuco LA, Cunha RA, Lins O, Leão JC, Silva HJ. A eletromiografia de superfície nos periódicos nacionais em fonoaudiologia. *Rev. CEFAC [online].* 2010 [acesso em: 15.12.2013];12(4):685-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000082>

5. American Speech-Language-Hearing Association. Childhood apraxia of speech. [acesso em: fev. 2016]. Disponível em: <https://www.asha.org/public/speech/disorders/ChildhoodApraxia/#about>.
6. Scarpa EM. Sobre a aquisição da prosódia. In: II Encontro Nacional sobre Aquisição da Linguagem: Anais do II Encontro Nacional sobre a Aquisição da Linguagem; 1992; Porto Alegre. Porto Alegre: PUC-RS; 1992. p. 103-15.
7. Scarpa EM. Interfaces entre componentes e representação na aquisição da prosódia. In: Lamprecht RR, organizadora. Aquisição de linguagem: questões e análises. Porto Alegre: EDIPUCRS; 1999. p. 17-38.
8. Coudry MIH. Neurolinguística discursiva: afasia como tradução. *Estudos da Língua(gem)*. 2008; 6(2): 7-36.
9. Coudry MIH. Neurolinguística discursiva: vivências com a escrita na afasia, na infância e na escola. In: XVII Congresso Internacional Associação de Linguística e Filologia da América Latina: Anais do XVII Congresso Internacional Associação de Linguística e Filologia da América Latina; 2014; João Pessoa. João Pessoa: ALFAL; 2014.
10. Coudry MIH, Bordin SS. Afasia e infância: registro do (in) esquecível. *Cadernos de Estudos Linguísticos*. 2012; 54(1): 135-54.
11. De Lemos CTG. Interacionismo e aquisição de linguagem. *D.E.L.T.A.* 1986; 2(2): 231-48.
12. De Lemos CTG. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cad. Estud. Linguíst.* 2002; 42: 41-69.
13. Dronkers N, Ogar J. Brain areas involved in speech production. *Brain*. 2004; 127(7): 1461-2.
14. Shriberg LD, Aram DM, Kwiatkowski J. Developmental apraxia of speech: I. Descriptive and theoretical perspectives. *J Speech Lang Hear Res*. 1997;40(2):273-85. Comment in: *J Speech Lang Hear Res*. 1998;41(4):958-63.
15. Wohlert AB, Smith A. Developmental change in variability of lip muscle activity during speech. *J Speech Lang Hear Res*. 2002; 45(6): 1077-87.
16. Kent RD. Research on speech motor control and its disorders: a review and prospective. *J Commun Disord*. 2000; 33(5): 391-427.
17. Clark HM, Robin DA, McCullagh G, Schmidt RA. Motor control in children and adults during a non-speech oral task. *J Speech Lang Hear Res*. 2001; 44(5): 1015-9.
18. Zaretsky E, Velleman SL, Curro K. Through the magnifying glass: underlying literacy deficits and remediation potential in childhood apraxia of speech. *Int J Speech Lang Pathol*. 2010; 12(1): 58-68.
19. Fisher SE, Vargha-Khadem F, Watkins KE, Monaco AP, Pembrey ME. Localization of a gene implicated in a severe speech and language disorder. *Nat Genet*. 1998; 18: 168-70.
20. Newbury DF, Monaco AP. Genetic advances in the study of speech and language disorders. *Neuron*. 2010; 68(2): 309-20.
21. Cardoso BVAS. Apraxia de desenvolvimento: aspectos diagnósticos. *Pro Fono*. 2002; 14(1): 39-50.
22. Gubiani MB, Pagliarin KC, Keske-Soares M. Instrumentos para avaliação de apraxia de fala infantil. *Codas*. 2015; 27(6): 610-5.
23. Kumin L. Speech intelligibility and childhood verbal apraxia in children with Down syndrome. *Downs Syndr Res Pract*. 2006; 10(1): 10-22.
24. Campos EA. O uso do método dos dedinhos: como auxiliar no desenvolvimento morfosintático da criança com síndrome de Down. *Comunicar*. 2013; 13(59): 18-9.
25. Von Tetzchener S. Augmentative and alternative communication: assessment and intervention - a functional approach [mimeo]. [Norway: University of Oslo]; 1997.
26. Strand EA, Debertine P. The efficacy of integral stimulation intervention with developmental apraxia of speech. *J Med Speech Lang Pathol*. 2000; 8(4): 295-300.
27. Strand EA; McCauley RJ, Weigand SD, Stoeckel RE, Baas BS. A motor speech assessment for children with severe speech disorders: reliability and validity evidence. *J Speech Lang Hear Res*. 2013; 56(2): 505-20.
28. Betz SK, Stoel-Gammon C. Measuring articulatory error consistency in children with developmental apraxia of speech. *Clin Linguist Phon*. 2005; 19(1): 53-66.
29. Snow CE. The development of conversation between mothers and babies. *J Child Lang*. 1977; 4(1): 1-22.
30. De Lemos, CTG. Desenvolvimento da linguagem e processos de subjetivação. *Interação*. 2000; 5(10): 53-72.

Referências excedentes

- 1e Rodrigues N. Neurolinguística dos distúrbios da fala. São Paulo: Cortez; 1989.
- 2e Darley FL, Aronson AE, Brown JR. Differential diagnostic patterns of dysarthria. *J Speech Lang Hear Res*. 1969; 12(2): 246-69.
- 3e Darley FL, Aronson AE, Brown JR. Apraxia para el habla: deficiencia em la programación motora del habla. In: Darley FL, Aronson AE, Brown JR. Alteraciones motrices del habla. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1978. p. 248-65.
- 4e Ortiz KZ. Alterações da fala: disartrias e dispraxias. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadoras. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004. p. 304-14.
- 5e Coudry MIH. Diário de Narciso: discurso e afasia. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
- 6e Laver J. Principles of phonetics. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
- 7e Wertz RT, Lapointe LL, Rosenbek JC. Characteristics of apraxia of speech. In: Wertz RT, Lapointe LL, Rosenbek JC. Apraxia of speech in adults: the disorder and its management. San Diego: Singular; 1981. p. 48-81.
- 8e Metter EJ. Relação cortical dos distúrbios da fala. In: Metter EJ. Distúrbios da fala: avaliação clínica e diagnóstico. Rio de Janeiro: Enelivros; 1991. p. 179-83.
- 9e Mac-Kay APMG. Dispraxia e disartria. In: Mac-Kay APMG, Assêncio-Ferreira VJ, Ferri-Ferreira TMS. Afasias e demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico. São Paulo: Livraria Editora Santos; 2003. p. 81-7.
- 10e Jakobson R. Por que “mama” e “papa”? In: Jakobson R. Fonema e fonologia. Rio de Janeiro: Acadêmica; 1967. p. 75-85.
- 11e Freud S. (1891). La afasia. Buenos Aires: Nueva Visión; 1973.



- 12e Luria AR. Neuropsychological studies in aphasia. Amsterdam: Taylor & Francis; 1977.
- 13e Luria AR. Fundamentos de Neuropsicologia. São Paulo: EdUSP; 1981.
- 14e Kent RD, Read CT. The acoustic correlates of speaker characteristics. In: Kent RD, Read CT. The acoustic analysis of speech. 2ª ed. Madison: Singular; 2002. p. 189-222.
- 15e Dewey D. What is developmental dyspraxia? *Brain Cogn.* 1995; 29(3): 254-74.
- 16e Shriberg LD, Aram DM, Kwiatkowski J. Developmental apraxia of speech: III. A subtype marked by inappropriate stress. *J Speech Lang Hear Res.* 1997; 40(2): 313-37.
- 17e Shriberg LD, Kwiatkowski J. Developmental phonological disorders: I. A clinical profile. *J Speech Lang Hear Res.* 1994; 37(5): 1100-26.
- 18e Behlau M. O livro do especialista. São Paulo: Revinter; 2001.
- 19e Jakobson R, Halle M. Fundamentals of language. The Hague : Mouton; 1956.
- 20e Hall PK, Jordan LS, Robin DA. Developmental apraxia of speech: theory and clinical practice. Austin: Pro-Ed; 1993.
- 21e Instituto Prompt. Manual de introdução à técnica [mimeo]. 2016. Traduzido de: Hayden D.
- 22e Jardini R. Método das boquinhas. [acesso em: jun. 2017]. Disponível em: www.metododasboquinhas.com.br
- 23e Jakobson R. Seis lições sobre o som e o sentido. Lisboa: Moraes; 1977.
- 24e Vygotsky LS. A formação social da mente. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- 25e Brazelton TB. Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento, Lisboa: Terramar; 1992.
- 26e Silva PMVA. Sujeito surdo ou deficiente auditivo: o que determina a opção do fonoaudiólogo? [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
- 27e Bordin SS. Fala, leitura e escrita: encontro entre sujeitos. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2010.
- 28e Navarro PR. Fonoaudiologia no contexto da equoterapia: um estudo neurolinguístico de criança com transtorno do espectro autista. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2016.
- 29e Barbizet J, Duizabo PH. Manual de Neuropsicologia. Porto Alegre; São Paulo: Artes Médicas; 1985.
- 30e Saussure F. Curso de linguística geral. São Paulo: Cultrix; 1973.
- 31e Jakobson R. Linguística e comunicação. São Paulo: Cultrix; 1995.