

PONTÍFICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PUC – SP

Melissa Catrini

Apraxia: A Complexa Relação entre Corpo e Linguagem

DOUTORADO EM LINGUÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA
LINGUAGEM

SÃO PAULO

2011

PONTÍFICA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PUC – SP

Melissa Catrini

Apraxia: A Complexa Relação entre Corpo e Linguagem

DOUTORADO EM LINGUÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA
LINGUAGEM

Tese apresentada à Banca
Examinadora da Pontífica
Universidade Católica de São
Paulo, como exigência parcial para
obtenção do título de Doutor em
Linguística Aplicada e Estudos da
Linguagem sob a orientação do
Profa. Dra. Maria Francisca Lier-
De-Vitto

SÃO PAULO

2011

ERRATA

Folha (página)	Linha	Onde se lê	Leia-se
1	1	questão clínicas	questões clínicas
10	5	O filho disse	O pai disse
12	23	um perturbação	uma perturbação
14	9	pra	para
16	22	Apraixa	Apraxia
22	23	Pode-se e constatar	Pode-se constatar
25	26	sintático-semáticas	sintático-semânticas
29	3	defini-se	define-se
51	18	a linguagem o pensamento	a linguagem e o pensamento
52	3	franqueará a e moldará	franqueará e moldará
62	28	que se a possibilidade	que se há a possibilidade
67	21	perférico-medular	periférico-medular
67	26	coloca	colocada
72	21	perturbadores	perturbadoras
81	3	ordernar	ordenar
81	26	evadi	evade
84	6	simbolizada	simbolizado
84	21	aquela	aquelas
89	2	a discussões	as discussões
90	5	e o uma	e uma
90	18	para no corpo	no corpo
93	21	incontonável	incontornável
94	7	se menina	se a menina
96	10	com a o objeto	com o objeto
96	12	E	É
98	25	e Luciana	de Luciana
100	13	com disse	como disse
100	25	iniício	início
101	1	Eles eram apareciam	Eles apareciam
101	21	na interpretação de sua	na interpretação
101	32	e nem a leitura também não	e a leitura também não
104	14	que tipo acontecimento	que esse tipo de acontecimento
105	4	ao do espelho	ao espelho
107	4	narrar das histórias	narrar suas histórias
108	15	que a toda	que toda
109	10	dia a	diz a
111	17	Pode-se entende-se	Entende-se

Em referências bibliográficas insere-se DE LEMOS, C. Sobre a aquisição e linguagem e seu dilema (pecado) original. In: **Boletim da ABRALIN**, n. 3, 1982, p. 97-136.

Banca Examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Local e data: _____

Aos meus pais e ao meu companheiro de toda vida, Carlos

Agradecimentos

A Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, por aceitar me acompanhar em mais essa jornada. Por acreditar que eu poderia vencer desafios, por confiar que eu pudesse ir *além*. Agradeço a oportunidade de compartilhar tantos e tão importantes momentos nessa permanente busca por um saber refinado e sólido a respeito das questões que a linguagem nos suscita. Por meu crescimento profissional, e pessoal, nesses anos de formação séria e comprometida. A você meu carinho e sincera amizade.

A Profa. Dra. Lúcia Arantes, por tudo que me ensinou e ensina. Pelas pontuações precisas e pelos questionamentos orientadores. Pelo acolhimento sempre gentil e pela amizade.

A Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca, por ter me mostrado o caminho da Clínica de Linguagem, por sempre apostar em mim. Pela formação que me trouxe até aqui, pelas observações que tanto ajudaram na confecção desse trabalho. Pelos laços que nos unem. Muito obrigada.

A Profa. Dra. Maria Irma Coudry, pela presença nos exames de qualificação, pela leitura atenta do meu trabalho e pelas sugestões. Agradeço, ainda, pela presença em minha banca de defesa.

A Dra. Lourdes Andrade, pela atenção e cuidado. Pela gentileza na indicação de bibliografia e pela formação clínica. Muito aprendo com você.

A Dra. Rosana Landi, por acolher meu desejo de formação clínica e me supervisionar no estágio de formação complementar.

As colegas do Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, pela oportunidade de enfrentarmos juntas os desafios que surgem no caminho de reflexão. Para Ju e Soninha, pela amizade que nos une, pelo

companheirismo hoje e sempre. Para Mariana Emendable, pela torcida e confiança que deposita em mim. Um beijo para Evelin.

A minha família, que investiu e investe, apóia e acredita, acompanha e vibra a cada passo que dou. Um beijo para a Nonna, Carmelina (mãe), Fábio (pai), Sabrina, Fernando e Mirella.

Ao Carlos, meu companheiro de todas as horas. Pelo amor, pela alegria e pelo apoio incondicional. Essa conquista é nossa!!!! Sim, também pela paciência!!

A Direção da DERDIC que, ao sustentar um compromisso com o atendimento, formação e pesquisa, permitiu a realização desse trabalho. Pelo espaço privilegiado para preparação clínica e acadêmica.

Um agradecimento especial aos pacientes que aparecem nessa tese.

Finalmente, ao CNPq, pelo importante auxílio financeiro.

Resumo

A questão que move este trabalho foi deflagrada por questões clínicas relacionadas ao problema das Apraxias. Nos casos em que há incontestável comprometimento neurológico, qualquer presença de distúrbio articulatorio é imediatamente assumida como uma Apraxia de Fala ou Disartria (CRARY, 1993). Mesmo quando o comprometimento neurológico não pode ser efetivamente confirmado pelo aparato diagnóstico médico, mas se suspeita de sua existência, o raciocínio clínico tende a seguir a mesma direção. Nessas condições, especificamente, a suspeita recai sobre Apraxia de Fala, patologia comumente definida como um distúrbio motor da fala em que se observam dificuldades articulatorias e prosódicas sem prejuízos musculares. Coloca-se, assim, a questão: o que causaria tais sintomas funcionais? Apraxias têm manifestação no corpo e “corpo” é, por tradição e direito, objeto (exclusivo) do campo da Fisiologia e da Patologia – justifica-se, sem dúvida, a força da discursividade desses estudos sobre o tema que, como tratei de indicar, também opera no domínio da divisão filosófica mente/corpo - melhor entendido, da relação entre razão/cognição e corpo/organismo. É na esfera do dualismo corpo-mente que se inscreve (a)praxia. Entretanto, no presente estudo, Freud comparece dissolvendo o dualismo psicofísico. Nos escombros da histeria e nos furos da afasia, ele viu que estrutura e funcionamento não caminham lado a lado. Daí que outra concepção de corpo deve vir a figurar nos estudos sobre as apraxias. Trata-se do corpo que é Um, aquele que nasce com o ser de linguagem, o *falasser*, o *corpolingüagem*. Diante disso, esta tese procurou problematizar a apraxia a partir da relação entre corpo e linguagem. Tarefa cumprida a partir das reflexões encaminhadas no âmbito do Grupo de Pesquisas “Aquisição, patologias e clínica de linguagem, coordenado por Lier-DeVitto e Arantes no LAEL/PUCSP.

Melissa Catrini

Apraxia: A Complexa Relação entre Corpo e Linguagem

Palavras-chave: corpo, corpolingüagem, apraxia de fala, clínica de linguagem

Abstract

This study was triggered by clinical questions related to the problem of Apraxia. When there is incontestable neurological disease, any articulation disorder is immediately assumed and labeled as a Speech Apraxia or Dysarthria (CRARY,1993) even if an organic damage cannot be effectively confirmed by medical diagnosis or technological devices. The fact is that clinical evaluation tends to follow the same direction: the neurological damage is not detectable, but does it exist! Under such a situation, the suspicion falls on Apraxia of Speech, a pathology usually defined as a motor speech disorder observable in articulatory and prosodic difficulties without muscle damage. Therefore, a question can be raised: "what causes that articulatory (functional) symptom?". Apraxia affects the body and "the body" is, according to the medical viewpoint an object of physiology and pathology. I endeavoured to indicate and justify the strength of that theoretical and clinical discourse, which sustains itself on the philosophical dichotomic opposition between mind and body, i.e., between cognition and organism. Apraxia is, thus, traditionally approached, studied and defined through that perspective. In the present study, Freud is taken as a landmark because he introduced a completely different trend of reasoning which dissolves the philosophical and psychophysical dualism mind-body. Affected by the 'wreckage' of hysteria and the 'holes' of aphasia, he could be state that structure and body functions do not go side by side and a new and revolutionary conception of the body could be introduced and developed in studies of Apraxia – the human body is bodylanguage. This thesis tried to follow Freud's theoretical direction concerning the relationship between body and language, this study is conducted in accordance with the reflections on language pathology and clinic developed within the research group "Language acquisition, pathology and clinic, coordinated by Lier-DeVitto and Arantes, at LAEL /PUCSP.

Key-words: body, bodylanguage, apraxia, language, clinic of language

Sumário

Introdução	1
Capítulo I Apraxia: de que se trata?	9
1.1 O corpo e a forquilha da questão etiológica	13
1.2 Apraxia é um problema atual	19
1.3 Apraxia de Fala.....	24
1.3.1. Afasia Motora Aferente e Apraxia de Fala.....	30
Capítulo II Praxia	39
2.1. Sobre as praxias, o corpo e o sujeito	48
CAPÍTULO III Corpo Falado, corpo falante	52
3.1 Da mesa de dissecação para o divã: da praxia ao gesto	52
3.2 Bergès: passo em outra direção	56
3.3 Corpo receptáculo ... de quê?	60
3.3.1. Com Freud: uma leitura das afasias e das paralisias.....	64
3.4 Estrutura, função e funcionamento.....	76
3.4.1. Real, Simbólico e Imaginário: uma fuga do dualismo	81
Capítulo IV Algumas considerações sobre ocorrências clínicas	89
Considerações Finais	108
Referências Bibliográficas	113

Introdução

Este trabalho é instigado por questão clínicas relacionadas ao inquietante problema das *Apraxias*. Nos casos em que há incontestável comprometimento neurológico, qualquer presença de distúrbio articulatorio é imediatamente assumida como uma Apraxia de Fala¹ ou Disartria (CRARY, 1993). Mesmo quando o comprometimento neurológico não pode ser efetivamente confirmado pelo aparato diagnóstico médico, mas se suspeita de sua existência, o raciocínio clínico tende a seguir a mesma direção. De fato, a farta literatura sobre o assunto assinala que seja em adultos, seja em crianças, esses dois quadros – que remetem a impedimentos ou perturbações da produção da fala, isto é, problemas articulatorios de cunho essencialmente motor – têm causa neurológica. Como fiz referência a *dois* quadros nosológicos, vejamos, então, como textos médicos os diferenciam:

- 1 *Disartria* é definida como uma alteração do *controle muscular* da fala (por efeito de comprometimento neurológico central ou periférico), que envolve perturbação da articulação, fonação, ressonância e prosódia da fala. Outra denominação é, por vezes, utilizada: *disartrofonía*, que dá relevo à *paralisia*, *fraqueza* ou *falta de coordenação dos músculos da fala*. Sua etiologia varia conforme a patologia de base associada (CARRARA-DE ANGELIS e col., 1996). Sustenta-se que o tratamento implica uma terapêutica que leve em consideração a patologia de base, a estrutura muscular danificada e, em especial, a fisiologia envolvida em cada aspecto alterado (ORTIZ, 2010).
- 2 *Apraxia de Fala* é termo que *congrega dificuldades articulatorias e prosódicas* em que *não se observam prejuízos musculares*. Coloca-se, assim, a questão: o que causaria tais sintomas funcionais? A explicação corrente liga o problema a um

¹ Faço uma ressalva inicial. O termo *Apraxia* é a nomenclatura mais utilizada atualmente em publicações neurológicas e fonoaudiológicas sobre o tema. Mesmo quando não se trata de casos de ausência, mas sim de perturbação/distúrbio da praxia, o prefixo *a-* é usado em detrimento do prefixo *dis-*, que indicaria distúrbio e não ausência. Nesse trabalho, acompanho Ortiz (2010) na aplicação do termo corrente na literatura, sem desconsiderar, porém, que o quadro apresenta gradações de severidade. Com relação à expressão Apraxia de Fala ocorre o mesmo.

déficit na programação motora dos movimentos necessários para a fonação e para a articulação. A etiologia orgânica não é afastada completamente, mas assume uma tonalidade mais “mental”, mas aquele bem ajustado ao discurso médico, quer dizer, uma noção que não recebe tratamento teórico relativamente à mecânica envolvida na alegada “programação” e que se quer, portanto, auto-explicativa. Na verdade, a mera identificação entre mente e cérebro torna desnecessária qualquer explicação mais aprofundada. A esse respeito vale destacar o apontamento de Jackson (1887/1932):

“[...] solidificar a mente no cérebro é fazer um pequeno trabalho de uma questão complexa. E se nós continuarmos falando do ‘cérebro-mente’ essencialmente do mesmo modo como se fala popularmente da mente – ‘centros emocionais’, ‘produção volitiva de movimentos’, etc. – em nada ajudamos no estudo científico” (p. 85, ênfase minha).

Não é sem razão que se afirme que esta patologia prejudica a *produção e sequenciamento voluntário* de fonemas e que, por esse motivo, a terapia deva ter como centro treinos articulatórios e perceptuais² para reordenar e fixar os gestos que estão distorcidos.

Entretanto, basta percorrer com um pouco de atenção a literatura desse campo para verificar que ali não há unanimidade e, muito menos, questões clínicas, relativas às condições sintomáticas acima, estão pacificadas. Não é infrequente que um clínico se depare com a Apraxia de Fala. A rigor, a frequência com que isso ocorre não me parece ser algo a ser tratado como extraordinário. Surpreendente mesmo é testemunhar que apesar desse encontro frequente, o clínico se sinta embaraçado – motivo que tomo como suficiente para justificar um estudo como este que procuro desenvolver. Na clínica de linguagem (com crianças e com adultos), as

² Parece óbvia e unânime a ideia de que a área abrange duas classes de alterações claramente distintas: os *distúrbios da fala* e os *distúrbios de linguagem propriamente ditos*. Diante disso, o raciocínio fonoaudiológico tradicional leva-nos a pensar o processo diagnóstico das alterações de linguagem como aquele que deve passar necessariamente pela circunscrição desses quadros, uma vez que tal decisão implicaria em rumos terapêuticos diferentes. De acordo com Zorzi (1998), os distúrbios de fala são tratados por meio de exercícios corretivos que incidem sobre a motricidade oral – fala-se, por exemplo, em ‘instalar fonemas’ ou em ‘eliminar fonemas’. Já, os distúrbios de linguagem são tratados através de ‘estimulação de habilidades linguísticas gerais’. Uma avaliação incorreta levaria, assim, à “redução do processo de desenvolvimento da linguagem a uma simples capacidade de produzir sons ou movimentar órgãos fonoarticulatórios” ou à crença de que “a aprendizagem dos fonemas estaria automaticamente garantida” a partir de uma estimulação mais geral (p. 59).

dificuldades surgem de início – no estabelecimento de um diagnóstico (fundamentalmente entre distúrbio de linguagem e distúrbios motores da fala) até a determinação de decisões terapêuticas apropriadas para o enfrentamento do problema.

Minha experiência clínica tem me reservado a oportunidade de clinicar com crianças e adultos. E essa dupla possibilidade me coloca frente a impasses diagnósticos impostos pela presença de sintomas que, usualmente, são considerados apráxicos: substituições fonêmicas variáveis, imprecisão articulatória, alterações prosódicas, “esforço na realização do movimento articulatorio” seguido, muitas vezes, por tentativas caracterizáveis como de “ensaio e erro” (LOVE & WEBB, 1986/1994, p. 203).

Nos casos de Apraxia de Fala adquirida, um impasse diagnóstico pode acontecer entre o que é designado como Apraxia, Afasia e Disartria. Afasiologistas atestam a possibilidade de haver associação entre essas patologias (GOODGLASS & KAPLAN, 1963; GAINOTTE & LEMMO, 1976; SQUARE, ROY & MARTIN, 1997; entre outros), sendo que, muitos deles, entendem a Apraxia como um fator complicador no tratamento ou, até mesmo, impeditivo de sua evolução. Em casos mais graves, a ausência de fala não permite sequer afirmar se há um problema de linguagem (GALLI, OLIVEIRA & DELIBERATO, 2009). Em casos menos severos, a terapia é considerada como das mais longas e difíceis (SOUZA & PAYÃO, 2008; ORTIZ, 2010).

A Clínica de Linguagem com afásicos testemunha situações em que a severidade do quadro apráxico se impõem como um sério obstáculo no processo terapêutico. Arantes & Fonseca (2008) relatam o caso de um jovem paciente afásico, cuja severa condição sintomática de linguagem parecia estar entrelaçada a uma Apraxia de Fala. Nas palavras das autoras,

“[...] para além de uma Apraxia de Fala e, talvez, em função dela, Wagner não era capaz de produzir espontaneamente linguagem oral articulada, não podia escrever (nem mesmo seu nome ou letras, isoladas ou combinadas) e não podia ler. Entretanto, ele podia contar com uma escuta ‘intermitente’ para a fala que lhe era dirigida, respondendo às demandas enunciativas com gestos, olhares, enfim,

com uma mímica específica que se articulava ao dizer do outro. Eu disse 'intermitente' porque, em momento imediatamente posterior, Wagner não podia mais sustentá-la." (p. 25) (ênfase minha).

A descrição da condição sintomática de Wagner levanta uma questão que nos interessa aqui: a impossibilidade de fala estaria situada *para além* ou existiria *em função da* Apraxia de Fala? Podemos dizer que, se as autoras não se posicionam no sentido de privilegiar a Apraxia como causa determinante da dificuldade *linguística* do paciente, sua presença parece relevante dentro do quadro sintomático apresentado. Cabe dizer que a superação da Apraxia durante o tratamento teve papel fundamental na evolução do caso:

Ao movimento de desenhar letras, palavras associaram-se movimentos fonoarticulatórios: o obstáculo da Apraxia de Fala parecia encontrar ali uma possibilidade de superação. Essa mudança, que envolvia certa recuperação de "voz na linguagem", teve efeitos subjetivos: ao escutar fala na sua própria voz, Wagner pôde escutar-se numa possibilidade encoberta pela Apraxia (p. 26).

Em situações de pacientes que não podem falar, ou com sérias dificuldades de fala, a hipótese diagnóstica vez ou outra coloca em dúvida a presença e os efeitos de um possível distúrbio apráxico sobre o quadro apresentado. Esse era o caso de Márcia³ (26 anos de idade), paciente que após diversas ocorrências de Acidente Vascular Encefálico (AVE), teve sua condição de falante severamente abalada. Como veremos no capítulo IV, a escassez de fala dessa paciente trouxe uma complicação do ponto de vista diagnóstico. Por um lado, era notável que a paciente apresentava dificuldades de escrita, bem como sua interpretação para a fala e escrita do outro estava prejudicada. Por outro lado, em suas poucas e breves tentativas de fala, era marcante a entonação monótona e a voz fraca, que acompanhavam o que parecia uma articulação difícil, esforço visível nos lábios apertados e na língua que parecia a deriva dentro da cavidade oral. Diante desse quadro, eu me perguntava: "em que medida a escassez de fala estaria

³ Os nomes dos pacientes que aparecem nesta tese são fictícios, respeitando assim o anonimato dos mesmos. Cabe informar que o presente estudo respeitou a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios de relevância social, de relação custo/benefício e de autonomia dos sujeitos pesquisados foram preenchidos, sendo aprovado no Comitê de Ética da PUCSP sob o protocolo de pesquisa nº 267/2010.

relacionada à severidade de um quadro apráxico?”, ou “em que medida essas manifestações correspondiam ao modo mesmo de apresentação da afasia?”

Outro exemplo ilustrativo da questão abordada aqui é o de Dona Maria – paciente de 53 anos, que atendi no CAAf (Centro de Atendimento ao Afásico da DERDIC/PUCSP). D. Maria apresentava dificuldades para falar, ler e escrever em decorrência de um acidente vascular encefálico isquêmico ocorrido após cirurgia para tratamento de aneurisma cerebral. Diferentemente de Márcia, essa paciente falava bastante, porém era acentuada em sua fala a presença recorrente do significante “coisa” (*sabe aquela coisa que a gente fez outro dia?; [...] quando eu coisá lá [...]; eu coisei [...]; sisisqueci (pausa longa) sabe aquela coisa assim que a gente/ não tem né? Mas tem gente aí que tem [...]*). Tal significante funcionava quase como “palavra-curinga”, isto é, entrava em qualquer lugar da cadeia e não tinha efeito de sentido para o outro, configurando-se como uma estereotipia. Junto a isso, era frequente a presença de gestos indicativos e/ou representativos, como em: *é, num tem aquela coisa que a gente põe dentro aqui? (mostra o pano de prato que tinha nas mãos, esfrega-o como se estivesse lavando)*. Havia momentos, inclusive, em que toda uma narrativa podia ser sustentada, com auxílio da terapeuta, por meio de gestos que compunham a fala faltosa.

A descrição acima nos leva a um quadro de estereotipia, dificuldade de evocação, uma fala fundamentalmente afásica, certo? A dúvida surgia, no entanto, em situações na qual Maria cerrava os lábios mantendo-os numa posição que apenas prometia, mas não cumpria o início de uma emissão sonora. Uma espécie de “bloqueio” que surgia, ainda, durante a fala, em sequências tal como: *vou dá pu/ quando x/ quando eu coisá lá () eu vô deixar para você ver, eu trago* – tentativa frustrada que redundava em estereotipia e, por fim, na desistência (“eu vou deixar para você ver, eu trago”; assim como os gestos compunham a fala, Maria fazia ver aquilo que ela não podia falar). Nesses episódios, mesmo quando a emissão sonora era finalizada, o esforço articulatório era evidente e a paciente perguntava: *como é que fala?* Em resumo, no conjunto dos dados clínicos de que eu dispunha, tais episódios faziam-me suspeitar da diferenciação que poderia ser feita entre anomia e Apraxia de Fala (ou dispraxia, para ser mais exata). Seria a dificuldade de fala resultante de uma anomia ou efeito de uma Apraxia de Fala?

Já quando se trata de Apraxia de Fala na aquisição da linguagem ou de Apraxia de Fala na infância, do ponto de vista diagnóstico, a dificuldade reside em situar o lugar da Apraxia em relação ao desvio fonológico e/ou ao retardo de linguagem (SOUZA & PAYÃO, 2008; SOUZA, PAYÃO & COSTA, 2009). Nesse ambiente, pode-se imaginar os problemas que surgem para a definição da direção de tratamento.

Note-se que incertezas e dificuldades rondam o clínico de linguagem também no atendimento de crianças com suspeita de Apraxia de Fala. Atendi Amanda, uma menina de cinco anos de idade, encaminhada com a queixa de que tinha uma “fala difícil”. Quando chegou, ela falava mesmo muito pouco: fragmentos sonoros vocálicos mínimos (na maioria das vezes, como “i i ã”) que ocorriam, unicamente, em resposta à minha fala. Em muitas ocasiões, esses fragmentos eram alternados com gestos e meneios de cabeça. Com o atendimento, que relatarei em mais detalhes no capítulo IV, a fala de Amanda ganhou extensão e eu me interroguei sobre as substituições e articulações desajeitadas que tornavam essa fala sintomática e ininteligível. Seriam elas efeitos de falhas nas tentativas de aproximação articulatória a um alvo fonético, seriam elas “tateios motores”? Colocando em termos mais técnicos, estaria eu frente a uma Apraxia de Fala?

Na direção desse mesmo questionamento, chamou minha atenção o caso de Daniel, que atendi no serviço de patologia da linguagem da DERDIC/PUCSP. Esse paciente chegou para atendimento fonoaudiológico aos três anos de idade. A queixa principal, na época, envolvia a ausência de fala. A fonoaudióloga responsável pelo primeiro ano de atendimento de Daniel na referida instituição constatou que, junto com a ausência de fala, havia uma forte presença de gestos, principalmente, representativos. Diante dessa constatação e tendo em vista o histórico médico de Daniel, que recebia acompanhamento neurológico devido a episódios de convulsão, logo a Apraxia de Fala surgiu como uma hipótese diagnóstica possível e provável. Afinal de contas, se ele podia se “fazer entender” por meio de gestos, o que o impedia de falar?

Essa questão ficou em suspenso durante o período de atendimento com essa terapeuta. Contudo, quando recebi o paciente em atendimento (já aos quatro anos de idade), apesar da evolução notória, o “fantasma” da Apraxia ainda se mantinha na berlinda. Durante os dois anos em que fui terapeuta desse paciente, os avanços continuaram, com o aumento da fala e a redução progressiva do uso de gestos. Agora, chamava atenção a fala que apresentava contornos prosódicos estranhos e imprecisão articulatória. Características que se mantinham mesmo ao longo de uma evolução que caminhava a olhos vistos. Era digno de nota que a fala se mostrasse truncada, com hesitações, entonação monótona, ritmo lento, e, ao mesmo tempo, se caracterizasse pela indeterminação das unidades significantes, quero dizer, por sons que pareciam, muitas vezes, embaralhados. Essas características poderiam ser indícios de que a intuição da primeira fonoaudióloga a avaliar Daniel estava correta. Era Apraxia de Fala e por isso a presença escandalosa dos gestos. Todavia, me mantive no impasse, pois eu suspeitava de sua condição de intérprete para a minha fala e para a própria fala, quero dizer, suspeitava de algo além de um distúrbio motor.

Como procurei indicar, o desenrolar dos atendimentos clínicos acabou por levantar e destacar uma inquietação que me mobilizou e que me conduziu à problematizar a Apraxia neste trabalho: os impasses clínicos levaram-me a indagar sobre a essência mesma do fenômeno apráxico.

Podemos admitir que a Apraxia é referível a problemas/sintomas que ganham expressão na movimentação do corpo – dos braços, pernas, da boca. A *Apraxia põe em evidência o corpo*. Mas, de que corpo se trata quando se fala em Apraxia? O termo nasce, é cunhado no campo da Medicina e esse nascimento não é insignificante – ele deixa marcas de sua autoria discursiva no imaginário de quem acaba por se deparar com “Apraxias”. No caso da Apraxia de Fala, parece-me importante lembrar “o que é o dito aparelho fonador”? É um *aparelho* que se organiza por efeito da *incidência da fala no corpo*. Este *aparelho* tem como apoio órgãos que, do ponto de vista orgânico, estão á serviço dos aparelhos digestivo e respiratório. Desse modo, o que faz um corpo falar é uma língua falada por um outro. Trata-se, nessa perspectiva, de um corpo capturado pela Língua, incluindo aí a orelha que “escuta” e boca que “fala” (ANDRADE, 2003 e outros). Nesta direção,

gostaria de assinalar a relevância da questão que envolve a problematização do fenômeno apráxico que coloca em relevo a relação entre corpo e linguagem (seja como tema teórico, seja como questão clínica).

Capítulo I

Apraxia: de que se trata?

O interesse pelo estudo da Apraxia vem de longa data e seu início nos remete a Hughlings Jackson (1866). Foi dele a primeira descrição de um paciente afásico que era incapaz de protrair a língua sob comando, embora fosse capaz de compreender o que lhe era solicitado e não apresentasse evidência de fraqueza/hipotonia que pudesse explicar tal inabilidade (RHOTI & HEILMAN, 1997). Referia o autor:

Em alguns casos de defeito da fala, o paciente parece ter perdido muito do seu poder [voluntário] para fazer qualquer coisa que lhe é solicitada - mesmo com aqueles músculos que não estão paralisados. [...] há força em seus músculos e nos centros de coordenação de grupos musculares, mas ele, o homem, ou a 'vontade', não pode definir-lhes um curso (JACKSON, 1866/1932, p. 121) ⁴.

A agudeza das observações clínicas de Jackson mostrou a existência de casos de pacientes afásicos que apresentavam diferença na execução de movimentos e que isso acontecia sem que houvesse problemas morfológicos ou estruturais nos órgãos efetores. A clínica médica deste neurologista sagaz e notável o levou a apreender uma intermitência surpreendente: num dado momento um movimento era produzido pelo paciente sem qualquer hesitação ou dificuldade e, no instante seguinte, ele fracassava na realização do mesmo movimento. É por essa razão clínica que Jackson sustenta, como vimos na citação acima, que *o corpo* – “os músculos” como ele diz – pode fugir ao controle voluntário/cognitivo da pessoa. O autor diz, ainda, ter-se surpreendido frente a relatos de amigos e familiares de pacientes que afirmavam o aparecimento de fala fluente, ainda que tais ocorrências fossem reconhecidamente assistemáticas e fugazes, da parte daqueles que “não podiam falar” ou estavam presos a estereotípias. Jackson diz:

⁴ Nesta tese, as traduções diretas dos textos em outra língua – inglês, francês ou espanhol – foram realizadas por mim.

O paciente, que emitia o som “pooh, pooh!”, nunca havia dito, em meses, uma só palavra para qualquer enfermeira ou estudante do hospital. Seu filho, contudo, assegurava que o pai, certa vez, pronunciando a palavra “master’s”, indicou a ele onde estavam suas ferramentas. O filho disse, ainda, que, em outra situação (com dificuldade de articulação, mas com inteligibilidade): “Como vai Alice?” (JACKSON, 1866/1932, p. 124).

A explicação de Jackson para casos, como os mencionados acima, arregimenta, bem ao estilo da filosofia clássica que separa corpo e mente e *pathos* e *logos*, duas modalidades de expressão: (1) uma *linguagem emocional*, que caracteriza a *fala involuntária*, carregada pela emoção e (2) uma *linguagem intelectual*, que é veículo do pensamento e que está sob comando do falante – trata-se, segundo ele, de *fala voluntária*. Esta foi a solução que Jackson encontrou para a surpreendente intermitência entre ocorrências adequadas e inadequadas dos movimentos – para o jogo prático/aprático do corpo do falante. Para ele, a estruturação dos movimentos decorreria de “trabalho educacional”: a *fala involuntária*, também se estabiliza pela “força do hábito”, mas pode escapar da norma quando afetada por uma carga emocional que retira o sujeito do controle da fala – sua fala deixa de ser voluntária. Com esta explicação, o autor entende que pacientes, que não emitem fala (como aquele referido na citação acima), *não haviam perdido a palavra, mas sim o poder de falar voluntariamente* - uma conclusão que é da maior importância, uma vez que dela se pode retirar, como fez Fonseca (1995, 2002, 2006, 2009, entre outros), que a ausência de emissão de fala não é diretamente proporcional à perda de linguagem. Uma língua não fenece enquanto houver sujeito. Nessa medida, não há “perda de linguagem”, mesmo que o falante se veja sem recursos cognitivos (“vontade”) para comandar os movimentos do corpo.

Essa direção argumentativa nos insere no campo do pensamento que organiza a teoria de Jackson. O autor funda aquilo que ficou conhecido no campo médico como “paralelismo psicofísico”, que torna logicamente impossível a assimilação ou conjunção entre o *psíquico/mental* e o *físico/orgânico* – são ordens paralelas, que não se encontram.

Assim, a constatação de que “um paciente faz coisas involuntárias, que ele não pode fazer voluntariamente” (JACKSON, 1866/1932, p.123) não pode ser explicada

pelo argumento de que houve uma *dissociação automático-voluntária* – não há esta “associação” e, portanto, seria ilógico supor uma “dissociação” entre instâncias que nunca foram parceiras, mas que são “concomitantes independentes”. Essa lição de consistência argumentativa não foi recolhida por muitos clínicos e estudiosos envolvidos com a Apraxia. Automático e voluntário “referenciam duas ordens diversas de funcionamento” e, como tal, não podem ser colocados em relação de oposição (FONSECA, 2002, p. 47).

Nas palavras de Jackson: “a expressão ‘mais voluntário’ quando usada em contraste com ‘mais automático’ é muito objetável. Ela é composta por um termo psicológico e de um termo fisiológico” (JACKSON, 1884/1932, p. 68) (ênfase minha). Sendo assim, devemos entender que ao reconhecer que em alguns casos de Afasia há “perda da possibilidade de falar voluntariamente”, Jackson introduz o argumento de que o problema encontra-se na esfera psíquica e não na física. Lembremos, enquanto domínios essencialmente distintos e autônomos, psíquico e físico mantêm-se funcionando em paralelo, em “concomitância”: “o neurologista elabora explicação para esses dois estados concomitantes sem confundi-los” (FONSECA, 2002, p. 51) – há *paralelismo e independência entre os domínios*:

[...] Não há mais dificuldade em supor que há *circunvoluções perto do corpo estriado* para supervisionar os movimentos delicados da mão que estão sob o controle imediato da mente, [do que supor que] existe uma [circunvolução], como sugere Broca, para os movimentos da língua em operações puramente mentais (JACKSON, 1866/1932, p. 123).

Não é difícil mostrar que articulação atáxica e a assim chamada “perda da memória para as palavras” são, de fato, defeitos do mesmo tipo e que a “perda de signo”, que o paciente sem fala tinha para as coisas, corresponde à *perda do poder de reproduzir em seus órgãos* os movimentos que ele aprendeu para o signo ou, ao menos, o impulso motor. A lesão próxima ao corpo estriado afeta a linguagem e o pensamento, não porque ali reside uma faculdade, mas porque mais ou menos partes envolvidas na formação dos símbolos “estão quebradas” (p. 125).

Note-se: na citação acima, Jackson aproxima linguagem e psiquismo (linguagem e pensamento), uma relação bastante conhecida e prestigiada por

psicólogos e linguistas⁵. Como fez ver Fonseca (2002), linguagem e psiquismo são apresentados como sendo duas faces de uma mesma moeda, que não se enlaçam a questões orgânicas. Assim, compreende-se que, ao apresentar sua classificação para as condições sintomáticas da linguagem, Jackson lance mão de uma “abordagem basicamente ‘linguística’”, deixando “espaço aberto para considerações sobre a autonomia do linguístico - o que não escapou a Jakobson” (FONSECA, 2002, p. 51).

No que concerne ao problema da Apraxia, Jackson ilumina também direções originais para a reflexão. Aliás, este autor instigante foi o médico que mais mobilizou o pensamento de Freud, que opera uma verdadeira dissolução do paralelismo psicofísico – não sem reconhecer a importância dos efeitos da virulência da separação, antes promovida por Jackson. A interpretação que se pode oferecer para a modificação da fórmula “concomitante independente” para “concomitante dependente” é que tal alteração (nada ingênua ou inócua) elimina, na raiz, o paralelismo jacksoniano. Ela introduz uma figura de corpo bastante diferente – a de Um corpo em que psíquico e físico “... se corrompem um ao outro” em expressão de Milner (1987, p. 61). Na figura de corpo que Freud erige, contudo, “psíquico” não corresponde a “mental/cognitivo” – a sua incidência no par psico-físico de Jackson representa, a rigor, uma antecipação da revolução e da novidade que o conceito de inconsciente opera: o dualismo orgânico-mental fica definitivamente eliminado do pensamento psicanalítico – como mostrou Freud, o *corpo fala*. Devemos vislumbrar que, sob tal teorização, a Apraxia não poderá ser alocada no espaço de uma explicação que envolva a distinção entre movimentos voluntários e involuntários e poderá ela ser remetida ao domínio de uma perturbação psíquica ... que ganhará expressão corporal. Como mencionei, acima, o corpo faz UM.

Em Jackson, Apraxia não era, como vimos, um problema de etiologia orgânico-motora, mas mental, muito embora ele tenha afirmado: “em algumas classes de casos de doenças do sistema nervoso, [é] difícil dizer onde obviamente sintomas motores terminam e onde aqueles puramente mentais começam” (JACKSON, 1866/1932, p. 125). Essa admirável observação não esconde o impasse do paralelismo psico-físico

⁵ Lembro aqui, autores como Vygotsky, Piaget e Wallon – sem esquecer pensadores como Bahktin –, cujas reflexões tiveram grande impacto em vertentes atuais da Linguística e da Neurolinguística.

(mente-corpo), que leva a tipo de beco-sem-saída, que erige um obstáculo à almejada precisão etiológica e a aprisiona no pêndulo que oscila entre orgânico e mental. Para além do problema etiológico, o paralelismo psicofísico de Jackson o leva a aderir linguagem a psiquismo – e nesse ponto ele nada inova, já que ele segue à risca a tradição filosófica⁶. Cabe aqui uma indagação: qual seria a relação entre o distúrbio apráxico e a linguagem, quando ela é dependente do psíquico-mental? Talvez o linguista alemão Heymann Steinthal nos auxilie na resposta.

1.1 O corpo e a forquilha da questão etiológica

Heymann Steinthal foi o primeiro a usar o termo *Apraxia*, em 1871, ao descrever as sérias dificuldades de um paciente afásico no manuseio de objetos – uma caneta ou um garfo. Era, diz ele, como se o paciente “nunca os tivesse usado antes”. Steinthal observou, ainda, que “não [era] o movimento que [estava] obstruído, mas a relação imprecisa entre movimentos e os objetos manipulados. *A relação entre mecanismo e propósito está perturbada*” (STEINTHAL, 1881 *apud* GOLDENBERG, 2003, p.516) (ênfases minhas). Em itálicas está a chave da resposta acima: tanto quanto Jackson, Steinthal postulava uma unidade ideomotora, ou seja, a associação entre ideia e execução do movimento. Ambos estavam em posição diversa daquela de Finkelnburg (1873), para quem a Apraxia representava a incapacidade para produzir símbolos por meio de gestos (como fazer o sinal da cruz). No caso, estaríamos frente a um “efeito da assimbolia” ou *inaptidão [motora] para compreender ou expressar símbolos* na Afasia – a Apraxia seria, portanto, segundo esta última concepção, um sintoma afásico (FINKELNBURG, 1873 *apud* LESSER, 1975/1978/81, p. 59)⁷. Nesse enquadre pode-se entender a expressão: “Apraxia é um *exagero da Afasia*”, já que ela corresponderia a uma extensão, a um excesso sintomático em quadros afásicos. Como se pode observar, no dualismo corpo-mente

⁶ É nesse ponto que Freud será, mais uma vez inovador. Já em sua monografia de 1891, ele erige o “aparelho de linguagem” em jogo quando o cérebro é lesionado.

⁷ Steinthal contra-argumentava declarando que a Apraxia atingia tanto movimentos ligados a símbolos quanto ao manuseio de objetos concretos, tal como ele próprio observara e descrevera (GOLDENBERG, 2003).

a explicação oscila entre atribuir etiologia orgânica ou mental para as ocorrências apráxicas⁸.

Em suma, Steinthal adotava a posição de que a Apraxia era fruto/produto da *desconexão/independência das instâncias mental e executora*, posicionamento que pode ser estendido a Jackson, mesmo que, para Steinthal, como vimos, a Apraxia fosse causada por um distúrbio no nível motor baixo, que obstruía qualquer movimento voluntário na parte do corpo afetada.

Este caminho também foi seguido por Liepmann (1900), a quem se atribui um avanço considerável nos estudos sobre Apraxia. Na virada pra o século XX, quando Freud publicava a *Interpretação dos Sonhos*, o trabalho: “A síndrome da Apraxia (assimbolia motora), a partir de um caso de Apraxia unilateral”⁹, de Hugo Liepmann, apresentava uma *descrição sistemática* desse quadro. Segundo Hécaen (1960), trata-se de um ensaio movido por uma “análise metódica” primorosa, que deixou para trás as observações clínicas insipientes de antes. Por esse motivo, este ensaio de Liepmann é considerado o marco inaugural dos estudos sobre a Apraxia. A influência do autor no desenvolvimento das abordagens neuropsicológicas atuais, principalmente aquela desenvolvida em Boston (neo-localizacionismo ou neo-associacionismo), é expressiva – o que exige que nos atenhamos um pouco mais detalhadamente no percurso de Liepmann, que é, como disse, reconhecido hoje como o *precursor* do estudo científico da doença, o que significa que a Apraxia existe e persiste sendo trabalhada no campo do dualismo mente-corpo (ou vice-versa).

Nesse primeiro grande manuscrito sobre a Apraxia, as observações e considerações apresentadas na discussão de Liepmann decorreram do atendimento de um único caso clínico - um *conselheiro imperial* com sífilis, como o título explicita.

⁸ Infelizmente, durante a feitura da presente pesquisa, além do reconhecimento de que Steinthal foi aquele que relacionou o termo Apraxia a peculiares perturbações do movimento, pouquíssimas referências bibliográficas sobre o trabalho desse autor foram encontradas, bem como impossível foi o acesso à sua obra. Desse modo, no momento, não podemos ir além da constatação de que a relação entre Apraxia e Afasia fez ruído entre os pesquisadores da época, como vemos nos relatos sobre o debate empreendido entre Finkelnburg e Stheintal.

⁹ *Das Krankheitsbild der Apraxie (motorische Asymbolie) auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie.*

Em trabalhos posteriores, elas serão aplicadas e testadas num estudo experimental envolvendo grupos. Vem dessa experimentação o mérito que lhe é atribuído, o de ter implantado uma metodologia considerada exemplar no campo das neurociências, uma metodologia positivista. Introduz-se, com ele, a busca de objetividade, que se supõe no campo médico, advir de experimentos replicáveis e registros de observações que se reproduzem e são validadas a cada repetição de testagens controladas. O trabalho de Coudry (1988), embora não conteste o dualismo psicofísico que perpassa os estudos sobre a Afasia e Apraxia, deve ser apontado como uma exceção importante no que diz respeito à crença na metodologia positivista, como a granjeia no campo médico e na neuropsicologia. Coudry (1988, 2002, entre outros) aponta que nos testes há a prevalência de atividades metalinguísticas e de tarefas descontextualizadas, a - históricas; nisso o que se perde é a oportunidade de realizar um exame do processo enunciativo mesmo.

O *conselheiro imperial* foi hospitalizado em Dallendorf (onde clinicava Liepmann), com o diagnóstico de “afasia mista e demência” advindas de acidente vascular encefálico. O primeiro encontro com o paciente foi assim relatado:

Eu vi o paciente pela primeira vez em 17 de Fevereiro. Pedi a ele para apontar certos objetos e realizar alguns movimentos com a mão. Ele falhou em quase tudo, manipulando objetos de forma quase absurda. Num primeiro momento, pareceu-me que o paciente havia entendido, que ele era cerebralmente surdo e, possivelmente, também, que tinha cegueira central. Notei, porém, alguns movimentos bizarros e distorcidos que ele realizou durante o exame: eles eram limitados exclusivamente à extremidade superior direita, que o paciente pode movimentar durante a observação. Este comportamento motor peculiar levou-se a querer saber se suas respostas incorretas refletiram uma falta básica de compreensão (...) ou se correspondiam, essencialmente, a execuções motoras erradas (...). Para resolver tal questão, eu segurei a mão direita do paciente e o forcei a usar sua mão esquerda. Nesse ponto, repentinamente, a cena mudou. Com sua mão esquerda, ele imediatamente selecionou o cartão solicitado dentre cinco cartões posicionados diante dele. O mesmo teste, repetido com a mão direita, levou a respostas erradas em geral. Nesse momento, compreendi que a situação seria a mesma para as suas extremidades inferiores. De fato, o paciente podia imitar movimentos do meu pé com seu pé esquerdo, mas errou com seu pé direito. Assim, ficou estabelecido que o paciente não

tinha surdez nem cegueira central (LIEPMANN, 1900 *apud* GOLDENBERG, 2003, p. 517).

A composição sintomática observada nesse caso deixou Liepmann intrigado – não parecia haver demência, como mostraram os testes realizados por ele. Era, portanto, o caso de abolir a suspeita de impossibilidade do paciente de interpretar, assim como relacionar respostas motoras inadequadas a uma condição cognitiva prejudicada. O que é fato é a frequência com que a Apraxia aparece associada a quadros afásicos ou demenciais, ou seja, a quadros cerebrais - o que deixa clínicos e pesquisadores intrigados com essa questão. As respostas são basicamente buscadas, nos tempos atuais, em resultados da aplicação de provas de compreensão oral provenientes de testes neuropsicológicos e, também, de experimentos com dispositivos de neuroimagem e eletrofisiológicos. Ambos os caminhos sustentam-se na ideia de que esses instrumentos garantem objetivamente o acesso e a mensuração da recepção da informação verbal ¹⁰.

Consideremos que, na época, a preocupação com um diagnóstico diferencial comparecia também na relação das dificuldades práxicas com problemas perceptuais e gnósticos. Contemporâneos de Liepmann (Kussmaul, Pick, Flechsig) entendiam a Apraxia como uma dificuldade de executar as rotinas de ação motora *devido a déficits no reconhecimento do objeto* ou *à perda de memórias cinestésicas*, de imagens sensoriais de partes do corpo, causados por lesão cerebral. A afasia vinha, então, a ocupar uma espécie de fator etiológico para as ocorrências de Apraxia e esta seria, nesta visão, portanto, “exagero da Afasia”, em expressão aqui já mencionada. Meynert falava, inclusive, em “assimbolia motora”, como aquilo que impedia a execução hábil da atividade motora (HÉCAEN, 1960; BROWN, 1988; GOLDENBERG, 2003). Liepmann (1905)¹¹ posicionava-se contrariamente a tais propostas, como fica explícito no segmento abaixo:

¹⁰ Um exemplo atual disso está no trabalho de Alvarenga *et al* (2005), que estuda o sistema auditivo periférico e central de afásicos. Mesmo quando diferenças individuais, sócio-culturais, de idade e escolaridade entram em cena, a convicção em tais instrumentais permanece inabalada, como se pode notar em Mansur *et al*. (2005).

¹¹ *Der weitere Krankheitsverlauf bei dem einseitig Apraktischen und der Gehirnbefund auf Grund von Serienschnitten* (O novo ciclo de doença em um lado do cérebro e os resultados apráxicos com base nas seções de série).

O caso que nós descrevemos revela algo novo daquilo já conhecido: uma pessoa pode reconhecer um objeto, pode saber usá-lo, suas extremidades podem ser livremente móveis, mesmo as imagens inervatórias dos centros motores podem estar preservadas e, ainda, ele pode ser incapaz de usar o objeto com algumas extremidades (LIEPMANN, 1905 *apud* GOLDENBERG, 2003, p. 517).

No que se refere à Apraxia, no esforço de, com base num pensamento dualista, retirar conclusões diagnósticas, Liepmann se distancia de considerações estritamente psicológico-comportamentais e recorre (médico que era) a uma explicação anatômica para o problema do *conselheiro imperial* que, segundo ele: “[...] estaria ligado a uma separação mais ou menos completa entre o centro sensório-motor e os outros centros de ambos os hemisférios” (LIEPMANN, 1905 *apud* GOLDENBERG, 2003, p. 517). Trata-se de hipótese comprovada, mais tarde, diz Goldenberg (2003), através da autópsia do paciente: havia 2/3 anteriores do corpo caloso¹² destruídos e cistos subcorticais nos lobos parietal e frontal, que interrompiam a maioria das conexões restantes entre a região central do hemisfério esquerdo e outras regiões corticais¹³. Na perspectiva de Liepmann, somente a desconexão de diferentes regiões do córtex poderiam explicar um problema tão complexo, caracterizado como *falhas na passagem da ideia ao ato motor*¹⁴. Segundo o autor, falhas em diferentes etapas dessa transição resultariam em três tipos de Apraxia:

- Apraxia melocinética – perda das memórias cinéticas próprias a um membro. Lesão superficial das circunvoluções cerebrais, insuficiente para produzir uma paralisia;

¹² Grande maço de fibras nervosas que conecta os dois hemisférios do cérebro.

¹³ De acordo com Goldenberg (2003), do ponto de vista do funcionamento cerebral, Liepmann distinguia entre uma localização regional, na qual uma função específica está associada a uma região limitada do cérebro, e uma localização estrutural, na qual estrutura anatômica e função psíquica não apresentam uma relação fixa. Ele entendia que um ato complexo não poderia estar confinado a uma região determinada do córtex cerebral e que por isso dificilmente uma lesão circunscrita levaria a perda de uma memória motora (HÉCAEN, 1960).

¹⁴ Liepmann fala em fórmula do movimento, na qual está em jogo “uma imagem espaço-temporal da ação intencionada” (GOLDENBERG, 2003, p. 518). Nas palavras de Harrington & Haaland (1997), “a fórmula do movimento consiste da informação sobre o propósito do movimento e os modos de realizar a ação” (p.138). Tal qual um plano da ação futura, a fórmula é representada por informações visuo-cinestésicas, provenientes de todo o cérebro, principalmente das regiões posteriores (parietal e occipital). O início da execução do movimento se dá por meio de conexões com as regiões pré-central e pós-central do hemisfério esquerdo, responsáveis pela memória dos esquemas cinestésicos e pela emissão dos comandos nervosos aos músculos e articulações.

- Apraxia ideomotora – resulta do isolamento do *sensorium motorium* (lóbulo parietal e região central do hemifério esquerdo) da zona de execução;
- Apraxia ideatória– os movimentos dos membros estão intactos, o problema se encontra no esquema ideatório. Lesões difusas e mais posteriores (HÉCAEN, 1960, p. 546)¹⁵.

Note-se que a classificação acima concentra-se na tentativa de circunscrever déficits neurofisiológicos e nada diz sobre as condições sintomáticas envolvidas em cada um dos tipos, que reflete a taxonomia proposta por Liepmann a partir de uma síntese anátomo-clínico-patológica do fenômeno apráxico.

A saída explicativa encontrada por Liepmann deixa exposta sua filiação ao pensamento dualista predominante na época. Esquecido entre a primeira e segunda guerra mundial (GESCHWIND, 1975), período no qual a preocupação com o desenvolvimento de abordagens terapêuticas para os distúrbios afásicos fez vigorar propostas holistas (FONSECA, 2002; BASSO, 2003; CATRINI, 2010; entre outros), Liepmann teve seu retorno promovido pela ascensão do neo-localizacionismo na década de 60 que, na figura de Geschwind, enalteceu o pioneirismo da descrição da “síndrome da desconexão do corpo caloso” e tomou-a como fonte de inspiração para o entendimento dos mecanismos neurais subjacentes à Apraxia (GESCHWIND, 1975).

Liepmann foi, sem dúvida, cultuado como autor que deu um importante impulso aos estudos dos *distúrbios da ação* no século XX (HÉCAEN, 1960; GECHWIND, 1975; ROTH & HEILMAN, 1997; GOLDENBERG, 2003), reconhecimento, este, que solidifica metodologia implementada pela Neuropsicologia à desordem da Apraxia, que persegue esquemas cognitivos e desenha sistemas de processamento de informação e conexões modulares já insinuadas nas explicações de Carl Wernicke para as síndromes afásicas¹⁶, autor de quem divergiu Freud (1891)

¹⁵ É importante dizer, também, que essa nomenclatura não foi idealizada por Liepmann.

¹⁶ Neurologista e psiquiatra alemão, Liepmann foi assistente de Wernick em Breslau – Alemanha.

frontalmente em sua monografia sobre as Afasias (GECHWIND, 1975; ROTH & HEILMAN, 1997; GOLDENBERG, 2003)¹⁷.

Contemporâneos de Liepmann e seus seguidores levantaram questões que giraram em torno das relações entre Apraxia - Afasia - Agnosia. Para Liepmann: “a Apraxia não é uma desordem do comportamento simbólico, uma desordem motora elementar ou uma desordem do reconhecimento (agnosia)” (HEILMAN & ROTH, 1997, p. 08). Se não se trata de uma perturbação simbólica, gnósica ou motora elementar: “a que referir a natureza da Apraxia?”.

Harrington & Haaland (1997, p. 138) afirmam que embora “a conceituação de Apraxia de Liepmann continue a influenciar o pensamento corrente”, os avanços médicos não puderam apagar o caráter perturbador de uma patologia que, até hoje, intriga pesquisadores e clínicos. O sucesso de Liepmann segue de perto os ensinamentos que Jackson e Steinthal deixaram como herança – Apraxia fica inscrita no dualismo mente-corpo que, do ponto de vista do diagnóstico e da etiologia, gira em círculos.

1.2 Apraxia é um problema atual

Rothi & Heilman (1997) levantam a questão de que o termo Apraxia “tem sido usado para descrever uma extensa variedade de desordens neurologicamente induzidas, adquiridas e de desenvolvimento” (p. 01). De fato, encontra-se na literatura uma proliferação de tipos e modalidades, tais como Apraxia de marcha, Apraxia para vestir-se, Apraxia motora, Apraxia construtiva, Apraxia do olhar, Apraxia da deglutição, Apraxia de Fala adquirida, Apraxia de Fala na infância, entre outros. Segundo os autores, muitos desses tipos “*não estão listados num rol de problemas neurológicos ou psicológicos*” (p. 01) (ênfase minha). Os autores questionam a proliferação que ganhou a tipologia, que parece atender mais a um apego excessivo à observação e descrição e menos à necessidade teórica de relacionar as Apraxias a denominadores comuns, mais precisamente, a etiologias neurológicas ou

¹⁷ Mais sobre isso, ver capítulo III.

psicológicas. A existência de uma tipologia tão diversa, dizem eles, põe à mostra a variedade das manifestações, mas não indicam qual seriam as causas e o “mecanismo subjacente único” (Heilman & Rothi, 1997, p.07).

Num primeiro momento, o que parece unificar essa diversidade é a causalidade orgânica implicada, segundo Rothi & Heilman, na determinação de qualquer Apraxia por uma lesão neurológica. Isso é, afinal, o que se pode ler na afirmação desses autores, acima registrada: “extensa variedade de desordens *neurológicamente* induzidas, adquiridas e de desenvolvimento” (op. cit.). Note-se que tal aposta não diverge absolutamente dessa certeza já presente nos primeiros estudos sobre o tema, como vimos em Jackson, Stheintal e Liepmann.

Luria (1981/1984), outro grande expoente no estudo das Afasias, considera o sintoma apráxico sinal inequívoco de que o cérebro foi lesionado, mas acrescenta que, isoladamente, esse sintoma não permite definir a localização específica da lesão. Segundo este neurologista, as praxias são efeitos de funções mentais superiores geradas por um trabalho conjunto de estruturas coordenadas e, por esse motivo, uma localização não pode ser indicada de maneira pontual. Diferentes tipos de Apraxias, diz ele, podem emergir dependendo das consequências de lesões focais sobre o funcionamento do sistema como um todo¹⁸.

No entanto, parece-me importante considerar que a constatação de que um acontecimento apráxico possa ter relação estreita com um comprometimento neurológico não apazigua o problema colocado pela Apraxia. Em uma versão recente de um conhecido e prestigiado dicionário médico (que consta na citação abaixo), o verbete “Apraxia” mostra que apesar da crença absoluta de que, nas Apraxias, a etiologia é neurológica, ela mantém-se, ainda hoje e a despeito dos

¹⁸ Seguindo essa indicação, Luria estabelece quatro tipos de Apraxia:

- a) Apraxia cinética: incapacidade de sintetizar os elementos motores em uma melodia sucessiva. Lesão nos gânglios da base e áreas pré-motoras;
- b) Apraxia de ações dirigidas a metas: incapacidade para subordinar os movimentos à intenção expressa na fala. Lesão nos lobos frontais.
- c) Apraxia cinestésica: ausência de impulsos aferentes, o que causa descontrole na execução do movimento. Lesão em áreas sensoriais do córtex pós-central;
- d) Apraxia espacial: sínteses espaciais comprometidas. Lesão em zonas terciárias da região parieto-occipital.

avanços tecnológicos, indefinida e confusa, tanto com relação à possibilidade da patologia decorrer de afecção no sistema nervoso central, quanto à circunscrição do local atingido:

Apraxia resulta de lesões cerebrais (por exemplo, de infarto, tumor ou trauma) ou de degenerações neurológicas - geralmente nos lobos parietal ou nas suas ligações que conservam memórias dos padrões de movimentos aprendidos. Menos comumente, a Apraxia resulta de dano em outras áreas do cérebro, tais como no córtex pré-motor (a parte anterior do lóbulo frontal), em outras partes do lobo frontal, no corpo caloso ou de danos difusos relacionados às demências degenerativas (THE MERCK MANUALS: ON LINE MEDICAL LIBRARY, 2008).

A literatura especializada deixa claro que a discussão sobre as Apraxias se multiplica numa direção que radicaliza métodos e argumentos médicos, que aprofundam a discussão sobre a etiologia orgânica do distúrbio. Um cenário que pode ser traçado mostra que:

- Há pesquisadores preocupados com a dominância hemisférica cerebral para as praxias e sua relação com a dominância cerebral para a fala/linguagem. Aqui, o ponto de discussão é a existência, ou não, de dependência anatômica, já que essas funções estariam situadas em áreas adjacentes (ROTHI & HEILMAN, 1997);
- Outros debatem a hipótese de desconexão entre os hemisférios direito e esquerdo com lesão do corpo caloso (ROTHI & HEILMAN, 1997; GESCHWIND, 1975) e levantam a hipótese de lesão no giro supramarginal esquerdo e na área motora suplementar (córtex pré-motor, porção medial do lobo frontal) (ROTHI & HEILMAN, 1997);
- Pesquisadores atestam, também, a presença de uma ampla gama de estruturas envolvidas. Fala-se em Apraxias derivadas de lesões subcorticais e de sua relação com o controle motor exercido pelo cerebelo (HARRINGTON & HAALAND, 1997);

- Há, ainda, aqueles que procuram estabelecer a localização precisa de lesões envolvidas em tipos específicos de Apraxia - em especial da Apraxia de Fala adquirida cuja hipótese sobre a área da lesão seria a região da ínsula, no giro pré-central esquerdo (DRONKERS, 1996). A esse respeito, contesta Martins (2006): “mesmo em perspectivas que consideram a fala como resultado de interação entre diferentes áreas cerebrais, a *localização exata da Apraxia nesta rede permanece incerta*” (p. 36) (ênfase minha).
- Bases genéticas são igualmente investigadas por alguns - esta parece ser a tendência mais atual das pesquisas, principalmente se o foco estiver dirigido para a Apraxia de Fala na Infância, para as ditas Apraxias de desenvolvimento. Nesse caso, a investigação procura ser detalhada seja quanto à descrição sintomática, seja no que diz respeito à identificação de genes específicos que se espera mostrar estarem ligados a uma “predisposição para a doença” (ALCOK, et. al., 2000; STEIN, et. al., 2006; SHRIBERG et. al., 2006; LEWIS et. al., 2006; SHRIBERG, JAKIELSKIB & STRANDC, 2010, entre outros). Interessa indicar que, nestes estudos, a etiologia vinculada à lesão não vem ao caso.

As pesquisas mantêm a metodologia de estudo privilegiada por Liepmann, isto é, descrição da manifestação sintomática e localização anatômica da lesão e aplicação e replicação de testes que visam ao estabelecimento de correlações estáveis entre sintomas e áreas lesionadas. Pode-se constatar nos estudos atuais, médicos e neuropsicológicos, o empenho na realização de descrições minuciosas dos erros apráxicos. Velocidade, ritmo, amplitude e ordenação dos movimentos (imitativos ou espontâneos) e o uso de objetos e ferramentas são registrados. Apesar da seriedade de objetivos e do esforço descritivo que se pode notar nos estudos publicados, eles têm um perfil de reprodução do mesmo experimento e pouco têm contribuído para o esclarecimento de tal patologia, que permanece, ainda, num espaço de grande incerteza quanto à sua definição.

Para a grande maioria dos autores, Apraxia é “um transtorno da atividade gestual que ocorre em um sujeito cujos sistemas responsáveis pela execução do ato motor estão relativamente íntegros e sem déficit intelectual significativo” (RODRIGUES, 1989/1999, p. 99). Para o neurologista brasileiro citado, há, pelo menos, dois problemas a serem considerados em definições como essa:

(1) a Apraxia é definida negativamente, pelo que ela não é: “[...] O paciente tem plena consciência do ato a ser realizado [*não há alteração cognitiva*], sem problemas gnósticos (perceptuais), de atenção ou rebaixamento de inteligência” (p. 99), também *não* são observados problemas musculares, movimentos involuntários ou descoordenação cerebelar, e:

(2) o acréscimo de palavras como “*relativamente*” e “*significativo*” contrariam a tentativa de definição. O problema estaria, segundo o autor, na vagueza ou inexatidão desses termos.

Podemos perguntar, a esse respeito, se “prejuízos discretos” – como a presença de leves paresias ou de movimentos involuntários, por exemplo, não interfeririam no diagnóstico de Apraxia¹⁹? No caso da Apraxia de Fala, sua frequente associação com sintomas afásicos nos leva a interrogar a respeito da exclusão de problemas linguísticos relacionados à Apraxia. Afinal, o que, efetivamente, daria suporte a um diagnóstico de Apraxia? São grandes as dificuldades e controvérsias presentes nas tentativas de sua definição e delimitação, como procurei indicar. O que estaria na base de uma tal situação? Talvez seja este o momento de adiantar que a direção das pesquisas sobre esse quadro sintomático, pesquisas que se nutrem no veio etiológico da Medicina, não podem abandonar a divisão clássica corpo-mente e, por essa razão, debatem questões sobre o corpo exclusivamente sob uma perspectiva neuro-cerebral-funcional. Nesse enquadre, não se poderia levantar uma questão sobre o *corpo falante*, que como mostrou Freud (1891), coloca uma questão sobre o dualismo, sobre a própria fórmula corpo-mente.

¹⁹ Rothi & Heilman (1997), por exemplo, mostram que nas Apraxias relacionadas ao “vestir-se” e na “construtiva” há a participação de déficits associados, como desordens visuoespaciais ou negligência, o que nos leva a questionar a exclusão total de problemas sensoriais na Apraxia.

1.3 Apraxia de Fala

O campo de estudos da Apraxia de Fala, que é o interesse maior desta tese, ilustra bem as discussões em torno das Apraxias. Chama a atenção de quem percorre a literatura, que, embora a designação Apraxia de Fala seja de uso corrente, encontram-se denominações diversas para esse tipo de problema, quais sejam: Afasia Motora Aferente (LURIA, 1974; LURIA & HUTTON, 1977), Apraxia ou Dispraxia Verbal, Desintegração Fonética, Afemia (SQUARE; ROY & MARTIN, 1997), Anartria Pura (LECOURS et. al., 2001), entre outras. Para se ter uma ideia, em levantamento bibliográfico realizado por Duffy (1995), vinte e três nomes foram encontrados. Esse grande número de nomes corrobora a afirmação de WEST, HESKETH & BOWEN (2007) de que: “atualmente não há nenhuma definição universalmente aceita da patologia [...], [tendo] as definições [...] se transformado dentro de marcos teóricos diferentes” (p. 02). É bastante acurada a observação de Freitas (1997) de que a Apraxia de Fala “não possui um *status* muito definido, parecendo fazer vezes de coringa no jogo das desordens articulatórias” (p. 06). É mesmo esta a conclusão a que se chega frente aos estudos sobre ela, a de que é “um coringa” quando a dificuldade aparece marcada no corpo: como desordem articulatória²⁰.

Lesser (1975/1978), antes da década de 1990, apontava para a presença de dois pontos de vista distintos sobre o problema²¹, que poderia ser visto:

(1) como déficit na programação motora, que incluía a descrição de distorções fonéticas entre as características sintomáticas, ou

(2) como enquanto do aspecto fonológico da linguagem, que implicaria dificuldades de seriação e seleção dos fonemas.

²⁰ Para uma discussão aprofundada sobre o problema das desordens de pronúncia, remeto o leitor aos trabalhos de Faria (1995, 2003, 2006), Hunter (1999, 2006) e Trigo (2003).

²¹ Essa discussão guarda parentesco como polêmica no campo da Linguística, entre pesquisadores da Fonética e da Fonologia, como veremos em momento oportuno. Sobre isso ver Teixeira (1989), Mota, (1990), Yavas, Hernandorena & Lamprecht (1991), entre outros.

A primeira interpretação é representada pela perspectiva de Darley e seus colaboradores e leva o nome de Apraxia de Fala:

Um transtorno da articulação que resulta em prejuízo, por dano encefálico, da capacidade de programar a posição da musculatura da linguagem para a produção voluntária de fonemas e a sequência dos movimentos musculares para a produção das palavras (DARLEY, ARONSON & BROWN, 1975/1978, p. 252).

Concebida por Darley e seus colaboradores (DARLEY, ARONSON & BROWN, 1969; JOHNS & DARLEY, 1970; ATEN, JOHNS & DARLEY, 1971; DEAL & DARLEY, 1972; DARLEY, ARONSON & BROWN, 1975, entre outros), a Apraxia de Fala não se distancia da tese de Liepmann sobre a Apraxia de membros: “[ela é] uma manifestação clínica de incapacidade para usar partes do corpo de maneira voluntária apesar do poder intacto do movimento e completa compreensão do que é solicitado” (DARLEY, ARONSON & BROWN, 1975/1978, p. 251). Assim, os autores dão destaque para a questão de que, na Apraxia de Fala, erros na produção e ordenação de fonemas ocorrem mesmo quando força e coordenação da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios (OFAs) não estão prejudicadas – o corpo está íntegro -, ou quando a compreensão e formulação da linguagem não apresentam transtornos (DARLEY, ARONSON & BROWN, 1975/1978). Para Darley *et alli*, o problema é exclusivamente motor, isto é, não há lesão ou dano nos órgãos da fala. A Apraxia “não compromete a formulação simbólica ou as atividades frequentemente qualificadas de linguagem interior” (ALAJOUANINE & LHERMITTE, 1960, p. 606). Ou seja, no ambiente da Apraxia da Fala, parece haver mais espaço para interrogações sobre o mistério do corpo que fala, já que elas podem não ter determinação orgânica, em sentido estrito, embora sua manifestação seja corporal.

Quando alterações mais profundas (sintático-semânticas) vêm à tona, há a presença de quadros sintomáticos associados, em geral, do tipo: *Afasia + Apraxia de Fala* ou *Demências + Apraxia de Fala* (DARLEY, ARONSON & BROWN, 1975/1978; DUFFY, 1995; MACCAFFREY, 2003; WEST, et. al., 2008; SOUZA, PAYÃO & COSTA, 2009; ORTIZ, 2010, entre outros). Nesse ambiente, a descrição geral da doença, realizada pelos autores, reúne os seguintes problemas:

- Lesão no hemisfério cerebral esquerdo;
- Contraste entre a produção voluntária e involuntária da fala (sendo a última adequada);
- Erros variáveis e imprevisíveis relacionados a tentativas de atingir a produção adequada do fonema desejado (ensaios; tentativas e experimentações das posturas articulatórias). Substituições são consideradas os erros de maior ocorrência, mas também se observam erros do tipo: repetição, adição, transposição, prolongamentos, omissões e distorções;
- Erros perseverativos e antecipatórios. Aqui a hipótese é de que o sujeito apráxico pode antecipar o momento em que o erro ocorrerá e, ao tentar corrigi-lo, fica disfliente (com manifestações de “bloqueios” típicos na gagueira);
- Lentidão e alteração prosódica resultantes do esforço para produzir as posições corretas dos articuladores para a emissão de palavras também podem acarretar disfluência;
- O paciente “sabe” o que “quer falar”, mas as palavras não saem da maneira correta;
- Distúrbio articulatorio, disfluência e disprosódia dão espaço para *ilhas de clareza*, instantes de fala bem articulada;
- Quadro severo pode levar à mudez.

Embora esse modo de abordar as manifestações apráxicas de fala seja corrente em trabalhos dedicados ao tema, como mostraram WEST, HESKETH & BOWEN (2007), ela não representa uma unanimidade. O trabalho de Damien Martin (1974), que foi membro do Hospital de Administração de Veteranos de Nova York, pode ser tomado como uma posição em oposição ao ponto de vista vigente nos dias atuais. Em seu artigo: *Some Objections to the Term Apraxia of Speech* (MARTIN, 1974) questiona a expressão Apraxia de Fala, bem como sua descrição e vertente explicativa. A principal diferença teórica e clínica de Martin nos remete à defesa da possibilidade de *autonomia da Apraxia de Fala com relação à Afasia*. Diz ele: “o problema básico é decidir quais processos estão prejudicados na afasia e como estes processos, com seu funcionamento perturbado, diferem da ‘programação’ que está perturbada na Apraxia de Fala” (p. 54).

Martin (1974) entende e propõe que tanto a manifestação, quanto a concepção de Apraxia de Fala decorrem de “um modelo de funcionamento da linguagem dicotômico ultrapassado, que aparta a fala da linguagem e aborda a questão a partir de categorias fisiológicas como Sensorial e Motora” (p. 53)²². De fato, a hipótese defendida por Darley e seus colaboradores encontra-se baseada num modelo fundamentalmente organicista (neurofisiológico e neuropsicológico), que não inclui uma reflexão sobre a linguagem e seus efeitos no corpo, que nele constituem ou implantam a fala. Não quero, com este assinalamento, dizer que Martin foi tão longe, mas certamente há, em suas considerações um germe de descontentamento frente à tradição, que interessa sublinhar nesta tese. Martin opõe-se, frontalmente, ao modelo de que Duffy (1995) é exemplar – trata-se de um pensamento hegemônico nos estudos da Apraxia de Fala. Tal modelo detém-se na questão do estabelecimento das instâncias cerebrais responsáveis pela conversão de unidades fonológicas (os fonemas) em um código neural próprio às operações do sistema motor. Sistema, este, que seria a garantia da programação motora para a produção dos sons da fala, ou seja, para a ativação da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios que geram os sinais acústicos compatíveis com aqueles de uma língua. Nesse enquadre, os sintomas apráxicos de fala estariam diretamente relacionados à lesão do lócus cerebral desse programador localizado no hemisfério cerebral esquerdo.

Como podemos notar, sob esse enfoque, a fala é comportamento ou gesto motor. Entende-se, nesta perspectiva, que a produção da fala decorre, antes de tudo, de um processo neurológico, que começa com a *formulação da ideia* e culmina com sua *exteriorização na fala* (escrita e/ou gestos, também ocupam esse lugar de infraestrutura, de suporte para a transmissão de conteúdos internos). Segundo Duffy (1995), esse processo segue os seguintes passos:

²² É isso o que a história da Afasiologia nos mostra. Dos trabalhos de Broca (1861) e Wernicke (1874) derivou a tradicional classificação da Afasia: *Afasia Motora* – afasia de expressão/produção e *Afasia Sensorial* – afasia de recepção, com prejuízo da compreensão da linguagem. Do mesmo modo, o intenso embate travado em 1909 entre Dejerine e Pierre-Marie colocou no foco a existência de um distúrbio específico da fala, de caráter exclusivamente motor.

- *Passo 1 – processos linguístico-cognitivos:* pensamentos, sentimentos e emoções geram uma intenção comunicativa. A partir daí, eles são traduzidos em símbolos verbais organizados pelas regras da linguagem.
- *Passo 2 – programação motora:* a mensagem já codificada gera um programa sensório-motor que deverá selecionar e ativar a inervação muscular escolhida.
- *Passo 3 – execução neuromuscular:* o sistema nervoso (central e periférico), organizado para executar a programação motora previamente determinada, gera um sinal acústico por meio da atividade da musculatura articulatória, respiratória, de fonação e ressonância²³.

A programação motora, assim compreendida, envolveria uma extensa área do sistema nervoso central, sendo influenciada por diferentes fatores e estruturas. Parece-me que essa visão tem semelhança com a abordagem luriana, que propõe que as funções mentais superiores são frutos de um sistema funcional complexo em que as estruturas corticais e subcorticais trabalham em coordenações temporais. Entretanto, há que se levar em conta que, embora Luria acredite que uma lesão cerebral focal esteja na gênese de uma perturbação da linguagem e/ou da Apraxia, sua caracterização do distúrbio dependerá do modo como a atividade de todas as estruturas envolvidas no processo é abalada pela lesão local. Sendo assim, para Luria, há continuidade entre aspectos sensoriais e motores e envolvimento de ambos na constituição de um distúrbio apráxico. Essa posição distancia a sua proposta da de Duffy.

A participação do sistema nervoso periférico é considerada em sua relação com o controle da execução neuromuscular e com a entrada do *feedback*

²³ As estruturas neurológicas responsáveis por cada um desses passos estão localizadas principalmente no hemisfério cerebral esquerdo - uma série de estruturas corticais (e subcorticais) participaria da efetuação e controle do ato motor da fala. Com base nesse modelo neurofisiológico, o programador motor da fala estaria ligado ao córtex pré-motor, especialmente à conhecida área de Broca (terceira circunvolução frontal esquerda, área 6 de Broadmann), a qual: “parece contribuir para a especificação dos movimentos da fala baseada no input sensorial e nas áreas envolvidas na formulação linguística” (DUFFY, 1995, p. 260). Esta região teria ligações com o córtex motor primário, que torna efetivo o plano de ação, com os núcleos da base, que garantem o ajuste dos movimentos ao programa motor, e com o cerebelo, responsável pela coordenação dos mesmos. Além disso, a área motora suplementar, ou área motora secundária, teria seu papel ligado à motivação da ação, a iniciativa para a fala proposicional; o lobo parietal responderia pela integração das informações sensoriais importantes para a realização de movimentos aprendidos e a insula, não se sabe muito bem o porquê, aparece como um dos lócus de lesão que resultam em Apraxia de Fala.

sensorial necessário para esse controle e para o planejamento da ação. Sob tal prisma, entende-se que danos no sistema nervoso podem afetar uma ou mais etapas de produção da fala, conforme o local atingido. Desse modo, defini-se a Afasia, a Apraxia de Fala e as Disartrias como perturbações relacionadas sucessivamente a cada um dos passos acima mencionados (OGAR, et. al. 2006), sendo que a frequente concomitância dessas patologias é explicada por uma proximidade anatômica da lesão (SQUARE, ROY & MARTIN, 1997; entre outros).

É possível, sem dúvida, vislumbrar semelhanças entre a hipótese teórica que sustenta a noção de Apraxia de Fala e os passos psicológicos elencados por Luria (LURIA, 1986/1987) na geração de uma enunciação verbal. Luria determina que o primeiro passo para a produção de um enunciado verbal é o *motivo*, isto é, a necessidade de transmitir, solicitar ou esclarecer algo a alguém. Segue-se a isso a criação de um projeto formado pela ideia inicial – o primeiro registro semântico, que deve ser traduzido no esquema linear (sucessivo e coerente) da enunciação verbal para ser externalizado. Se podemos reconhecer semelhanças nos passos referentes ao estabelecimento de uma intenção comunicativa e ao planejamento e execução da fala, pontos divergentes entre as duas propostas não devem ser negligenciados.

Luria & Hutton (1977) sustentam que muitos dos fatos descritos em estudos neurológicos clássicos são confiáveis. Contudo, acrescentam, eles podem e devem ser reinterpretados sob a ótica que propõem. É por aí que Luria toma distância da posição de Darley e seus colaboradores no que concerne a Apraxia de Fala. De acordo com Luria,

[...] Se uma lesão das zonas secundárias (cinestésicas) da região pós-central afetar as zonas inferiores dessa região do hemisfério esquerdo (dominante) - isto é, a região de organização secundária da sensibilidade cinestésica de face, lábios e língua -, a Apraxia cinestésica poderá manifestar-se de um modo especial na organização de movimentos do aparelho da fala, levando à desordem característica da fala, que recebeu o nome de afasia motora aferente (LURIA, 1981/1984, p. 150).

Como se pode notar, diferentemente de Darley *et alli*, Luria entende que a incidência de sintoma apráxico na fala dá origem a um distúrbio afásico – Afasia Motora Aferente (AMA). Vejamos sucintamente como o autor chega a essa ideia.

Com base na concepção de funcionamento cerebral dinâmico, Lúria considera que problemas tanto na recepção (aférentes), quanto na emissão (eferentes) de impulsos nervosos entre o centro e a periferia do organismo estão em jogo em quadros de dificuldades de manifestação da linguagem e, sob esse ponto de vista, estabelece dois tipos de Afasias Motoras: Afasia Motora Eferente (AME) e a Afasia Motora Aferente (AMA). Originada por uma lesão nas áreas pré-motoras do córtex, a AME:

provoca perturbação da automaticidade fluída dos hábitos motores que uma pessoa adquire como resultado de uma grande prática. A prática transforma uma sequência de impulsos motores discretos em uma 'melodia cinética' que flui uniformemente" (LÚRIA, 1974, p. 201).

Nesse tipo de Afasia, a *perda da fluência* prejudica, por definição, a sequência temporal esperada na composição sintagmática da fala. Já a AMA corresponderia à *inabilidade no posicionamento dos articuladores*, por problema no controle tátil-cinestésico do movimento, causado por lesão nas zonas pós-centrais do córtex. O ponto principal aqui é o seguinte: sem o retorno sensorial, a distinção entre os fonemas fica danificada, bem como a emissão dos mesmos. De acordo com Lúria & Hutton (1977), esse distúrbio é conhecido como *Apraxia Oral* na literatura neurológica clássica. Estamos, sem dúvida, mergulhados na literatura neurológica que aborda o problema na fala e, nessa literatura, recorta-se o cérebro como corpo e a fala como comportamento (DE LEMOS, 1995).

1.3.1. Afasia Motora Aferente e Apraxia de Fala

A AMA possui estreita relação com o que se concebe como a Apraxia Cinestésica em órgãos fonoarticulatórios, ou seja, com a ausência de impulsos aferentes. Afirma-se que lesão em áreas sensoriais do córtex pós-central causa descontrole na execução do movimento²⁴. Na perspectiva de Lúria, a articulação

²⁴ Com a relação a AME, note-se a evidente proximidade com a Apraxia cinética, isto é, a incapacidade de sintetizar os elementos motores em uma melodia sucessiva por lesão nos gânglios da base e áreas pré-motoras. Apesar disso, para Lúria, uma vez que a articulação dos sons em si estaria preservada, não se poderia falar em

entre o sensório e o motor responde pelos processos de codificação e decodificação da linguagem. Desse modo, não seria possível considerar a *desordem apráxica na fala* como um déficit unicamente motor, mas sim sensório-motor (outra diferença com relação à concepção de Apraxia de Fala). Luria dirá que, na AMA, o prejuízo está ligado à seleção dos articulemas, isto é, a esquemas articulatórios gerados nas zonas pós-centrais do hemisfério esquerdo, que são discerníveis a partir de fonemas fixos.

Segundo Luria, a codificação da linguagem está relacionada a um “sistema de finas diferenciações articulatórias necessárias para a pronúncia dos diversos sons distintos” de uma língua (LURIA, 1974, p. 100-101). Se esse sistema gera oscilações discretas de pronúncia, ele deve conservar o significado. O reconhecimento dos fonemas apoia-se em “esquemas generalizáveis” que garantem constância na variação (LURIA, 1974, p. 99)²⁵.

Luria explicita sua aproximação à Roman Jakobson²⁶. Entretanto, sua preocupação maior, como neurologista, é desvendar os “fatores psicofisiológicos encontram-se na base de cada elo responsável pelo surgimento das formas complexas de *alocução verbal*” (LURIA, 1986/1987, p. 216) (ênfase minha). Não se poderia esperar que Luria se dispusesse a elaborar uma teoria fonológica a partir dessa aproximação ao linguista. Seu desejo era movido pelos mistérios do organismo. Desse modo, ele submete o que lê às necessidades teóricas de sua proposta neurológica. Assim, a Apraxia de Fala, perturbação que atinge o aspecto fonético-fonológico da linguagem,

Apraxia. Para Freitas (1997), essa afirmação “não considera o fato de que a AME (ou Afasia de Broca) tem sempre uma Apraxia buco-facial associada, o que faz com que haja uma incoordenação dos movimentos que compõem os segmentos acarretando problemas de ordem articulatória (fonéticos) [...]” (p. 27). Por isso, o diagnóstico diferencial entre Afasia Motora Aferente e Eferente seria tão difícil. Fedosse (2000) compartilha da mesma opinião, embora acredite que a diferença entre os dois tipos não possa ser desconsiderada “em sua totalidade” (p.43).

²⁵ Essa constância sonora, necessária à manutenção do significado das palavras, é garantida pela atividade das estruturas corticais auditivo-articulatórias (enlaces em “U” entre a zona temporal, setores inferiores da zona pós-central e da zona pré-motora [LURIA, 1986/1987]).

²⁶ É preciso considerar a afirmação de Spritzer (1986/1987, p. 08): “Coube a Luria a tarefa de retomar as questões propostas por [Vygotsky e Pavlov] e, desde uma perspectiva linguística fundada em Jakobson, abrir um novo e fundamental campo de estudos dentro da neuropsicologia, que é a neurolinguística”. Contudo, essa posição não é unânime. Kristensen et al. (2001), por exemplo, atribuem à publicação de *Le Syndrome de Désintégration Phonétique dans l’Aphasie*, por Alajouanine, Ombredane e Durand (1939), o ato inaugural da Neuropsicologia e da Neurolinguística. Há, ainda, quem credite a Jakobson o desenvolvimento da segunda.

é incluída no quadro afásico como sintoma que compõe a síndrome afásica. A perturbação deve ser buscada “na alteração das estruturas que desempenham as funções combinadas dos sistemas auditivo-articulatórios” (LURIA, 1974, p. 101) – sistemas, estes, que viabilizam as complexas diferenciações verbais necessárias à sustentação e manifestação do código sonoro de uma língua.

De acordo com Fedosse (2000), essa caracterização dá destaque a Lúria no espaço da Neurologia, pois ela representa um avanço em relação à maneira tradicional de abordar as alterações fonoarticulatórias. Lúria entende tais dificuldades como derivadas “do fato de a linguagem estar alterada em sua condição de organizar a atividade gestual implicada na produção dos fonemas” (FEDOSSE, 2000, p. 43)²⁷. Freitas (1997), por outro lado, acredita que, apesar de essa teorização representar um importante passo em relação às propostas mais tradicionais, a divisão entre Afasia Motora Aferente e Eferente reedita a clássica dicotomia Sensorial/Motor e pouco avança do ponto de vista de uma análise linguística. De fato, como sugeri acima e aqui concordando com Freitas, a linguística fica na sombra porque submetida a um raciocínio organicista.

Freitas afirma que “[...] segundo Lúria, [a Linguagem Interna] estaria afetada na AME, mas não na AMA – que, segundo ele, não seria uma afasia verdadeira, mas uma ‘afasia apráxica’” (FREITAS, 1997, p. 210). A meu ver, a posição de Lúria frente aos problemas apráxicos acompanha seu empenho em articular a Neurologia e a Linguística (LURIA, 1976/1980, 1986/1987), porém, trazendo a linguagem bem alinhavada ao enfoque psicológico de Vygotsky (FONSECA, 2002, 1995; LANDI, 2000, 2006; entre outros).

²⁷ Com base em Vygotsky, Lúria assume o papel mediador da linguagem no que concerne à relação entre o organismo e o mundo e regulador do funcionamento cognitivo-cerebral. Em sua função reguladora, a linguagem ao ser internalizada modifica os processos de análise e síntese corticais, tornando possível: (a) a distinção de estímulos muito finos; (b) a reorganização da memória e (c) a transformação do modo de orientação no espaço e da formação de conexões reflexas – comportamentos voluntários e conscientes que são pré-determinados pela experiência e que passam a ser evocados pela linguagem. Em sua função mediadora com a realidade, “o desenvolvimento da linguagem [faz com que] os mecanismos cerebrais [percam] seu caráter localizado e [adquiram] características sistêmicas completamente novas” (LURIA, 1974, p. 25). Assim, a percepção visual, auditiva, cinestésica, ao se associarem à linguagem, tornam-se resultado de um funcionamento complexo, no qual várias zonas cerebrais trabalham juntas.

Martin (1974), já introduzido neste trabalho, também reconhece o avanço, promovido por Luria, que focaliza o *contínuo entre sensório e motor e seus efeitos na produção da fala*. Contudo, o autor será mais crítico, pois assumirá posição mais radical no que concerne a importância de implicação de um pensamento linguístico. Para falar, sustenta Martin, “*é preciso mais do que os mecanismos motores*” responsáveis pela produção dos sons, pois “*a operação destes mecanismos depende das variáveis ordenadas pelas regras da língua*” (p. 55) (ênfase minha). Por regras da língua, devemos entender “regras fonológicas de uma língua particular”, que impõem os traços distintivos dos fonemas aos movimentos articulatórios, determinando, assim, sua ordenação na cadeia falada. Para ele, a compreensão da fala depende da extração de tais aspectos da onda sonora que atinge a orelha do ouvinte (JAKOBSON & HALLE, 1956, 1963/2003).

Como Luria, também Martin vai a Jakobson (1956), mas a leitura é outra. Martin defende que o mecanismo subjacente à produção da fala deva incluir as operações de seleção e combinação das unidades linguísticas, “independentemente dos mecanismos de inervação da musculatura envolvidos na fala” e, de acordo com ele:

[...] as mesmas operações implicadas no processamento de unidades linguísticas, cujo prejuízo pode ser classificado como afasia, operam na programação de movimentos que produzem o evento linguístico, o fonema” (MARTIN, 1974, p. 56).

Diante disso, o autor conclui que os sintomas apráxicos, descritos pelo grupo de Darley, são, na verdade, “análogos a outros sintomas que são mais obviamente afásicos por natureza” (p. 63). Assim, o elenco de Darley *et alli* é revisto por Martin: (1) a *substituição fonêmica*, conhecida como Parafasia Literal (CRITCHLEY, 1952) é, para Martin, nada mais do que sinal de um prejuízo na seleção, ou seja, na escolha das unidades linguísticas (escolha essa sempre limitada pela possibilidade de substituição de uma unidade por outra em um dado contexto combinatório); (2) o *rompimento da sequência de fonemas*, ou melhor, a dificuldade em ordená-los advém da perturbação da concatenação de unidades que co-ocorrem num contexto linguístico (sendo este último definido sempre pela unidade mais complexa); (3) a *imprevisibilidade dos erros*, por sua vez, não significa “falta de lógica”. Deve-se considerar, diz o autor, o contexto fonético e a interação entre o componente

morfológico e fonológico na determinação das falhas. Enfim, na mesma linha de raciocínio, os *erros antecipatórios e perseverativos* são interpretados como evidência da relação do sistema linguístico com sistemas de *feedback* – o que, para Martin (1974), confirma o equívoco de Darley e seus colaboradores, já que a articulação da fala dependeria de mecanismos perceptuais (ou seja, da possibilidade de *reconhecimento e manipulação das unidades linguísticas*), não sendo possível, frente a isso, descartar problemas dessa natureza na Apraxia de Fala (os tateios e bloqueios devem ser remetidos, segundo Martin, às tentativas dos afásicos de encontrar a palavra).

A análise de Martin surpreende no espaço da discussão sobre a Apraxia porque ele se empenha em sustentar compromisso com a Linguística. Os sintomas “apráticos” são trabalhados sob a premissa de que os diferentes estratos da linguagem são interdependentes (o que lembra Benveniste). Por exemplo, para Martin, tanto a compreensão quanto a produção das unidades linguísticas dependem da interação dos estratos semântico e fonológico da linguagem, sendo as operações de seleção e combinação o palco dessa mútua influência. Evidência disso seria que a percepção dos fonemas muda em palavras e em logatomas²⁸. É por esse motivo que Martin defenderá a concepção de Apraxia de Fala como uma desordem ou perturbação que remete a todo o sistema da linguagem, mais do que um prejuízo isolado dos movimentos motores envolvidos na fala.

É preciso apontar para a concepção de sujeito subjacente à teorização de Martin. Do ponto de vista do autor, “falar implica a *seleção* de certas entidades linguísticas e sua *combinação* em unidades linguísticas de mais alto grau de complexidade” (JAKOBSON, 1954/1988, p. 37). Assim, aquele que fala executa tais operações cognitivas. Essa concepção liga-se ao ponto de vista dos estudos fonético-fonológicos de Jakobson & Halle (1956, 1963/2003): em linhas gerais, há um “acervo fonético universal”, a partir do qual *uma língua* cria um sistema de sons particular²⁹.

²⁸ Palavras sem sentido, porém passíveis de serem pronunciadas.

²⁹ Chamo a atenção, mais uma vez, para o fato de que o termo *língua* comparece aí como *língua particular* (idioma) e não como sistema de leis que rege todo e qualquer exercício da linguagem – a *Língua* (SAUSSURE, 1916/1991).

A função dos sons da linguagem é, em primeiro lugar, distintiva e o falante de uma língua é capaz de reconhecer, no contínuo de uma cadeia acústica, unidades suscetíveis de substituição com outras unidades do mesmo sistema. Martin parece ter ficado por aí frente ao trabalho de Jakobson. Ele certamente não alcança as leis de funcionamento da Língua e sua incidência na fala, tão acentuada em Jakobson (1960) em que há a resignificação das operações dos eixos saussurianos (associativo e sintagmático) em operações metafórica e metonímica. Chegar aí é, também tocar a questão (e as restrições teóricas) do funcionamento solidário e articulado dessas operações *como determinante das diversas manifestações da linguagem*. Chegar até aí importaria a ele, um pesquisador tocado e comprometido com um raciocínio linguístico, a exigência lógica de se interrogar sobre a “seleção” e a “combinação” como operações cognitivas realizadas pelo falante. Esse passo, Martin não dá. Ele permanece com a noção de “‘código’ que implica considerar a existência de ‘unidades’ prévias à disposição do falante” (FONSECA, 1995, p. 87-88).

Por outro lado, ao submeter o estudo dos mecanismos articulatórios a uma reflexão de natureza fonológica, Martin destaca que a desordem nos “gestos articulatórios” pode ser explicada por uma teoria não-organicista em sentido estrito – afinal, em foco estão *Apraxias de fala* e não articulações motoras quaisquer. Foi a partir dessa argumentação que ele sugeriu a substituição do nome “Apraxia de Fala” por “Distúrbio Fonológico Afásico”, já que a produção da fala não poderia ser tratada como um gesto puramente motor, mas sim como um evento linguístico. Segundo Martin, a *parafasia literal* e a *perturbação da sequencia de fonemas* são consideradas as duas maiores características sintomáticas do quadro³⁰.

Numa tentativa de refutação às críticas e ideias de Martin (1974), Aten, Darley, Johns & Deal (1975) publicam na mesma revista uma réplica, em que insistem no uso da expressão “Apraxia de Fala” e defendem sua aplicação clínica. Os autores procuram fundamentar seu ponto de vista num argumento de autoridade, alegando que Broca (1861), Liepmann (1900, 1920), Wepmann (1955), Bay (1964), Schuell, Jenkins & Jimenez-Pabon (1964) e muitos outros autores, já haviam

³⁰ Há uma extensa bibliografia linguística voltada para os ‘desvios fonológicos’ e/ou fonéticos à disposição. No Brasil são expressivos os trabalhos de pesquisadores do Sul do país. Esta vertente foi introduzida por Yavas e desenvolvida por Regina Lamprecht, que formou vários estudiosos do tema.

comprovado que “não somente o comportamento de fala, mas também a resposta à terapia distingue pacientes apráxicos e afásicos” (p. 416). Para eles, a hipótese de Martin não abrange fatos clínicos – basicamente: o fato de que, na clínica, nem todos os afásicos apresentam distúrbio fonológico e o fato de que há casos que não apresentam problemas na compreensão. Os autores assinalam, ainda, que a exclusão da disartria do escopo de trabalho de Martin (mais ligada a processos periféricos do funcionamento muscular) torna o modelo, por eles proposto, mais verossímil porque prevê a indistinção entre central e periférico - qualquer nível poderia, portanto, ser atingido, por tratar-se de

um sistema interconectado, inter-relacionado e interdependente divisível em níveis de complexidade: nível do neurônio motor inferior, nível vestibular-reticular, nível do neurônio motor superior, nível cerebelar, nível da programação conceitual e da formulação integrativa (ATEN *et al*, 1975, p. 417),

Em resposta, Martin (1975) declara que a exclusão da Disartria de sua discussão teve o intuito único de acompanhar a separação entre Afasia, Apraxia de Fala e Disartria, sugerida pelo próprio grupo de Darley. Ele sustenta *nunca haver se deparado com um quadro clínico puro* de qualquer tipo, tendo sido este o motivo para o seu questionamento da validade do método de observação e para a insígnia “Apraxia de Fala”. Diz o autor: “‘fatos’ eliciados da observação dependerão dos métodos de observação e do observador” (MARTIN, 1975, p. 420). Para ele, o método utilizado para o estabelecimento da Apraxia de Fala *falha em comprovar a hipótese de um distúrbio exclusivamente motor* e, com isso, sua separação de outras entidades clínicas. Tarefas como leitura em voz alta e repetição – atividades privilegiadas pelas pesquisas – abrangem, na verdade, aspectos perceptuais e linguísticos: para repetir uma palavra, diz ele, a pessoa deve dissecar o som a fim de identificar/diferenciar fonemas, ou seja, supõe-se que ela perceba os traços distintivos dos fonemas e recorra à memória. Dificuldades de repetição, desse modo, denotariam problemas para além da programação motora.

Martin tem, nesta parte de minha tese, um papel importante porque ele aponta para o outro lado da moeda das “Apraxias de fala”, qual seja, a possibilidade de virar o discurso, de privilegiar argumentos linguísticos – argumentos que são desenvolvidos por fonologistas e foneticistas e também por fonoaudiólogos que

fizeram da fala e dos problemas de pronúncia sua questão maior. Martin ilumina, na discussão que sustenta com neurologistas e neuropsicólogos, o apagamento total de um raciocínio linguístico nos aportes teóricos da conceituação de Apraxia de Fala. Sendo assim, a despeito de qualquer crítica que se venha a fazer, ou que se deva tecer, acerca da posição de Martin, devemos concordar quando ele diz que “o termo ‘Apraxia de Fala’ é resquício de modelos médicos (...) que têm influenciado fortemente a área da Fonoaudiologia” (MARTIN, 1975, p. 422). Sob esse tipo de raciocínio as falas ditas patológicas são, via de regra, vistas apenas como *sinal observável* de complicações em domínios como o orgânico, o cognitivo ou o emocional (LIER-DEVITTO, 2003, 2010; FARIA, 2003; CATRINI, 2005; entre outros). Elas não suscitam inquietações teóricas, nem convocam uma teorização sobre a linguagem e/ou sobre o corpo falante – a reflexão sobre a Apraxia de Fala não escapa a essa tendência, como procurei mostrar ³¹.

A discussão sobre a natureza exclusivamente motora ou essencialmente simbólica da Apraxia de Fala também é alvo de pesquisadores ligados à Neurolinguística Discursiva (ND), desenvolvido no Instituto de Estudos da Linguagem/UNICAMP. Esta vertente foi inaugurada por Coudry, M.H. (década de 1980) e desenvolvida em trabalhos como os de Coudry & Possenti (1983), Coudry (1986/88) e Coudry & Morato (1990). A reflexão organiza-se em torno de “categorias teóricas da Linguística de tradição discursiva e às categorias da Neuropsicologia de tradição luriana” (QUEIROZ, 2006, p. 19). A ND considera que a Apraxia de Fala “[...] seria indubitavelmente, um problema linguístico, de nível fonético, isto é, o termo práxico, neste caso, seria não apenas desnecessário, mas inapropriado” (FREITAS, 1997, p. 209). Seria impróprio porque os trabalhos dessa esfera teórica recusam a “redução da linguagem a seu aspecto motor” (FEDOSSE, 2000, p. 13). Nesta vertente, *praxia* remete a *gesto* e, enquanto tal, possui valor simbólico como fruto de um processo de construção/negociação ocorrido em práticas sociais, ou melhor, na interação³².

³¹ A relação entre a Fonoaudiologia e a Medicina e sobre as consequências da apropriação irrefletida de concepções médicas sobre a fala/linguagem na constituição de um campo clínico, que se pretende singular, foram longamente discutidas no âmbito do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, criado por Maria Francisca Lier-DeVitto e liderado, desde 2002, por ela e pela Dra. Lúcia Arantes (CNPq, LAEL/PUCSP).

³² Nesse ambiente conceitual, o *gesto articulatório*, que produz a fala, revela o aspecto fônico/fonético da linguagem em sua relação com os diferentes estratos linguísticos (fonológico, sintático, semântico e pragmático),

Rodrigues (1989/1999) alega que em alguns tipos de Apraxia, nas quais o gesto está intimamente ligado a significados sociais, como por exemplo, fazer o sinal da cruz, instaura-se o “problema do significado do ato motor” e do “pensamento simbólico nas Apraxias” (p. 112). Quer dizer, o corpo passa a interrogar – o corpo pode ser pensado como corpo falado, que fala. Também, se não diminuirmos o fato de que há necessidade de adaptação do programa motor ao contexto de ação, podemos admitir que, no interior mesmo de aportes neurológicos ou neuropsicológicos, há margem para a imprevisibilidade do motor, o que deixa aflorar uma interrogação sobre sua determinação.

Procurei, neste capítulo, introduzir tendências, divergências e controvérsias que caracterizam a história e o campo de estudos da Apraxia. Um grande número de pesquisadores e clínicos viu-se e se vê mobilizado pelo reconhecimento desses fenômenos inquietantes. Procurei mostrar a forte presença do raciocínio médico no tratamento da Apraxia de Fala. Apraxias têm manifestação no corpo e “corpo” é, por tradição e direito, objeto (exclusivo) do campo da Fisiologia e da Patologia – justifica-se, sem dúvida, a força dessa discursividade que, como também tratei de indicar, opera no domínio da divisão filosófica mente/corpo – melhor entendido, da relação entre razão/cognição e corpo/organismo. Quando um raciocínio linguístico ganha volume (porque afinal é de fala que se trata), surge conflito entre discursividades (como vimos com Martin) ou um empenho de articulação entre saberes (caso do Grupo da ND do IEL). O que parece ser constante em todos os trabalhos é a sustentação da oposição mente-corpo. Nesse enquadre, o grande mistério diz respeito a “como as praxias são constituídas”, ou melhor, a “como o corpo passa a obedecer ao comando da mente”. Piaget é mestre no assunto e com ele procuraremos compreender no que o conceito de praxia se relaciona a esse estado de coisas no campo da patologia.

refletindo processos de significação que envolve a articulação de aspectos sócio-históricos, antropológicos e culturais determinantes do discurso e de toda e qualquer atividade gestual.

Capítulo II

Praxia

Apraxia:

Desordem da execução do movimento *aprendido*, que não pode ser explicada por fraqueza, descordenação, perda sensorial, incompreensão ou desatenção aos comandos (GESCHWIND, 1975, p. 188) (ênfase minha).

Desordem neurológica da habilidade do movimento *intencional aprendido* que não é explicado por déficit do sistema motor elementar ou sensitivo (ROTHI & HEILMAN, 1997, p. 03) (ênfase minha).

Prejuízo do movimento *voluntário* e *intencional*, que não pode ser atribuído a defeito ou fraqueza muscular (LESSER, 1975/1978/81, p. xi) (ênfase minha).

Embora “apraxia” corresponda à negação ou ao inverso de “praxia”, segundo Fedosse (2000, 2009), os incontáveis estudos sobre apraxias, no campo da Neurologia, Neuropsicologia e Neurolinguística, pouco dizem acerca da conceituação das praxias. Nesses espaços discursivos, praxia é definida genericamente “como uma das chamadas funções superiores ou, em termos neuropsicológicos, como um dos processos cognitivos, psíquicos ou, ainda, processos mentais” (FEDOSSE, 2009, p. 132).

Como vimos no capítulo anterior, no âmbito da Patologia, a reflexão fica voltada para o *distúrbio apráxico*. É no campo da Psicologia do Desenvolvimento que *praxia* ganha estatuto de problema. Ali, a ação ganha enfoque teórico de peso e Piaget (1896-1980) é, sem dúvida, seu maior expoente. Este autor³³ empenhou-se em oferecer uma explicação consistente para a passagem da ação para a operação – ou melhor, para a construção das operações cognitivas humanas -, partindo da certeza de que a constituição de um aparato cognitivo/mental ancora-se em capacidades biológicas que determinam o modo da criança de agir sobre o mundo.

Estando a ação em perfeito destaque em sua obra, não é de se estranhar que parte de seu extenso e robusto trabalho tenha sido dedicada ao estudo do desenvolvimento das praxias na infância, ou melhor, das condutas (gestos

³³ Piaget apresenta uma extensa obra com publicações entre 1921 e 1972, aproximadamente.

apropriados). Faço referência especial ao seu artigo intitulado: As praxias na criança, publicado na *Revue Neurologique*³⁴. Foram convidados especialistas renomados, como Hécaen, Ajuriguerra. Nela, discutem-se os dilemas e mistérios envolvidos nas *apraxias* - a Piaget coube uma reflexão sobre as *praxias*. Tem-se, aí, a autoridade atribuída a Piaget sobre o tema - detenho-me, um pouco, nas considerações desse autor.

Praxias são ações, define Piaget, “não são movimentos quaisquer, mas **sistemas de movimentos coordenados em função de um resultado ou de uma intenção**” (PIAGET, 1960/1983, p. 242) (grifo meu). Vê-se, assim, com Piaget e com os gregos³⁵, que praxia é ação e agir implica uma finalidade, significa *mover o corpo com um propósito*. Não é diferente o que se encontra na Filosofia desde seus primórdios. Aristóteles diz: “[a ação] é o processo e, ao mesmo tempo, o resultado de atuar, sendo atuar ‘consequência de uma escolha deliberada’” (MORA, 2001, p. 11). Se levarmos em conta tal afirmação, veremos que a ação/praxia apresenta ainda outra característica fundamental: além de ser uma atividade intencional, determinada por um objetivo ou por uma meta a ser alcançada, é um ato de vontade de um sujeito. Na verdade, não se deveria esperar outra coisa: a figura de sujeito iluminada no texto piagetiano está (como se sabe) em perfeita harmonia com o ideal da razão, que é definatório da esfera da Filosofia - a ciência, herdeira direta desse domínio, não desviou-se desse ideal. Compreende-se, portanto, que não haja deslocamentos nocionais entre Filosofia e Ciência a esse respeito. “Normais” são praxias (intencionais, voluntárias, ajustadas do ponto de vista social). Patológicas são as *apraxias* (involuntárias).

É amplamente conhecida a convicção de Piaget de que “a criança tem condições de, por si só, por meio da ação, edificar seu pensamento” (LIER-DEVITTO, 1994/1998, p. 29). Nessa direção, o autor argumenta:

Na presença de um fenômeno físico, a compreensão só começa transformando os dados para dissociar os fatores e fazê-los variar

³⁴ O artigo foi publicado em 1960, no volume 102, número 6.

³⁵ A palavra praxia deriva “do grego *prâksis, eós*” (HOUSSAIS, 2010): “a uma tarefa, transação ou negócio, ou seja, à ação de levar algo a cabo” (MORA, 2001, p.577).

separadamente, o que consiste não em categorizar, mas em agir para produzir e para reproduzir. Mesmo em geometria pura, o saber não consiste em descrever figuras, mas em transformá-las até poder reduzi-las em “grupos fundamentais” de transformações. Numa palavra, “no começo era ação”, como dizia Goethe, e depois veio a operação! (PIAGET, 1960/1983, p. 255).

A citação acima resume bem o cerne da perspectiva piagetiana. Piaget determina que a transição da ação à operação acontece ao longo de dois grandes períodos psicogenéticos sucessivos:

[...] o das ações sensório-motoras, anteriores a qualquer linguagem ou a toda conceptualização representativa e o das ações completadas por estas novas propriedades, a propósito das quais coloca-se, então, o problema da *tomada de consciência dos resultados, intenções e mecanismos dos atos*, isto é, de sua tradução em termos de pensamento conceitual” (PIAGET, 1970/1983, p. 07). (ênfase minha)

Depois disso, Piaget declara que todos os problemas clínicos da Apraxia encontram-se, “direta ou indiretamente”, ligados a problemas psicológicos relacionados a esses dois períodos do desenvolvimento, podendo ser agrupados sobre “três aspectos principais”: quanto ao modo próprio de coordenação (interna ou externa) das praxias; (2) quanto à relação das coordenações práxicas com a inteligência e (3) quanto à sua relação com a função simbólica (PIAGET, 1960/1983, p. 242).

No nível sensório-motor (sem linguagem), o autor dirá que os problemas relacionados aos itens (1) e (2) acabam imbricados porque:

as coordenações práxicas são pouco a pouco governadas por uma inteligência exterior a elas (seria então necessário procurar em que consiste essa inteligência) ou, pelo contrário, “seria a inteligência sensório-motora nada mais do que a coordenação mesma das ações?” (PIAGET, 1960/1983, p. 242).

Quanto ao item 3, com a instituição da função simbólica (da qual o termo essencial é a emergência da linguagem), a questão deve ser direcionada pela preocupação com a relação entre *praxias e inteligência representativa*. Note-se que os movimentos reflexos globais tornam-se, gradualmente praxias – sua organização interna vai sendo restringida pelo encontro com a exterioridade e será, por um

tempo, regulada por ela até que passem a ser comandadas por regulação interna (cognitiva). Lembremos que, ainda no período sensorimotor, há uma revolução (Lier-DeVitto, 1998), qual seja: de início, o *motor vem em primeiro plano* (ações são organizadas, tentativamente, por incitação de estimulação externa); já, num segundo tempo, o *sensorial passa a comandar as ações* (os fins/objetivos determinam os meios motores para alcançá-los).

Uma primeira observação merece ser feita: a passagem para o estado (3) em que operações internas/cognitivas entram em vigor, a linguagem comparece como “linha de corte” e introduz uma espécie de contra-senso, quer dizer: do ponto de vista das praxias e de seus distúrbios, a teoria que destitui a linguagem de seu papel constitutivo, acaba por destacá-la como marco divisório das duas grandes fases do desenvolvimento. Há um *antes* e um *depois da linguagem* que faz diferença. Isso é reconhecido, mas fica em aberto, inexplorado, a natureza da vinculação que as praxias teriam com a linguagem.

Piaget (1960/1983) define as praxias (ou ações) como sistemas de movimentos coordenados, que não podem ser confundidos nem com os movimentos parciais que os compõem e nem com movimentos reflexos. Tratam-se de coordenações internas, i.e., de *esquemas*, em que vários movimentos parciais articulam-se num gesto total - formando, portanto, uma praxia. Há coordenações mais complexas, de ordem superior – aqui, estamos frente a concatenações de duas ou mais praxias. Vemos, portanto, que praxias são esquemas e não atos isolados.

Para o autor, tais coordenações têm um curso, passam por diferentes estágios ainda no período sensório-motor:

- Estágio 1: Alguns reflexos complexos dão lugar a uma espécie de exercício e de consolidação interna formando esquemas de ação, isto é, estruturas da ação, que se repetem e são aplicadas a diferentes situações³⁶.

³⁶ “Estruturas gerais das ações, se conservando durante as repetições, se consolidando pelo exercício e se aplicando a situações que variam em função das modificações do meio” (PIAGET, 1960/1983, p. 243).

- Estágio 2: As primeiras praxias surgem quando novos elementos são acrescentados a esses esquemas de ação (como por exemplo, sugar o polegar entre as mamadas), formando, assim, as *primeiras coordenações internas*.
- Estágio 3: A realização de uma espécie de exercício motor, somada a certa maturação neurofisiológica (mielinização do feixe piramidal), leva à *coordenação entre visão e preensão*. Essa coordenação marca a possibilidade da criança pegar intencionalmente objetos que apareçam no seu campo visual³⁷, o que permite o surgimento de novos esquemas de ação e sua reprodução.
- Estágio 4: A criança passa, então, a coordenar esquemas já conhecidos para atingir um determinado fim/objetivo. Há ampliação dos esquemas e *coordenações externas entre praxias*.
- Estágio 5: Em função da experiência, os esquemas de ação que compõem essas coordenações externas passam a ser diferenciados. Tal diferenciação indica que *meios de solução de problemas* são descobertos a partir de imprevistos impingidos pela experiência.
- Estágio 6: Com a maior flexibilidade das coordenações externas, temos o *início da interiorização das ações* e surgem assim as invenções de novos meios para a solução de problemas (insights, nas palavras de Piaget).

É importante observarmos que esses estágios destacam uma característica fundamental das coordenações práxicas – o fato delas não serem inatas, mas sim adquiridas - segundo Piaget, através de “experiências individuais, de educação num sentido mais amplo (com castigos ou exemplos, etc.) ou de processos internos de equilíbrio” (PIAGET, 1960/1983, p. 242). Para ele, tais coordenações de movimentos se realizam mediante o “esquematismo assimilador” (p.242). Explico: a

³⁷ A intencionalidade envolvida aí comporta também uma escolha – ao relaxar a mão, a criança pode renunciar segurar o objeto.

formação de uma praxia decorre da necessidade de adaptação do organismo a situações impostas pelo meio. Essa adaptação envolve os dois pólos da ação: assimilação e acomodação. Importante é sublinhar que a acomodação é acomodação a um esquema já assimilado – não fosse assim, esta proposta em nada diferiria do comportamentalismo.

Desse modo, a organização de um esquema de ação resulta tanto das ações do indivíduo, que são reguladas pela assimilação, quanto da experiência adquirida: decorrente da acomodação do objeto aos esquemas existentes. Ao ser assimilado, o objeto ganha “significação prática” (PIAGET, 1960/1983), ou seja, é inserido em um esquema de ação³⁸. Como bom cognitivista, do ponto de vista piagetiano *a assimilação é a fonte dos esquemas de ação*³⁹. Piaget postula, portanto, uma *inteligência puramente sensório-motora, anterior à linguagem e ao pensamento*, cuja origem encontra-se neste mecanismo assimilador. *Tal inteligência é aquela que corresponde à “coordenação dos meios para atingir certo fim, que não é acessível de maneira imediata”* (PIAGET, 1972/1983, p. 216), como vimos acima. Dito de outro modo, *ela é a própria praxia*⁴⁰. É nesse sentido que “as praxias sensório-motoras esboçam as estruturas dos conhecimentos ulteriores” (p. 246), isto é, preparam noções futuras de espaço, tempo, causalidade, conservação e deslocamento.

No campo da Patologia, Piaget dirá que tal proposição levanta uma questão a respeito da interpretação das ditas Apraxias Ideomotoras – aí, ele é brilhante! Piaget interroga: se não há uma inteligência exterior e superordenada em relação à praxia (que é uma inteligência sensório-motora, prática), como sustentar que a dificuldade esteja na associação entre um plano ideacional e a ação

³⁸ Assim, temos que “o estímulo do ‘polegar’ não desencadeia a resposta ‘sugar’ a não ser que se revista de uma significação em função do esquema dessa resposta, quer dizer a não ser que seja assimilado como objeto a sugar” (PIAGET, 1960/1983, p. 245).

³⁹ É preciso dizer, por outro lado, que se o período de formação das praxias elementares é regido pela necessidade de adaptação do organismo ao meio, ou como diz Lier-DeVitto (1994/1998, p. 34), é ditado por um “esforço de adaptação”, a inteligência nesse tempo do desenvolvimento é prática e visa o equilíbrio entre o mecanismo de assimilação e acomodação.

⁴⁰ É isso o que se veria a partir do quarto estágio do período sensório-motor. A coordenação externa entre as praxias mostra, segundo Piaget, “a subordinação dos meios aos fins” (PIAGET, 1960/1983, p. 246), o que já constituiria um ato de inteligência.

propriamente dita? *Por aí, o paralelismo corpo-mente é questionado.* Na perspectiva de Piaget, a inteligência se constrói junto com a ação e não antes dela. *Reitero, porém, que, se um rasgo de excelência se inscreve nessa pergunta, ela não franqueia a introdução de uma reflexão sobre a participação da linguagem na construção das praxias* – devo frisar que dela a linguagem fica de fora. Entretanto, como disse acima, enquanto fronteira, linha divisória do desenvolvimento, a linguagem impõe um “antes” e um “depois” que não deveria ser negligenciado.

Piaget sustenta que a interiorização da ação (iniciada no sexto e último estágio do período sensório-motor, ou seja, no período anterior à linguagem) prenuncia a emergência da linguagem - gestos simbólicos no corpo (como no famoso exemplo do “abrir a boca” como representação do “abrir a caixa de fósforos”) seriam, portanto, índices de que a cognição se prepara para a linguagem (que está pela/ por outra coisa):

[...] Uma de minhas crianças, para atingir um objetivo localizado numa caixa de fósforos apenas entreaberta, começa por tatear de várias maneiras (condutas do quinto estágio), depois de uma pausa, [...] ela enfia o dedo nessa fenda e resolve o problema. [...] Olhando a fenda, que estava necessária ser aumentada, *essa criança abriu e fechou a boca várias vezes*, não porque o objeto tratado era para ser comido (ela tinha visto que se tratava de um dado), mas verdadeiramente *para simbolizar a solução procurada* (aumentar a abertura) (PIAGET, 1960/1983, p. 244) (ênfases minhas).

A linguagem está “prevista” na diferenciação anunciada entre significados e significantes, que permitirá à criança poder desgrudar-se do momento/tarefa atual; da percepção e ação imediata. Mas, na visão de Piaget, “simbolizar” aproxima-se de “representar” - a linguagem forneceria as formas (sinais e significantes) que se comporão com significados primeiramente apresentados pela ação. De fato, o autor atribui à função simbólica papel essencial na interiorização das ações, que implica a “reconstrução de um real no plano do pensamento” (PIAGET, 1960/1983, p. 247), o que nos leva à etapa do desenvolvimento em que a representação vigora.

Esse passo em direção ao *pensamento representativo* e à *função simbólica* só é possível porque há o *relaxamento do esforço de adaptação*, que flexibiliza as coordenações dos esquemas de ação. De acordo com Piaget

(1960/1983), as coordenações externas (coordenações entre as praxias) são nada mais do que esquemas assimilando-se reciprocamente, testemunhando, com isso, a dissociação dos mecanismos de ação – isto é, “a assimilação se [libertando] da exigência externa de acomodação e esta, conseqüentemente, [tomando] rumo próprio” (LIER-DEVITTO, 1994/1998, p. 37). Nisso, tem início um jogo de equilíbrio/desequilíbrio, no qual se vê ora a primazia da assimilação (de onde emergem assimilações livres das exigências externas da realidade), ora a prevalência da acomodação, da qual decorrem a imitação e a linguagem (LIER-DEVITTO, 1994/1998) – territórios da função simbólica.

A imitação em especial resulta da acomodação do esquema interno a um modelo. Ela assegura a passagem do nível sensório-motor ao pensamento representativo, preparando o aparato cognitivo para o simbolismo necessário à representação⁴¹. Vale dizer que, na mesma época, em torno de 1 ou 1 ½ e 2 anos, a imitação também leva a criança à aquisição da linguagem – o principal sistema de sinais sociais. A linguagem ganha um papel no processo de significação – o de expressar a evolução do pensamento. Note-se que a linguagem, e tudo que está relacionado à função simbólica, estão submetidas, na verdade, ao mecanismo cognitivo da assimilação e acomodação (LIER-DEVITTO, 1994/1998).

O estabelecimento da função simbólica marca, assim, a entrada da criança no pensamento representativo e a *regulação de esquemas práxicos por operações internas, cognitivas*⁴².

⁴¹ O desenvolvimento da imitação acompanha os estágios sensório-motores. Como vimos, no sexto estágio, já aparece uma gestualidade que acompanha a ação – um prelúdio da representação.

⁴² Cabe dizer quanto a isso que se articula às operações mesmas: ações interiorizadas “reversíveis” e coordenadas em estruturas operatórias bem definidas. Piaget fala em estruturas operatórias. Por estrutura, o autor compreende “um sistema de transformações que comporta leis enquanto sistema (por oposição às propriedades dos elementos) e que se conserva ou se enriquece pelo próprio jogo de suas transformações, sem que estas conduzam para fora de suas fronteiras ou façam apelo a elementos exteriores” (PIAGET, 2003, p. 8). No caso das operações um exemplo parece bastante elucidativo: “[...] a adição é uma operação que comporta o inverso (a subtração) e [forma] um sistema das adições e subtrações [que] comporta leis de totalidade” (PIAGET, 1960/1983, p. 248). A adição é, portanto, uma operação por ser reversível e por obedecer a leis de grupo (por pertencer a uma estrutura).

Segundo Piaget (1960/1983), a dupla característica do pensamento representativo (figurativo e operatório)⁴³ traz outro problema com relação à Apraxia, qual seja, *dissociar aquilo que é efeito do aspecto figurativo e o que é efeito do aspecto operativo* para que se possa dizer o quê, numa apraxia, é da inteligência ... “só depende da função simbólica” (PIAGET, 1960/1983, p. 248)⁴⁴. Note-se que a relação entre as praxias e a função simbólica é tomada não com referência aos aspectos operativos, mas sim sob os aspectos figurativos da representação. Fica claro, desse modo, o papel acessório atribuído ao simbólico na teorização piagetiana. A função simbólica facilita e reforça a interiorização das ações, ou seja, o surgimento das operações e a entrada nos níveis operatórios do pensamento, nos quais se vê a diminuição da função constitutiva das praxias. Elas passam a serem analisadas pela ótica das operações, como se nota abaixo:

1. Nível pré-operatório: se caracteriza pela predominância do aspecto figurativo da representação – a criança analisa e procura resolver um problema a partir de sua configuração (por exemplo, ao mudar um líquido de um recipiente para outro mais alto e mais fino, a criança acreditará que a quantidade do líquido aumentou porque seu nível aumentou no novo recipiente);
2. Nível das operações concretas: operações limitadas à manipulação de objetos e que não comportam manejo verbal no plano hipotético-dedutivo. Nesse estágio, trata-se de praxias operatórias.
3. Nível das operações formais: já aos 11-12 anos de idade, a criança apresenta operações proposicionais (formais) que podem funcionar além de qualquer manipulação de objetos. Nesse ponto, as operações não têm relação com as praxias.

⁴³ A função simbólica leva à representação, esta, por sua vez, apresenta dois aspectos principais. O aspecto figurativo, que se dirige à configuração, ao feitiço daquilo que é representado, estando sempre ligado à percepção e à formação da imagem mental, ou seja, ao simbolizante. E o aspecto operativo, que é relativo às transformações operadas sobre o objeto, as quais podem, ou não, serem executadas simbolicamente – referindo-se, portanto, ao simbolizado.

⁴⁴ Com relação ao quadro sintomático da Apraxia Construtiva, por exemplo, o problema se coloca da seguinte maneira: as desordens espaciais dizem respeito à percepção, que remete ao aspecto figurativo da representação, ou às operações espaciais múltiplas, que dizem do aspecto operativo do pensamento representativo?

Em suma, capacidades biológicas da espécie fornecem as bases para o desenvolvimento cognitivo: a ação humana é dotação, ou seja, só ela comporta mecanismos de assimilação e acomodação, que levam à representação e à linguagem. Nessa trajetória, após o período sensório-motor, no qual há a vigência de uma *inteligência essencialmente prática* (sensório-motora), seguem os níveis operatórios do pensamento, nos quais a representação já opera. Será a função simbólica que permitirá a ultrapassagem dessa inteligência fundamentalmente prática. A função simbólica é alavancada pelos mecanismos de equilíbrio da inteligência: quando a acomodação e assimilação se distinguem, a ação pode surgir da imitação (do outro). Piaget assume que há uma *continuidade entre a inteligência prática (prática) e uma inteligência propriamente cognitiva* – há parentesco entre praxia e gnosis, portanto. O mesmo não pode ser dito, como procurei indicar, no caso do funcionamento simbólico. Ele cria um antes e um depois ... estabelece descontinuidade. Mais importante do que mostrar que a linguagem faz corte no tempo e no desenvolvimento da cognição, interessa assinalar seu papel acessório – de expressão e de comunicação. “Funções” entram em causa – nunca um “funcionamento” participante da construção cognitiva (LIER-DeVITTO, 1998).

2.1. Sobre as praxias, o corpo e o sujeito

Piaget interessou-se pelo *desenvolvimento intelectual da criança*, nele incluindo, como etapa aquela em que emerge função simbólica que é, nos moldes propostos por ele, decorrente de operações específicas dos mecanismos cognitivos de equilíbrio, regulados pela assimilação e acomodação. Interessa-me sublinhar que tais mecanismos dizem respeito a operações cognitivas, enraizadas no funcionamento orgânico – a ação humana tem dois mecanismos adaptativos: assimilação e acomodação. De fato, segundo Piaget, “desde a configuração genômica até os mais complexos níveis de comportamento cognitivo”, ancoram-se nele: a busca pelo equilíbrio/harmonia entre o interno e o externo derivam de condições e predisposições orgânicas. A fonte biológica que, aliás, se faz presente desde os primeiros momentos do desenvolvimento: (1) nos movimentos reflexos que

dão origem aos primeiros esquemas de ação e (2) na afirmação de que as coordenações práxicas *não estão* lá desde o começo - pelo contrário, elas “pressupõem as coordenações nervosas” em primeiro lugar (PIAGET, 1970/1983, p. 38).

A assimilação não é senão o prolongamento, no plano do comportamento, da assimilação biológica no sentido largo, toda reação do organismo ao meio consistindo em assimilá-lo às estruturas desse organismo; assim como, quando um coelho come couve, ele não se transforma em couve mas pelo contrário a couve se transforma em coelho, assim também em toda ação ou praxia, o sujeito não é absorvido pelo objeto, mas o objeto é utilizado e “compreendido” como relativo às ações do sujeito (PIAGET, 1960/1983, p. 245).

Acomodação [...] por analogia com o que os biólogos chamam “acomodados” quer dizer as variações fenotípicas distintas das características genotípicas (PIAGET, 1960/1983, p. 251).

Essas duas citações são suficientes para mostrar que a proposta piagetiana, em sua extrema solidez teórico-argumentativa, não recua o dualismo corpo-mente, mas faz corpo, no espaço da Psicologia, ao que pudemos mostrar nas vertentes do campo da Neurologia. A relação organismo-cognição, embora menos à mostra, é base de sua teorização. De acordo com Lajonquière (1992/2004), ao ser confrontado com o problema da afetividade no processo de desenvolvimento, Piaget (1978) é categórico:

[...] Meu problema está no conhecimento, *eu não tenho razões para me ocupar de problemas afetivos*, mas não é por discordar, é por distinção, diferenciação de interesses. Eles não são meu domínio e, de maneira geral, eu não tenho vergonha de dizer, eu me interesso pouco pelos indivíduos, pelo individual – eu me interesso pelo que é geral no desenvolvimento da inteligência e do conhecimento. A Psicanálise é, por essência, uma análise das situações individuais, dos problemas individuais (BRINGUIER, 1978 *apud* LAJONQUIÈRE, 1992/2004, p. 120-121).

A honestidade intelectual de Piaget o leva a fazer a declaração acima. Isso importa porque, na clínica (psicanalítica ou de linguagem) é do singular que se trata. Certamente que o inconsciente é postulação de uma condição humana universal, mas como se assume que a teoria é “não toda”, há sempre um resto

singular que interroga na clínica. Piaget atém-se ao que há de comum entre os sujeitos. Como vimos, ele fica com o sujeito epistêmico – interessa-lhe o advir da consciência, do raciocínio, do conhecimento.

Não é só “o indivíduo, o individual” que interessa pouco a Piaget. Vejamos o que ele diz sobre seu interesse pela linguagem, num momento em que sua obra já estava consolidada e suas convicções assentadas:

Teria sido melhor que tivessem pedido essa apresentação há quarenta anos, quando das minhas primeiras obras, numa época em que acreditava nas relações estreitas entre a linguagem e o pensamento, e pouco mais estudava que o pensamento-verbal. Desde então, o estudo da *inteligência sensório-motora anterior à linguagem...* [levou-me a] ver que existe uma lógica de coordenação das ações que é mais profunda do que a lógica vinculada à linguagem vinculada à linguagem e muito anterior a das proposições, em sentido estrito (PIAGET, 1973, p. 640) (ênfase minha).

Como bem assinalou Lier-DeVitto (1994/1998), a linguagem vem “depois”, é tributária da inteligência sensório-motora – vem depois... não participa de sua instituição. Os dois desinteresses de Piaget montam um quadro em que, nem a linguagem, nem o singular interessam.

Podemos apresentar, depois da montagem desse quadro e das declarações de Piaget, o quê deve ser retirado de fundamental desta teorização a respeito das praxias. Piaget chama atenção para a *complexidade do movimento (praxias não são movimentos isolados)* e para o *controle crescente do corpo por operações cognitivas*. Nas palavras de Ajuriaguerra (1975): “O corpo, como ponto de referência, existe unicamente na medida em que o sujeito o possui” (V-VI).

Para Piaget, a linguagem não é mais do que uma das funções simbólicas e, sendo assim, ela não poderia, mesmo, “implantar-se no corpo” e ter papel de determinação de praxias. Digamos que a linguagem é materialidade externa que veicula conteúdos internos construídos antes (ou fora) dela (De Lemos, 1982). Sob um olhar como este, praxias são movimentos *aprendidos, intencionais e voluntários*, como nos diz Piaget.

Bem, neste ponto, podemos trazer à luz a direção teórica sobre o corpo e o sujeito que afeta a reflexão que se desenvolve nesta tese: a Psicanálise. De acordo com Chemama (2007), já em “A interpretação dos sonhos” (1900) Freud não tomava o símbolo como uma espécie de código autônomo, pelo contrário, era “*por meio da linguagem* que ele o interpretava” (p. 351). Numa direção mais radical, Lacan retira este “sentido da obra de Freud” e, sob o impacto da Linguística saussureana, a relevância da linguagem aparecerá escrita com todas as letras. Lacan afirma ser “o mundo das palavras que cria o mundo das coisas” (LACAN, 1953/1966) e que é a linguagem que *captura* o “falasser”. As praxias são efeitos da “implantação do significante no corpo” (Fontaine, 2002). Temos, assim, uma *inversão* do sentido do vetor na relação entre mundo e linguagem, uma inversão tão radical que não será sem consequências teóricas profundas. Em termos bastante gerais, podemos dizer que a partir do ensinamento de Saussure (1916), Lacan enuncia que linguagem não é nomenclatura (ela é mais do que função expressivo-comunicativa) – ao invés de reduzida a uma “função simbólica”, ele falará em “funcionamento simbólico”⁴⁵. Bem, se a linguagem é uma das funções simbólicas na obra de Piaget, se a linguagem não o levou a considerá-la como especial nesse conjunto e, além de tudo, se ele *não acredita*, como declarou, “nas relações estreitas entre a linguagem o pensamento” (PIAGET, 1973, p. 640), como supor que as *praxias* ou as *apraxias de fala* pudessem receber consideração particular de Piaget?

⁴⁵ Recomendo fortemente a leitura da primeira parte do livro de Lier-DeVitto (1994/1998) em que se tem uma leitura definitiva, como se diz, de Piaget e de Vygotsky.

CAPÍTULO III

Corpo Falado, corpo falante

3.1 Da mesa de dissecação para o divã: da praxia ao gesto

Vimos que, na obra de Piaget (assim como nos trabalhos da Neurologia e disciplinas afins) a linguagem não participa da construção dos esquemas corporais e, nem mesmo, daquilo que poderíamos designar como “praxia da fala” – é a possibilidade de imitar que franqueará a e moldará os movimentos dos órgãos articulatórios. O outro entra em questão num determinado momento do desenvolvimento, mas como modelo em quem a criança reconhece certos movimentos que ela já pode realizar e que, portanto, ela neles se reconhece. Contudo, esse reconhecimento é de uma parte da totalidade do esquema que o outro atualiza. Assim, ao realizar o movimento que já conhece, ela é impulsionada para a realização do conjunto do esquema da ação – brotam, por aí, os esquemas articulatórios que franqueiam a fala num “excesso da acomodação”, que suplanta a assimilação (LIER-DEVITTO, 1994/1998). As praxias de fala aparecem como cópias/reproduções daquelas já prontas no outro. Esse vaivém não supõe qualquer referência à afetividade que, de fato, ficou do lado de fora do raciocínio epistemológico de Piaget – a afetividade não sendo entendida como fonte da ação, não é alçada a objeto teórico na construção do conhecimento (LAJOUNQUIÈRE, 1994/2004).

Questões relativas à afetividade impuseram-se, porém, em estudos sobre a debilidade mental, a psicose/autismo infantil, assim como nas incontáveis manifestações das diferenças individuais (testemunhadas em provas operatórias). A consequência dessa segunda classe de acontecimentos foi uma espécie de ultrapassagem do *sujeito epistêmico piagetiano*, que foi como que substituído por um *sujeito psicológico*. Julian de Ajuriaguerra (1911-1993) encontra-se deste lado. Neurologista e psiquiatra, seus trabalhos dirigiram-se para diferentes campos de atuação: pesquisas neurológicas, anatomopatológicas, psiquiátricas e

psicopatológicas dirigidas aos adultos e, com grande destaque, sobre o estudo da psicopatologia da criança a partir da dinâmica psicológica evolutiva. Sua opção tendeu para a interdisciplinaridade - na qual figuraram a Psiquiatria, a Neurologia, a Psicanálise (que ele vivenciou como analisando); também, a Psicologia e a Biologia, conta Berthoz (1993). Autores como Henri Wallon e Jean Piaget não deixaram de ser visitados e incluídos em suas pesquisas, como assinalaram Vaivre-Douret & Khéroua (2011)⁴⁶. Ligado à questão da evolução das funções mentais, perceptivas e motoras, Ajuriaguerra acreditava que todos os processos de desenvolvimento psíquico eram versões diferenciadas de um mesmo processo fundamental: a reação sensório-motora. Para ele, “a evolução infantil não pode ser separada dos desenvolvimentos sensório-motores” (AJURIAGUERRA, 1972/1975, p. VI). Com a participação de Hecaén, o autor, inclusive, apresenta uma *classificação das apraxias*, que se fundamenta na análise piagetiana da estruturação de praxias: *apraxias sensório-cinéticas*, *apractognosias somato-espaciais* e *apraxias de formulação simbólica*. Piaget admite e reconhece tal aproximação a seu trabalho:

As convergências consistem em que essas três categorias de apraxias correspondem a três etapas genéricas: as apraxias sensório-cinéticas na etapa sensório-motora; as apraxias somato-espaciais, numa etapa intermediária entre as condutas sensório-motoras elementares e as condutas tornadas possíveis pela função simbólica, etapa intermediária da qual acabamos de propor procurar o ponto de partida nas condutas de imitação; as apraxias de formulação simbólica, enfim, na etapa caracterizada pelas representações, sob seu duplo aspecto figurativo e operativo (PIAGET, 1960/1983, p. 255).

Entendemos, assim, o que Ajuriaguerra (1972/1975) quer dizer quando afirma: “falamos de praxia a partir do momento em que o movimento entra no quadro de uma atividade simbólica, resultando esta de uma diferenciação entre os significados e significantes” (p.VI). Na esfera da Psicologia, *gesto é produto de representação do movimento* – a entrada na esfera de operações simbólicas é caminho que leva a essa conquista. De fato, Piaget considera que a diferença entre representação e operação coloca a necessidade de avaliações que distingam a influência desses

⁴⁶ Um exemplo bom disso está no trabalho por ele desenvolvido como diretor da Clínica Universitária de Genebra, no qual “retoma o problema da integração visuomotora e sua desorganização usando técnicas desenvolvidas por Piaget para o estudo do desenvolvimento infantil na análise dos efeitos da demência em indivíduos muito idosos” (BERTROZ, 1993, p. 02).

dois pontos na configuração de um quadro patológico. Assim, aquilo que numa apraxia se caracteriza como um *problema de formulação simbólica* (simbologia gestual - imagem mental) remete a problema no aspecto figurativo da representação que envolve o gesto (e não na sua execução).

Ajuriaguerra (1972/1975) dirá que, desse ponto de vista, interessam, na avaliação da atividade praxica, as implicações figurativas e operativas implicadas numa prova a ser aplicada. Assim, ele entende que fazer um gesto que simule “um ato transitivo sem a presença do objeto” (p. VI), avalia a representação imitativa do ato e não sua execução operativa, ou seja, Ajuriaguerra afirma que somente um aspecto do problema é avaliado. Apoiados nessas considerações, colaboradores de Ajuriaguerra⁴⁷, Bergès & Lézine (1972/1975), elaboraram uma bateria de testes de imitação de gestos para avaliar as praxias e o esquema corporal com a finalidade de apreender a organização praxica em crianças de 3 e 6 anos. A meta era avaliar ambos os aspectos figurativo e operativo da representação gestual. Importa dizer que essa testagem não incluía “a participação de instrumentos intermediários” (papel, lápis, recompensas) e nem envolvia a intervenção da fala/linguagem⁴⁸. Nesse ponto, podemos muito bem ouvir os ecos do ensinamento piagetiano e seu desinteresse pela linguagem: afinal, muito antes de verbalizar a criança já usa o corpo, descobrindo sua relação com o espaço e com o outro (AJURIAGUERRA, 1972/1975). A proposta pode ser resumida do seguinte modo:

[...] [o corpo é] campo de experiência, como meio de investigação, como referência e como instrumento utilizável. Nós colocamos em prova o corpo posto em ação e ativo, através da imitação de gestos simples e complexos – o que nos permite estudar, de forma genética, as habilidades da criança de imitar corretamente uma série de gestos

⁴⁷ Em 1946, Ajuriaguerra compôs com René Diatkine uma equipe para trabalhar com a pesquisa e reeducação de problemas psicomotores e de linguagem em crianças, no Hospital Sainte Anne/ Centro Henri-Rousselle (Paris). Essa equipe apresentava uma base multidisciplinar e era composta pelos seguintes profissionais: S. Borel-Maisonny Auzias, **J. Bergès**, N. Galifret Granjon, H. Gobineau, D. Koechlin, **I. Lézine**, I. Santucci, G. Soubiran, Stambak Sr., R. Zazzo, entre outros. Mais tarde, Jean Bergès assumiria o lugar de Ajuriaguerra na direção desse serviço e destacaria um ponto de vista completamente diferente dele (VAIVRE-DOURET & KHÉROUA, 2011).

⁴⁸ Dentre várias provas clássicas usadas para avaliar a realização de gestos no espaço estavam as provas de localização (direita/esquerda), nomeação de partes do corpo e representação do corpo no plano gráfico.

efetuados pelo examinador situado a sua frente (BERGÈS & LÉZINE, 1972/1975, p 01).

A ideia que subjaz a esse investimento é a de que a imitação de um gesto supõe conhecimento: representação do corpo próprio e do corpo do outro. É exatamente este pensamento adotado para explicar a conquista do esquema corporal e das praxias.

Também para Bergès (1967/72), em seus primeiros estudos, o nascimento e a crescente complexidade dos gestos vinham acompanhados de um crescente conhecimento do próprio corpo - entre o uso e o conhecimento do corpo. Digamos assim: com a possibilidade da imitação, o corpo adquiriria funções. Segundo o autor, o seu *Teste de Imitação de Gestos* visava exatamente à apreensão da *gênese dessas funções*. Entendia-se que cada etapa da maturação biológica seria aproveitada pela imitação que tornaria mais precisos e refinados as ações da criança. Não se pode negar que tomar a imitação como lócus de avaliação é colocar em relevo a *relação criança-outro*, indica Bergès: “[...] o bebê aprende a agir primeiro através dos outros, antes de agir por si próprio” (BERGÈS, 1967/1972, p. 14). Sendo assim, o incômodo deste autor frente a Ajuriaguerra e seguidores, logo será explicitado: como sustentar a ambição de criar um aparato diagnóstico para as praxias, distante e liberto da participação da fala do outro? Como excluir a linguagem quando a relação criança-outro está em causa?

Essa falta reconhecida pelo autor será o *ponto de virada* em trabalhos posteriores de Bergès, como veremos abaixo. Dar destaque e relevância ao outro exige incluir a participação da linguagem – i.e., *seu papel determinante* na constituição do corpo ... das praxias. A isso chegará Bergès, após desligar as praxias da determinação orgânico-cognitiva, que afasta a linguagem. Utilizando uma expressão de Ajuriaguerra (que entendia ser o corpo um “receptáculo” de informações de experiências sensório-motoras e cognitivas) Bergès (2005/2008) redireciona a resposta ao perguntar, outra vez: “o corpo é receptáculo do quê?”⁴⁹

⁴⁹ Como neuropediatra, Bergès dedicou-se ao estudo da organização temporal, espacial e das relações entre o conhecimento do corpo e do espaço em crianças prematuras, interessando-se muito pela “questão do olhar” (BERGÈS, 2005/2008, p. 10) e com ela pela expressão *corpo receptáculo*, usada por Ajuriaguerra (1970/1980). É

3.2 Bergès: passo em outra direção

Durante toda a vida, Bergès empenhou-se em conduzir pesquisa e erigir uma teorização que colocasse em destaque “a primazia do simbólico no imaginário do corpo; o enodamento entre real, simbólico e imaginário pelo lado do corpo” (BERGÈS-BOUNES, 2005/2008, p. 09). Trata-se de uma abordagem nada fácil e frente a qual ele se manteve mais em posição de interrogar do que de responder, afirmam seus interlocutores próximos. Essa posição delineou um pensamento inquieto, em constante elaboração e marcado por retomadas, rupturas. Bergès reconheceu em Freud e em Lacan as fontes fundamentais para discussões impostas pela sua assunção da importância da linguagem na moldagem do corpo – para o desenvolvimento de um raciocínio referente à incidência do simbólico no corpo. Foi a partir dessa convicção e da leitura da Psicanálise que ele se dirigiu, também, para leitura crítica das Neurociências e da Neuroimagem (BERGÈS-BOUNES, 2005/2008).

A trajetória de Bergès é bastante singular: foi médico pediatra, neuropediatra, psiquiatra e, por fim, psicanalista. A atuação em Neuropediatria lhe despertou interesse e interrogações sobre o corpo. Na Psiquiatria, seu olhar estava voltado para os efeitos de remédios calmantes no corpo: na postura, na atitude, na iniciativa motora, na rigidez e na mímica dos pacientes (BERGÈS, 2005/2008). Segundo Rey (2004), antes mesmo de tornar-se famoso como psicanalista, Bergès já era amplamente conhecido e reconhecido na Psicomotricidade pela aplicação do *Teste de Imitação de Gestos*, criado com Irene Lézine (1972/75).

É notável que, como médico, sua reflexão a respeito dos caminhos e descaminhos do corpo tenha se deslocado e ganhado contornos tão originais. Podemos dizer assim: como médico, Bergès foi “capturado pelas relações entre o corpo e a psique” (BERGÈS, 2005/2008, p. 10). Foi como psicanalista (assumido) que ele

preciso compreender bem o que essa expressão significa para que possamos apreender os desdobramentos da interpretação oferecida por Bergès e a posição que ele assume frente ao corpo e à gestualidade. Deixo a pergunta em suspenso para respondê-la adiante, em momento mais oportuno.

pôde levar às últimas consequências as questões que o desviaram do raciocínio médico, que o afastaram de Ajuriaguerra e de autores da Psicologia do Desenvolvimento. Embora possa parecer que “o percurso da mesa de dissecação ao divã” tenha seguido um encadeamento linear, Meljac (2005/2008) - psicóloga que trabalhou sob a direção de Bergès em Sainte-Anne – indica a maneira mais apropriada para a apreensão da originalidade da trajetória desse autor. Ela faz menção ao “ofício do tecelão”, que ao entrelaçar diferentes fios coloridos compõe um fundo contínuo que é assegurado pelo movimento dos fios que se passam por cima e por baixo uns dos outros. Meljac quer dizer, com essa comparação ao tecelão, que: “o psicanalista que ele se tornou jamais negou nem rejeitou seu curso inicial” (REY, 2004, p. 01).

É importante dizer que em sua prática clínica, Bergès não recusou ideologicamente a aplicação de provas ou de testes inspirados na teoria piagetiana, por exemplo. No entanto, quem testemunhou suas consultas públicas⁵⁰ pode atestar que provas e testes estavam ali submetidos a um novo enfoque, nova interpretação (REY, 2004; MELJAC, 2005/2008). Bergès não podia deixar de escutar a fala; de ser afetado pela aparência corporal dos pacientes; pelas posturas; pelas expressões corporais singulares de seus pacientes. Embora nos exames clínicos ele sempre chamasse a atenção para o corpo interrogado em suas funções e/ou funcionamento, o olhar para o corpo não era nu – vinha marcado pela leitura da incidência do simbólico (MELJAC, 2005/2008): impossível era, para ele, deixar de fora a linguagem.

O relato de Meljac acerca de um episódio vivido em Sainte-Anne nos apresenta Bergès e nos mostra mais de perto o modo como ele atuava clinicamente. A autora diz que na década de 80, durante uma reorganização dos serviços de psiquiatria do Hospital Sainte-Anne, a unidade dirigida por Bergès passou por uma intensa inspeção. Lembra Meljac:

Todos os que assistiram à cena se recordarão da fisionomia terrificada de uma das personalidades oficiais destinadas a essa missão. Lendo um relatório de consulta no qual Jean Bergès

⁵⁰ Esta modalidade de formação e de clínica, introduzida por ele, será esclarecida logo abaixo.

descrevia e analisava comportamentos extraordinários de uma criança, essa especialista, visivelmente habituada com outras práticas, deixou escapar, com um suspiro, uma crítica, para ela, visivelmente assassina: “Nunca tem diagnóstico!” Na verdade, observação precisa. Mesmo apaixonado por certas patologias, que ele descobrira com Julian de Ajuriaguerra (por exemplo, a dispraxia), e não recusando [...] detalhar longamente o quadro típico, localizar suas modalidades e dele estudar o prognóstico, *Jean Bergès [...] certamente não era um obcecado pela etiquetagem* (MELJAC, 2005/2008, p. 20) (ênfase minha).

Bergès acreditava que o “signo é mais ‘patognômico’ quando responde a um fantasma de unidade, de certeza” (BERGÈS, 1992/2008, p. 30). De fato, ele não aceitava respostas rápidas e prontas. O cuidado era não esquecer que a semiologia é sempre uma operação do imaginário. Assim, duas vezes por semana (na terça-feira e na quinta-feira), ele realizava consultas públicas, nas quais se entregava ao exercício investigativo e interpretativo, que instigava colegas e iniciantes dispostos a aprender o valor de sua abordagem. A partir do acolhimento e da interpretação de questões trazidas pelos pacientes, questões eram rememoradas e re-analisadas e, desse exercício teórico-clínico, brotavam novas questões. Bergès deixava sempre aberto o campo das incertezas, “estava sempre surpreso sem estar verdadeiramente desconcertado pelo discurso” (MELJAC, 2005/2008, p. 18). Ele se envolvia e envolvia a todos num intenso exame de articulações conceituais que marcou a criação de um método de trabalho único que tinha como marca a inquietação: “por onde ele passava, a clínica de Jean Bergès semeava uma perturbação da qual não era fácil se recompor” (p. 19).

As questões suscitadas pela ênfase que dava ao corpo falado, levaram-no a assumir uma posição totalmente distinta da Psicologia do Desenvolvimento e do esforço interdisciplinar de Ajuriaguerra. O depoimento de Meljac atesta bem o ponto em que se opera esse distanciamento:

Era o aparecimento das primeiras construções, bem como da *linguagem de onde elas emergiam e para a qual elas retornavam [...]*, aquilo que buscava o teórico-clínico. Qualquer que tivesse sido seu ponto de partida, seu discurso ganhava incessantemente o espaço do corpo [...] (MELJAC, 2005/2008, p. 27) (ênfase minha).

A *centralidade da linguagem articulada com o corpo* era o referencial para o olhar para as aquisições da criança. Assim, o primado do simbólico foi a via régia

de um raciocínio clínico e teórico sobre as conquistas e tropeços na infância. É, portanto, nisso que se encaixa a crítica tecida contra Ajuriaguerra:

[...] A grande decepção que me causou J. de Ajuriaguerra foi ele *não ter sabido colocar suficientemente a tônica na linguagem*. Ele estudou casos de perturbações conjuntas da psicomotricidade e da fala (*disfalias, anartrias, disartrias*), mas não insistiu suficientemente na estrutura da linguagem como tal (BERGÈS, 2005/2008, p. 10-11) (ênfases minhas)⁵¹.

Bergès fez parte da equipe de Ajuriaguerra na Unidade de Biopatologia da criança e do adolescente em Sainte-Anne, vindo, mais tarde, a substituí-lo na direção desse serviço. Em 1947, Ajuriaguerra havia criado o setor com o intuito de disponibilizar (para as crianças e suas famílias) um conjunto de serviços clínico-terapêuticos, cujo foco era acompanhar e favorecer o desenvolvimento cognitivo-emocional⁵². Do ponto de vista de Bergès (2005/2008), o inusitado desse serviço se inscrevia justamente na possibilidade de se empreender um raciocínio clínico que *não desarticulasse* cognição e linguagem. Bem, sabemos que Ajuriaguerra cerrou atenção na relação cognição-motricidade (no psicomotor). Bergès afastou-se dessa proposta e, como disse, lançou outra vertente: privilegiou a linguagem e sua incidência no corpo:

O gesto, a gestualidade nas praxias, as gnosias, e, sobretudo, o *ritmo introduzido no corpo* me interessaram muito, mas, para mim, era impossível fazer exames, avaliações, consultas sem me apoiar na linguagem (BERGÈS, 2005/2008, p. 10-11).

O interesse no gesto (praxias, gnosias) e pelo *ritmo* introduzido no corpo o aproximaram de Ajuriaguerra. Eles tiveram, de fato, um gosto comum. Não foi sem razão que Ajuriaguerra escreveu um prefácio elogioso sobre o *Teste de Imitação de Gestos*, de Bergès e Lézine (1972/1975). Nele, Ajuriaguerra louvou a disposição dos autores de ocupar um espaço até então vazio no estudo e na avaliação das praxias na criança.

⁵¹ Veremos, adiante, onde nos levará Bergès com a “tônica que colou na linguagem”.

⁵² Ver site oficial do Centro Hospitalar Sainte-Anne: <http://www.ch-sainte-anne.fr/site/centrHosp/historique/presentation.html>

3.3 Corpo receptáculo ... de quê?

A expressão *corpo receptáculo*, em expressão de Ajuriaguerra, diz respeito à competência do corpo em receber, ou melhor, em integrar os ritmos que nele são introduzidos. Por ritmos devemos entender a série de fenômenos biológicos que ocorrem com determinada periodicidade. As pressões biológicas, como o sono e a fome, afetam o ritmo circadiano (por exemplo, nos mantemos alerta quando há claridade e relaxamos quando escurece). Disso decorre que *o ritmo biológico* é afetado por imposições da experiência, das vivências, da relação com o outro: pela presença e ausência da mãe, pelos horários de alimentação, pelas trocas de olhar e toques e contatos, pelos movimentos e deslocamentos do corpo do outro.

Assim, *corpo receptáculo* nos remete a um corpo que não é autônomo, mas que recebe as marcas do meio *pela ação do outro*, isto é: “*corpo*, [que] por um longo período, é *receptor e receptáculo*, espectador e ator, é ele mesmo e o outro por um transitivismo que segue as leis de projeção e de introjeção” (AJURIAGUERRA, 1970/1980, p. 342) (ênfase minha). Segundo este autor, essa condição se mantém até que a *maturação estrutural* lhe permita a dissociação dos movimentos, a evolução do automatismo até a ação voluntária, quer dizer, que o corpo passe a ser experimentador mais do que experimentado.

Tomada conforme a perspectiva de Ajuriaguerra, essa expressão está aderida à ideia de que o organismo do recém-nascido passa necessariamente por uma *adequação funcional ao nascer*, por ser receptor de numerosas modificações biológicas que são impingidas pelo meio. Para Ajuriaguerra, “o nascimento é uma ruptura e um renascimento durante o qual persiste a trajetória na qual a criança se confronta com novos problemas” (1970/1980, p.99). É uma ruptura na medida em que o corpo da criança passa por uma *reorganização funcional* - já que *do ponto de vista do funcionamento ela se confundia com o organismo da mãe*. Trata-se de “renascimento” porque a imaturidade não estaria somente ligada à maturação das estruturas anatômicas, mas também à forma como o organismo funciona. Digamos

que a maturação estrutural é necessária, não sendo, contudo, suficiente para explicar o comportamento.

A *abordagem neuropsicológica do desenvolvimento* defendida por Ajuriaguerra parte da diferença entre a estrutura (anatômica propriamente dita), as funções (sistemas potenciais), e o funcionamento (a atividade desses sistemas). Ele sustenta que o exercício, entendido como a *função em funcionamento*, é tão determinante quanto a maturação anatômica. Sob esse ponto de vista, o desenvolvimento acontece devido à *interação entre a maturação da estrutura e o papel organizador da experiência*. Em suma, podemos dizer que subjaz à expressão *corpo receptáculo* o corpo concebido como “entidade física”, como substância que confere existência ao homem (AJURIAGUERRA, 1970/1980, p. 340-341). Devido à imaturidade do corpo humano, ele vem à tona primeiramente pela ação do outro que o manipula e, depois, pela própria ação do indivíduo sobre o mundo. É a partir daí que a criança chega ao conhecimento do corpo próprio e alcança autonomia e possibilidade de regulação dos movimentos, das praxias. Gostaria de assinalar que o *outro* em Ajuriaguerra não é outro-falante – esse ponto é fundamental para que se possa apreender a diferença entre o pensamento psicológico e o psicanalítico. Em Ajuriaguerra, como vimos acima, importa a ação que ele exerce sobre o corpo da criança – uma ação silenciosa.

Entre 1967/1972, Bergès sustentará a afirmação de que “corpo e sua animação motora [...] são também o *receptáculo*, o *suporte*, em que a *ação*, o *impulso* e o *contato de outrem* vêm imprimir sua marca” (p.13). Note-se que tal definição parece estar pouco (ou nada) distante da definição de Ajuriaguerra, ou seja, a de que o *corpo é lugar que recebe e guarda influências externas* provindas do outro e do meio. No entanto, entre o interesse pela “conservação da atitude, liberdade motora e imitação de gestos” (BERGÈS, 2005/2008, p. 11), participou de modo essencial da diferença que será marcada entre os dois autores: a *questão do olhar* – esta foi a que mais interrogou Bergès e ela fez toda a diferença.

Bergès foi capturado pelo *olhar do outro* implicado nas conquistas da criança - na própria evolução do “equipamento neurofisiológico de base” (BERGÈS, 1979/2008, p. 470). Frente a essa “presença determinante do olhar do outro” - vale

dizer *modo de olhar o corpo da criança - de interpretar esse corpo* - Bergès dá novo sentido a noção de *corpo receptáculo*. Por aí, ele se aproxima da noção de *desamparo* em Freud e da importância decisiva da interpretação do outro, do modo como este outro foi inscrito na ordem da linguagem (do sentido e da interpretação), modo este, de que decorre o modo segundo o qual ele “olha para a criança”. Entende-se, assim, a questão: “[o corpo] é um receptáculo para o quê?” (BERGÈS, 2005/2008, p. 11).

Bergès (2005/2008) esclarece: *do ponto de vista neuropsicológico, toda função supõe uma estrutura orgânica como suporte – é a maturação dessa estrutura que torna possível certo nível de funcionamento e, com isso, a evolução da função*. Tal funcionamento está em franca relação com o externo. No caso das praxias, que nos interessam particularmente, a maturação de estruturas (do Sistema Piramidal, em especial) dará suporte à função motora e sua evolução. Nesse ambiente teórico, sustenta-se, também, na vigência de um trabalho dialético que conduz à formação de uma imagem corporal – uma dialética entre interno-externo suposta no funcionamento da função motora. A “imagem corporal” seria, assim, instituída, organizada e aperfeiçoada pela *ação do corpo sobre o espaço e os objetos*: “[nesse] jogo a motricidade se torna uma praxia e redundante no gesto” (p. 32).

Frente a esse quadro, Bergès toma posição:

“A questão radical que Freud propõe [sobre isso] é a seguinte: quanto à *satisfação*: ela está aí ou não está? O *prazer*, ele está aí ou não, neste intercâmbio de bons procedimentos entre função, estrutura e funcionamento?” (p. 32) (ênfases minhas).

Note-se que, ao introduzir a afetação subjetiva da ação do outro sobre o corpo da criança, Bergès interroga o mecanicismo suposto na relação entre estrutura-função e funcionamento e aponta para um espaço para a indeterminação e imprevisibilidade entre função e funcionamento (FERREIRA, 2006). Em *O Gesto e a Personalidade* (1967/1972)⁵³, Bergès diz que se a possibilidade para se mover mostra a competência estrutural do corpo para a motricidade. Trata-se de uma

⁵³ Livro de onde foi retirada a citação acerca do corpo receptáculo, apresentada dois parágrafos acima.

competência que remete a inervações, ossos e músculos. O *gesto*, diferentemente, aponta noutra direção: a de que *há sentido no movimento*, i.e., o movimento pertence ao campo das significações, da linguagem. Bergès assinala que mesmo que o homem não se dê conta, “não saiba nada disso” (não esteja consciente de...), os seus gestos *exprimem algo absolutamente pessoal*, uma “*maneira de fazer*”, uma “*maneira de dizer*”, uma “*maneira de ser*” singulares (expressões usadas pelo autor). Isso porque, diz ele, algo incide entre o movimento e o gesto. A esse “algo”, na época, ele chamou, com Freud, de *personalidade*.

Bergès foi tocado pelas questões do sujeito, do corpo e da linguagem. Em palavras suas: “[o equívoco], *quando se trata de corpo*, [é] o de que haveria, *antes da linguagem* e ao lado desta, uma modalidade de expressão mais primitiva, mais pura, porque corporal” (BERGÈS, 1986/1997, p. 51) (ênfases minhas). A expressão corporal é efeito de linguagem, para ele – decorre do “olhar do outro” (do toque e da interpretação): ela está ligada tanto ao modo de olhar/tocar do outro, quanto a como a palavra chega à orelha. A motricidade do corpo está engajada, sustenta Bergès, na palavra - *na busca de sentido para o corpo e no apelo por amor*.

Assim, conclui Bergès, o sujeito quer ser amado *no órgão de sua gestualidade*, pois: “o corpo é antes de mais nada [antes da voz] um receptáculo, um lugar de inscrição, uma trama implacavelmente destinada a imprimir-se com os cenários, as cores de outrem, a começar pela servil cópia do motivo” (p. 51). Esse “outrem” em Bergès, reitero, é falante – fonte de sentido, lugar em que se deposita o apelo por amor. Vê-se, então, que ele desloca, redefine, a concepção de um *corpo receptáculo* conforme usada em trabalhos de base piagetiana⁵⁴, nos quais a noção vem ligada “a um engrama genético sustentando uma competência inata” (BERGÈS, 1986/1997, p. 52) que receberá as influências externas.

⁵⁴ Bergès cita o trabalho de Pierre Mounoud e Anne Guyon-Vinter, da Universidade de Genebra, sobre a imitação precoce e a antecipação da coordenação visuo-auditivo no lactente. Esses autores relacionam a capacidade do lactente antecipar pela visão um estímulo auditivo e sua suposição de que nisso está envolvida uma verdadeira memória de evocação da imagem do corpo próprio e do corpo do outro. Assim, para imitar precocemente e coordenar visão e audição seria necessário algo de representação anterior ainda a possibilidade orgânica da ação.

É fato que a dialética interno-externo está implicada na obra de Piaget, já que ele nos fala de um organismo que se constituirá num corpo através da *ação da criança* sobre o mundo e de seus efeitos nela. Também em Ajuriaguerra há uma dialética que caminha no sentido de incluir a *ação do outro* na formação do corpo, do esquema corporal. Bergès, no entanto, envolve um terceiro entre a ação da criança e a do outro: linguagem e desejo. Ele, de fato, não se sente satisfeito com a explicação de que a imaturação do organismo ao nascimento demanda a ação sobre o meio e/ou a do outro. A questão é, como disse, que o outro de Bergès (2005/2008) é outro-falante e sua fala⁵⁵ é decisiva na constituição do corpo, das praxias.

3.3.1. Com Freud: uma leitura das afasias e das paralisias

As histéricas ensinaram Freud ... sobre o corpo? Ele foi médico – neurologista respeitado – e, portanto, interessado na anatomia e fisiologia do Sistema Nervoso. Seria ingênuo supor que ele tenha se descuidado das distinções em relação a: estrutura, função e funcionamento – Freud (1891) não poderia anulá-las nas discussões empreendidas em textos como a Monografia - As Afasias e o artigo brilhante a respeito das Paralisias Motoras orgânicas e histéricas, de 1893, que destaco a seguir.

Nesses trabalhos, Freud se descoloca da centralidade da ordem orgânica no destino do homem. O encontro com Charcot, entre 1885-86, aproximou o autor dos sintomas histéricos e, como bem sabemos, quando falamos em Histeria é de corpo que se trata (não de organismo). Nesse sentido, ao final de sua estadia em Paris, Freud recebeu de Charcot a tarefa de realizar um estudo comparativo entre *paralisias motoras orgânicas* e *paralisias histéricas*. O objetivo era apreender características gerais da neurose e delinear a natureza da patologia histérica. Pode-se ver que essa distinção almejada estava num espaço nebuloso, num espaço de difícil distinção. O resultado dessa pesquisa de Freud foi o notável artigo (anterior ao

⁵⁵ Não posso, nesse momento, deixar de remeter o leitor ao livro de Lieberman, mais especificamente, ao dois primeiros capítulos, em que a autora discute essa questão de que o outro-falante não interessa à Psicologia em geral – e nem ao campo Médico, em geral (eu acrescento).

texto sobre as afasias) intitulado: *Algumas considerações sobre o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*, publicado apenas em 1893.

Apesar da declaração inicial de Freud de que “por motivos fortuitos e pessoais, durante muito tempo me vi impedido de realizar a incumbência que [Charcot] me dera” (FREUD, 1893⁵⁶), nas notas introdutórias da edição da Imago (1966), lê-se:

[...] talvez haja uma explicação para o atraso, que está relacionado com a posição que esse artigo ocupa no divisor de águas entre os escritos neurológicos e psicológicos de Freud. As três primeiras partes do trabalho são inteiramente sobre neurologia e, sem dúvida, foram escritas em 1888, se não em 1886. Mas a *quarta parte* deve datar de 1893, quando menos porque cita a “Comunicação Preliminar”, de Breuer e Freud, que surgira no início desse ano. A totalidade dessa última parte, na verdade, *baseia-se inteiramente nas novas idéias com que Breuer e Freud tinham começado a operar - recalçamento, ab-reação, princípio de constância* -, todas elas aí implícitas, quando não nomeadas explicitamente. O contato direto de Freud com essas idéias tinha começado por volta de 1887 e, nos anos seguintes, ele se deixou absorver cada vez mais por elas. Parece não ser impossível que, ao concluir o primeiro esboço desse artigo, ele houvesse começado a ter alguma vaga idéia de uma explicação dos atos contidos nele, explicação esta que envolvia novas idéias, e, por esse motivo, ele pode ter suspenso a publicação até penetrar mais profundamente na questão.

Para Peter Gay (1988/2004), a não publicação de trabalhos entre os anos de 1886 e 1891 ilumina um período em que “Freud estava assentando as bases para uma revolução” (p.73). O artigo sobre as Paralisias é, de fato, uma boa demonstração da passagem de Freud da Neurologia para a Psicologia, assim como sua monografia sobre as Afasias (1891) mostra um autor inquieto frente as certezas de seu campo. Nas palavras de Fonseca (2002, p. 60), *As Afasias* refletem um “momento de mal estar com o discurso organicista” – tanto quanto o texto sobre as paralisias, como disseram Strachey e Gay, acima. Ambos os trabalhos são prenúncios da ruptura radical que Freud virá a operar em relação aos preceitos da Medicina acerca

⁵⁶ Na versão digital da Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud (1966, Editora Imago), lê-se que não há no artigo indicação que esclareça as causas eventuais que atrasaram sua publicação em cinco anos. Na Edição *Standard* Brasileira, a nota introdutória a esse trabalho revela que já no relatório de 1886, sobre seus estudos em Paris, Freud faz menção à tarefa a ele confiada por Charcot e à sua publicação em breve. Além disso, comentários a esse respeito também foram encontrados em cartas escritas a Fliess em 1887. Sendo assim, ao que parece, havia um texto pronto já nesse ano, mas que não fora encaminhado ao público.

do homem e de seu corpo – neles germinam o quê, mais tarde, será o *corpo* da Psicanálise. Bergès nos deu a indicação – prossigamos com Freud.

Tanto num trabalho quanto no outro, Freud inicia o texto fazendo uma apresentação bastante clara e bem estruturada a respeito das paralisias e afasias, segundo a Neurologia da época. No que concerne às paralisias, o autor indica dois tipos da doença: a *paralisia periférico-medular* e a *paralisia central*. A primeira, diz ele, é a “paralisia do detalhe”, enquanto que a segunda é a “paralisia do conjunto”. As características de uma e outra são apresentadas no quadro abaixo:

Paralisia periférico-medular	Paralisia Central
→ atinge músculos de maneira isolada, ou até mesmo fibras musculares individualmente;	→ sempre ataca um conjunto de estruturas periféricas, uma extremidade, um segmento ou um aparelho motor mais complexo;
→ depende da situação e da extensão da lesão nervosa e não há regra que explique a seleção da fibra que escapará da paralisia ou a que se tornará paralisada permanentemente;	→ não afeta um único músculo isolado, isso só acontece quando o músculo exerce uma função da qual é o único instrumento, sendo que os segmentos periféricos estão mais comprometidos que aqueles mais próximos do centro;
→ tem relação com o fato de que cada elemento da periferia corresponde a um elemento na massa cinzenta da medula – (há a projeção da periferia na medula);	→ tem relação com o fato de que entre a medula e o córtex há uma ordenação distinta, regida pela impossibilidade de projeção um a um de elementos no córtex, dado o número reduzido de fibras motoras para a projeção pontual. Assim, as fibras nervosas não reproduzem ponto a ponto a periferia no córtex, mas sua relação é de representação;
→ Freud a chamou PARALISIA DE PROJEÇÃO.	→ Freud a denominou PARALISIA DE REPRESENTAÇÃO.

A classificação proposta por Freud, para as paralisias motoras orgânicas, foi justificada por ele do seguinte modo:

Se chamarmos de “projeção” o modo como a periferia está refletida na medula espinhal, seu contrário, no córtex cerebral, poderia ser convenientemente chamada “uma representação” - o que implica que a periferia do corpo está contida no córtex cerebral, não ponto-a-

ponto, senão por fibras selecionadas com uma diferenciação menos detalhada (FREUD, 1891/1987, p. 66).

O uso dessa classificação mostra o toque de Freud sobre a teoria da organização do Sistema Nervoso em voga na época. Naquele momento Meynert, com o qual o autor trabalhou em projetos relacionados a estudos de cunho anatômico no Hospital Geral de Viena, advogava que a organização do cérebro é topograficamente determinada pela projeção exata e pontual do corpo no tecido cortical. Sob essa ótica, assinala Freud, *o corpo é entendido como* “arsenal de instrumentos sensitivos e de tentáculos que o permitem incorporar e modificar a imagem do mundo exterior” (FREUD, 1891/1987, p. 66). Note-se, no tom crítico de Freud, uma definição ‘neurológica’ que muito distancia, também, da noção de “corpo receptáculo”.

Podemos notar que a tipologia das paralisias orgânicas é de base anatômica e se apóia no pressuposto de que há duas vias de fibras nervosas condutoras do estímulo motor (vias eferentes) – aquelas que vão da periferia do corpo até a medula espinhal e aquela que parte desta para o córtex cerebral. A Histeria, por sua vez, é entendida como uma doença capaz de *simular* as mais diferentes doenças orgânicas, diz Freud. Restava saber se ela *simula a patologia orgânica como tal*, ou seja, se haveria uma paralisia histérica de projeção e uma paralisia histérica de representação. O autor sustenta, com base em sua pesquisa e sua clínica, que a Histeria *jámais simula* uma paralisia periférico-medular (Paralisia de Projeção, nos termos de Freud). Mas isso não satisfaz Freud que pergunta: “A paralisia histérica seria então equivalente à paralisia motora orgânica de representação?”.

Freud elenca uma série de diferenças entre as paralisias históricas e as paralisias orgânicas corticais, respondendo, desse modo, com um sonoro “não” à pergunta coloca acima. Vejamos.

Paralisia motora orgânica cerebral (Paralisia Central/Paralisia de Representação)	Paralisias Motoras Históricas⁵⁷
→ O membro mais afetado é sempre aquele mais distante do centro;	→ Não obedece a essa regra. “Na histeria, o ombro ou a coxa podem estar mais paralisados do que a mão ou o pé” (FREUD, 1893/2005, p. 15);
→ Não há paralisia absolutamente isolada. Há graus;	→ Os sintomas orgânicos aparecem como que fracionados, na forma de monoplegias (o que deveria aparecer como hemiplegias de membro superior e inferior e parte inferior da face) – a histeria reproduz apenas a paralisia de membros (ou do braço, ou da perna);
→ Na debilidade orgânica, sempre a função mais complexa e adquirida por último é atingida primeiro;	→ Poder de dissociação: surge como paralisia isolada de um segmento de um membro, enquanto os outros estão bem, ou como paralisia de uma mesma estrutura para uma determinada função e não para outras. Além disso, a função não prejudicada pode não ser a mais complexa;
→ Com pouca frequência Acompanha perturbações da sensibilidade ⁵⁸ .	→ Acompanha com frequência perturbações da sensibilidade, como anestesia por exemplo.

Freud conclui que as paralisias históricas não apresentam as mesmas características de dissociação e delimitação das Paralisias de Projeção, mas também não estão submetidas às mesmas restrições da Paralisia de Representação. Para ele, a rubrica da Histeria são as **manifestações com delimitação exata e intensidade excessiva**. Por exemplo: “O afásico não articula uma só palavra, ao passo que o afásico orgânico quase sempre conserva algumas palavras, ‘sim’ ou ‘não’, uma exclamação etc.; o braço paralisado fica completamente inerte - e assim por diante” (FREUD, 1893/2005, p. 16).

⁵⁷ A Histeria se apresenta sob presença de diferentes sintomas no corpo, “[...] as investigações de Charcot e de seus alunos descobrem nela, quase cotidianamente, sintomas novos insuspeitos antes (FREUD, 1893/2005, p. 17). Todavia, Freud adverte que sua discussão nesse trabalho se limita às paralisias históricas flácidas e não abrange as peculiaridades das contraturas históricas, que podem atingir níveis de intensidade fortíssimos em relação às contraturas de base orgânica.

⁵⁸ Há uma explicação anatômica para isso. As fibras aferentes, responsáveis pelo envio e recebimento de estímulos sensitivos, se distinguem das fibras eferentes (via do estímulo motor) atingidas nas paralisias. Inclusive, elas ocupam espaços distintos no sistema nervoso periférico e central.

Já nas paralisias orgânicas cerebrais, delimitação precisa e intensidade excessiva *nunca* se associam. É mais comum paresia do que paralisia absoluta. Além disso, “todas as paralisias orgânicas são a expressão clínica de um feito anatômico” (p.18), ou seja, a sintomatologia orgânica reflete uma dada anatomia cerebral, sendo a natureza do dano secundária à localização e extensão da lesão – as condições estruturais das paralisias orgânicas. Seja como for, sempre se pode achar uma explicação de cunho anatômico. *Há um paralelismo perfeito entre sintoma e lesão, entre Sintomatologia e Anatomia.*

E no que se refere às paralisias histéricas, há lesão? Qual a sua natureza? Para Charcot, haveria alguma lesão responsável pela paralisia histérica e ela seria cortical (ainda que puramente funcional ou dinâmica, ou seja, que não deixa marcas *post-mortem*). Os leitores de Charcot, diz Freud, eram levados então a considerar que tais lesões seriam “verdadeiramente orgânicas” – mesmo que sejam invisíveis, mínimas e transitórias. Mas, pergunta ele, “como uma lesão transitória poderia provocar uma qualidade distinta de paralisia (de delimitação precisa e manifestação excessiva)?”. A diferença deveria ser remetida, nesse caso, a problema referível apenas à duração do quadro sintomático e não à sua qualidade. Deixo a palavra com Freud:

Eu, pelo contrário, afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias e em outras manifestações, *a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta* (FREUD, 1893/2005, p. 19) (ênfase minha).

“A Histeria se comporta como se a anatomia não existisse” – o corpo da histeria ignora a distribuição dos nervos e as relações biofisiológicas (ver as tabelas acima). Acompanhando P. Janet, Freud afirma que a Histeria, em suas paralisias, contraturas e anestésias *tomam os órgãos pelo sentido comum*, popular: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa. O corpo na histeria é aquele “popular”, aquele da “linguagem corrente”. Frente a ela, Freud pergunta: “como poderia uma lesão ser a causadora da paralisia histérica?”.

Uma lesão estrutural pode promover alteração de uma função, de um dinamismo ou de uma propriedade funcional. Freud recusa o fato de que tal alteração funcional poderia ser considerada como efeito de uma alteração orgânica – na monografia sobre as afasias é mesmo o que ele supõe que aconteça (sobre isso, ele está bem perto da teorização de Bastian sobre a excitabilidade de células nervosas). No entanto, Freud afirma categoricamente: “*pode* haver modificação funcional *sem lesão* orgânica concomitante - ou, ao menos, sem lesão nitidamente perceptível até a mais minuciosa análise” (FREUD, 1893/2005, p. 20) (ênfase minha).

Nesse passo, sem volta, ele caminha na direção da constituição da Psicanálise. A hipótese freudiana é a de que, se a Histeria ignora a anatomia, uma concepção de corpo é exigida. Freud pergunta: “a lesão da paralisia histérica será, pois, uma alteração (...) da concepção ou ideia de braço. Mas de que classe é essa alteração para produzir a paralisia?” (FREUD, 1893/2005, p. 20). A ideia que se tem de uma parte do corpo, do braço, no exemplo de Freud, permaneceria “engessada numa associação subconsciente” – a parte atingida do corpo torna-se inexistente para as associações conscientes. O que está em jogo nessa hipótese freudiana é já a *atividade psíquica*: ao falar em “associação”, Freud faz referência “à ligação entre dois ou vários elementos psíquicos” (CHEMAMA, 2007, p. 43). Convém repetir: o corpo é subvertido por representações subconscientes. É, então, a atividade psíquica que determina o surgimento das paralisias históricas no corpo. Como?

O braço que cai paralisado tem sua função abolida, pois sua concepção não mais se encontra acessível aos impulsos e associações conscientes, ensina Freud. Sendo desse modo, *nas paralisias históricas, há modificação puramente funcional*. No que concerne à relação entre estrutura, função e funcionamento, a explicação de Freud para as paralisias históricas retira da estrutura material a determinação de um acontecimento que incide sobre a estrutura. O acontecimento, por si, mostra que há um funcionamento que ultrapassa a própria estrutura.

Na monografia sobre as afasias (1891), Freud dá destaque a esse mecanismo associativo e sua ligação com a função e o funcionamento da estrutura. Ali, ele realiza debate intenso acerca da concepção topográfica do cérebro e da relação causal estabelecida entre lesão cerebral e distúrbio da linguagem. No foco

da discussão está a proposta de Wernicke (1874), estendida mais tarde por Lichtheim (1884), cujo ponto de vista reforçava a explicação do quadro afásico pela via da indicação de lesões cerebrais localizadas, bem como mantinha a linguagem como um puro “reflexo cerebral” (FREUD, 1891/1973, p.19)⁵⁹. Esse tipo de raciocínio dá destaque à estrutura em detrimento da função e do funcionamento⁶⁰.

Freud se dedica a uma análise minuciosa desses autores⁶¹. Para nossa discussão, trago como em destaque o problema das parafasias. Conforme rege a teoria de Wernicke, a Afasia Sensorial é o resultado de lesão no centro sensorial da linguagem, ou seja, é o produto de uma danificação das células nervosas responsáveis pelo armazenamento das imagens sonoras das palavras. Nesse caso, o paciente perde a capacidade de compreensão e de repetição, mas pode falar apesar da parafasia, isto é, do uso equivocado das palavras. Já a Afasia de Condução decorre da interrupção da via de ligação entre os centros sensorial e motor (lôcus das impressões cinestésicas das palavras), implicando nisso a perturbação da linguagem espontânea pela parafasia. Logo de início, chamou a atenção de Freud que dois tipos de afasia distintos comportem um mesmo sintoma – a parafasia. Ora, se os tipos de afasia são delimitados seguindo a regra da

⁵⁹ A história é contada do seguinte modo. Em abril de 1861, Paul Broca apresentou o famoso “Caso Tan-Tan” (Leborgne) durante a reunião da Sociedade de Antropologia de Paris (VIEIRA, 1992; BENSON; ARDILA, 1996). Este episódio foi reconhecido como o marco inaugural dos estudos afasiológicos, os quais se caracterizavam pelo confronto dos sintomas apresentados pelo paciente em vida com achados da anatomia patológica *post-mortem*. Estabeleceu-se dessa maneira uma correlação entre lesão cerebral e sintoma linguístico, deduzindo-se daí a relação área cerebral (cérebro) → função normal (linguagem) (FONSECA, 1995; 2002; VIEIRA, 1992; 2006). A linguagem foi tomada como reflexo do funcionamento cerebral (FREUD, 1891/1987, p. 19) e sob o princípio da localização, a primazia do cérebro, nasceu a Afasiologia (VIEIRA, 2006) (CATRINI, 2010, inédito).

⁶⁰ Segundo Freud, a abordagem localizacionista teve como base de sustentação a perspectiva de Meynert sobre a organização cerebral, já mencionada anteriormente. Apoiada nessa ideia, e nos achados da anatomia patológica, foi estabelecida a existência de centros corticais isolados responsáveis pela função da linguagem. Tais centros seriam formados por células nervosas que conteriam as imagens das palavras e estariam ligados por feixes de fibras nervosas de associação. Freud opõe-se de forma contundente a essa ideia de “localização – quer dizer, a restrição das funções nervosas a áreas anatomicamente definíveis – que impregna toda a neuropatologia recente” (1891/1987, p. 17-18, tradução livre). Ele não corrobora com o ponto de vista de Meynert e muito menos com seus efeitos sobre a configuração do campo de estudos da afasia, o principal deles sendo o entendimento de que a deterioração de um dos centros da linguagem ou de uma de suas vias de ligação traria como consequência direta a presença de característicos transtornos da linguagem. É precisamente essa a aposta de Wernicke e Lichtheim.

⁶¹ Recomendo a leitura de Fonseca (2002) sobre a discussão de Freud com esses autores.

localização de centros individuais especializados funcionalmente, a primeira pergunta que devemos fazer, acompanhando Freud, é: como um mesmo sintoma pode resultar de lesões tão diferentes? Ao sustentar um raciocínio baseado em centros especializados e na correspondência par a passo entre o córtex cerebral e a função da linguagem, é de se esperar que se sustente também a ideia de que para cada alteração na linguagem houvesse um *locus* lesional distinto ou que para o mesmo sintoma tivéssemos a mesma explicação anatômica. Não é isso o que acontece em relação à parafasia.

Enquanto Wernicke e outros autores apostam numa explicação de cunho anatômico⁶², Freud entende que a *perturbação está no funcionamento da função*. Dizendo em outras palavras, Freud aposta no cérebro como “um sistema dinâmico” (FONSECA, 2008, p. 340) e procura compreender os efeitos que uma lesão anatômica pontual impinge ao funcionamento desse sistema. Isso porque, para ele, “a área da linguagem é uma região cortical contínua em que têm lugar associações e transmissões que subjazem às funções da linguagem” (FREUD, 1891/1987, p. 76). Por outro lado, a cadeia de pensamentos do autor não para aí. Ele vai além do problema cerebral e levanta uma questão importante sobre a parafasia:

[...] a parafasia, observada nos pacientes afásicos, não difere do uso errado e da distorção das palavras que as pessoas normais podem observar em si mesmas em estados de fadiga ou de divisão da atenção, ou sob o influxo das emoções perturbadoras, fenômeno semelhante ao que ocorre a nossos conferencistas e que causa um penoso embaraço nos ouvintes (FREUD, 1891/1987, p. 29-30).

A parafasia não é um sintoma por excelência – é um fenômeno de linguagem que ocorre cotidianamente em sujeitos normais, diz ele. Se este é o caso, pergunta: “como explicar seu aparecimento quando não há lesão cerebral?”. Uma vez que aceitemos tal pontuação, devemos recusar com Freud esquemas

⁶² Mesmo que a parafasia os obrigue a apelar para uma explicação funcional, Freud enfatiza que na essência a justificativa continua a ser anatômica. Como se vê na sequência. Wernicke refere que o feixe de fibras que liga o centro sensorial (a) e motor (b) da linguagem é aquele por meio do qual aprendemos a falar. Mais tarde a produção da linguagem seria diretamente realizada a partir dos conceitos. No entanto, ainda aponta Wernicke, o feixe a-b manteria sua importância para fala, pois ele se inervaria toda vez que se produzisse a linguagem espontânea. A perda dessa inervação, que controla continuamente o fluxo das impressões cinestésicas, seria a causa da parafasia.

localizacionistas, como o de Wernicke⁶³ ou de Lichtheim, eles não podem explicar a parafasia⁶⁴ como uma ocorrência linguística corriqueira.

Por parafasia: “devemos entender um transtorno da linguagem na qual a palavra apropriada é substituída por outra menos apropriada, a qual, não obstante, conserva ainda certa relação com a palavra correta” (FREUD, 1891/1987, p. 38). Note-se que a *substituição* entre palavras, característica da parafasia, é guiada por operações que o funcionamento cerebral pode explicar. Freud indica as seguintes condições para a ocorrência de parafasias:

- Semelhança de conteúdo;
- Vínculo associativo frequente (lápis-lapiseira);
- Semelhança sonora (como Butter – Mutter/ Campher – Pamphlet);
- Erros na articulação (parafasia literal);
- Condensação (como Vutter - fusão de Mutter com Vater);
- Substituição de um substantivo muito específico por outro completamente genérico (coisa, negócio) ou por um verbo.

Em todas e em cada uma dessas condições está a escuta de Freud para a linguagem. Como aponta Fonseca (2008), Freud abre espaço para que a afasia possa ser tratada como um problema de linguagem.

⁶³ Diagrama de Wernicke, retirado de Freud (1891/1987):



⁶⁴ Dentre outros argumentos, empíricos e dedutivos, tecidos por Freud, mencionamos os seguintes: Com relação à Afasia de Condução: A interrupção da via que liga os centros, sensorial (a) e motor (b), deveria resultar em um sintoma totalmente diferente – a perda da capacidade de repetição e não em parafasia. Se (a) e (b) permanecem intactos, a linguagem espontânea e a compreensão deveriam permanecer inalteradas, enquanto que a repetição deveria estar ausente. No entanto, Freud argumenta empiricamente contra essa ideia, pois a clínica testemunha que a faculdade de repetir “está ausente” quando: 1) falta inteiramente a fala ou 2) quando a audição está deteriorada” (1891/1987, p.28). No caso da Afasia Sensorial, o transtorno da linguagem pode ir muito além do que Wernicke postula. Há afásicos que falam apenas jargões, há outros em que a fala é rica em acessórios gramaticais e interjeições, mas pobre em substantivos e verbos e aqueles que, ao contrário, frequentemente os repetem.

O distanciamento de Freud da perspectiva localizacionista, que movimentava a reflexão sobre as afasias, pode ser explicado da seguinte maneira: *não é plausível supor que modificações fisiológicas convertam-se em ideias ou conceitos*, ou seja, não é aceitável, por razão lógica, estabelecer correlações entre algo que é da ordem psíquica (como a lembrança, a imagem, a ideia) e algo que é do domínio fisiológico (excitabilidade de células e fibras nervosas). Freud acompanha Hughlings Jackson, como vimos em outro momento desta tese, na premissa de que duas ordens de funcionamento distintas não podem ser confundidas ou equiparadas e que “a relação entre processos fisiológicos e processos psíquicos *não é de causa e efeito*” (FREUD, 1891/1987, p. 70). Isso, também vimos ele fazer valer em sua análise sobre as paralisias histéricas.

De acordo com Freud, asserções tais como: “uma ideia está localizada numa célula nervosa” (FREUD, 1981/1987, p. 70), são *elípticas*, são hipóteses que carecem de fundamento, pois “as qualidades da modificação [das células nervosas mediante a estimulação das fibras nervosas] têm que ser estabelecidas em si mesmas e independentemente de seus concomitantes psicológicos” (p.70). Sendo assim, abre-se para ele a possibilidade de teorizar sobre um *aparelho de linguagem* e a partir dele vislumbrar outra explicação para as parafasias.

O *aparelho de linguagem* proposto por Freud afeta o corpo. Ele tem como unidade funcional a palavra, entendida como “um conceito complexo constituído por elementos *auditivos, visuais e cinestésicos*” (1891/1987, p. 86) (ênfase minha) – o que revela a complexidade da linguagem, cujo funcionamento implica um *sistema associativo*. A palavra é a associação de diferentes elementos e *a fala surge na associação da imagem sonora com a impressão cinestésica dos órgãos da fala e a escrita pela associação das imagens visuais das letras com as impressões cinestésicas recebidas da mão* (e assim por diante).

O significado, por sua vez, vem pela associação com uma ideia e envolve outros complexos associativos. Em Freud estão em causa *operações associativas complexas* entre representação-objeto e representação-palavra, sendo que uma ruptura nessas operações responderia pelos diferentes quadros afásicos (FONSECA, 2008).

No caso da parafasia⁶⁵, diz Freud,

É tentador considerá-la [...] como um sintoma puramente funcional, um sinal de *perda de eficácia por parte do aparelho de associações da linguagem*. [Porém] isso não exclui a possibilidade de que possam apresentar-se [...] como sintomas orgânicos focais” (FREUD, 1891/1987, p. 29-30).

Nesta citação, o autor assinala a possibilidade da parafasia aparecer tanto como um acontecimento corriqueiro em sujeitos não lesionados, quanto como um sintoma afásico decorrente de lesão orgânica. Chama nossa atenção que Freud não exclua a lesão orgânica da relação com o sintoma. Como aponta Fonseca (2008), ele não ignora que “só há afasia se há lesão” (p. 342) e que a lesão pode aprofundar e expandir ocorrências “estranhas” de linguagem. Assim, o autor pode concluir que: “o processo psíquico é paralelo ao fisiológico, mas é ‘um concomitante dependente’” (FREUD, 1891/1987, p. 70).

A “dependência” entre ordens de funcionamento “concomitantes” mostra que (1) se, por um lado, *podem ocorrer modificações da função sem alteração orgânica estrutural* (como mostra na Histeria), por outro lado, é fato que (2) “lesões orgânicas não podem manifestar-se de outro modo que não seja mediante perturbações da função” (FREUD, 1891/1987, p. 45-46). Quero dizer, entre estrutura, função e funcionamento, na Histeria, a “lesão funcional” aponta para uma perturbação no funcionamento simbólico que se impõe ao funcionamento orgânico e, na afasia, a lesão material (o acontecimento físico-fisiológico) deixa sua marca na lógica simbólica que determina o sintoma na fala.

O que aprendemos com Freud? Segundo Melman (2005/2008), aprendemos que o *corpo biológico* é mortal e que o *corpo do desejo* (da linguagem).

⁶⁵ A explicação oferecida pelo autor nos remete ao modo composição da palavra falada. Para aprender a falar associamos uma imagem sonora da palavra com uma impressão da inervação da palavra, diz Freud. Desse modo, quando falamos, ficamos com uma imagem cinestésica, ou seja, com as impressões sensoriais que vem dos órgãos da fala e com a imagem sonora da palavra falada. Tanto essa imagem sonora quanto a imagem cinestésica funcionam como corretoras. Assim, a perda da função corretora explicaria algumas particularidades da parafasia, tanto aquelas que surgem em sujeitos normais quanto na patologia.

Aprendemos mais: que a linguagem e o desejo impõem restrições ao funcionamento do organismo – *não há dois corpos*, a rigor. O corpo que morre não é outro senão aquele que é “corrompido pela linguagem”, como diz Milner (1978) - não há dois, mas apenas um corpo, portanto. Freud rompe o dualismo mente-corpo. Essa foi a grande lição que Bergès recolheu.

3.4 Estrutura, função e funcionamento

Vem de longe (como testemunharam dissecações e estudos anatômicos de cadáveres desde o fim da Idade Média) a concepção do corpo como uma máquina composta de peças interligadas, cada qual com uma função específica (MANDRESSI, 2005/2008). Tal ideia de correlação ponto-a-ponto entre estrutura e função foi consagrada, como mostrou Freud (1891), com o surgimento da Afasiologia no século XIX. Esse campo de estudos privilegiou a estrutura em detrimento da função e de seu funcionamento. Assim, entendeu-se que quando uma função estava alterada era porque seu suporte anátomo-fisiológico havia sido atingido. Garcia-Roza (1997) chama a atenção para o fato de que, sob a primazia do olhar, a Medicina dividiu as doenças entre “aquelas com sintomatologia regular e que remetiam a lesões orgânicas identificáveis pela anatomia patológica, e aquelas outras – as neuroses – que eram perturbações sem lesão e nas quais a sintomatologia não apresentava a regularidade desejada” (p.32). Como se vê, a *redução do corpo a organismo* culminou numa terapêutica médica que impossibilitava o tratamento das chamadas doenças ditas nervosas. Os estudos de Freud apontaram na direção oposta. Quando há descaminhos na função, não é a relação biunívoca entre estrutura, função e funcionamento que se destaca, mas, pelo contrário, indica Freud, é a complexidade dessa relação.

Levin (1995/2000) assinala que os achados neurofisiológicos do século XIX acabaram por trazer à tona a existência de uma categoria especial de sintomas: os chamados *sintomas psicomotores* - aqueles que cuja explicação oscila entre o neurológico e o psicológico deixando iluminados transtornos no corpo que interrogam a Neurologia e a Psiquiatria/Psicologia e que introduzem uma demanda: *que se cure o que não podemos ou não sabemos como curar*, diz Levin. Nasce a

Psicomotricidade para recolher na clínica os problemas motores e a Fonoaudiologia para lidar com os transtornos da linguagem. O que me pareceu importante considerar, no enunciado de Levin, é que houve um apelo dirigido a campos exteriores pela Medicina porque certos sintomas, que se manifestam no corpo, não são tratáveis pela terapêutica médica - psicomotricidade e distúrbios na fala não são abordados pela via de incidências no organismo *strictu senso*. Isso Freud logo reconheceu.

Recuperando Bergès (2005/2008), a perspectiva neuropsicológica entende que a motricidade surge e evolui a partir de uma relação dialética entre função, estrutura e funcionamento. É o caso de Ajuriaguerra:

O aspecto motor dependerá, pois, da forma de maturação motora (no sentido neurológico do termo), bem como da forma de desenvolvimento do que podemos chamar de sistemas de referências, a saber: o plano construtivo espacial (que a sensoriomotricidade forma e pelas quais a motricidade se configura), a evolução dos planos perceptivo-gnóstico, gnosoconstrutivo e corporal (1970/1980, p. 210).

Retomando o que já disse acima, o amadurecimento da estrutura é anterior e suporte da função motora – ele impulsiona sua evolução, ao mesmo tempo em que a função depende - e também dá suporte - à construção da imagem corporal, que, por sua vez, emerge da ação do organismo sobre o meio externo. O jogo entre interno-externo responde pela emergência de praxias e gestos, dizem os neuropsicólogos. Nesse enquadre, o psíquico refere-se à *evolução cognitiva* tal como ensinou Jean Piaget e o motor à *maturação neurológica* propriamente dita.

Do ponto de vista do desenvolvimento de uma função, a Neuropsicologia assegura, também, que um funcionamento particular só pode emergir quando há perda numa totalidade. Bergès refere que sob essa perspectiva, “a função não se torna verdadeiramente adulta senão quando ela perde muitas notas do piano” (BERGÈS, 2005/2008, p. 33). Assim, as sincinesias, ou melhor, a ocorrência de movimentos involuntários associados a movimentos voluntários, surge como sinal de atraso no desenvolvimento neuromotor (que pode terminar em patologia). Podemos concluir disso que os caminhos do desenvolvimento envolvem necessariamente tropeços.

A esse respeito, Bergès pergunta:

Perdemos uma grande proporção de nossas sinapses nos primeiros tempos de nossa vida. Será porque não funcionam? Como quando o olho está perdido - é estrábico? Ou será efeito da repressão do orgânico sobre as eventuais funções, cujo funcionamento ultrapassa a elas mesmas? (BERGÈS, 2005/2008, p. 34).

Trazer Wallon (1956) pode ser relevante aqui. Ele descreve a seguinte cena. Quando o bebê, até então calmo e sonolento, ouve uma voz não habitual – geralmente masculina, grave e de forte intensidade -, sua reação é de repentina agitação, “choro incoercível e com estremecimentos por todo o corpo [...] verdadeira reprise do reflexo descrito por Moro nos primeiros dias de vida”, complementa Bergès (2005/2008, p. 35). Para este autor, frente àquela “voz grossa”, a criança, que ainda não fala, produz um movimento laríngeo-respiratório. Quer dizer, numa cena como aquela, *produz-se um funcionamento que ultrapassou a função e a própria estrutura*. Wallon (1956) não deixou escapar esse excesso.

Na criança cuja atividade começa por ser elementar, descontínua, esporádica, cuja conduta não tem objetivos a longo prazo, a quem falta o poder de diferenciar suas reações e de fugir ainda às influências do momento presente, o movimento é tudo o que pode testemunhar a vida psíquica [...]” (p. 235).

De que ordem é esse excesso que surge entre estrutura, função e funcionamento? Para responder a esta pergunta, Bergès questiona justamente o *ideal de bom* intercâmbio entre estrutura, função e funcionamento, conforme ele figura na Neuropsicologia. Freud (1891 e 1893) já havia revelado, frente ao corpo da histérica e ao corpo do afásico, que entre essas instâncias não há coincidência ou relação direta. A estrutura é o suporte material para o exercício de uma função e seu funcionamento⁶⁶, contudo, a base orgânica não é ativada de maneira qualquer. Deve, sim, obedecer às leis da função. Note-se que há aí uma importante inversão. Não é a dinâmica celular que determina e delimita a função, *é o funcionamento da*

⁶⁶ O organismo é o equipamento neurobiológico de base, tanto do ponto de vista anatômico quanto celular - a função em seu exercício supõe o saber orgânico – isto é, a organização celular sobre a qual se apóia⁶⁶ (BERGÈS, 1998a).

função que promove uma certa dinâmica celular. Cabe agora perguntar: o que rege o funcionamento da função?

Em primeiro lugar, acompanhando Bergès, devemos admitir que o *corpo do ser* é dado, condição primeira da vida; o que é usualmente interpretado “uma ditadura genética” – é essa interpretação, afinal, que sustenta o discurso organicista e dualista sobre o corpo. A “cadeia significativa” também está lá, antes mesmo do nascimento do ser e isso não é sem consequências: “o bebê é falado antes mesmo do nascimento, ele é *receptáculo do discurso dos pais* ao seu respeito, evocador de semelhanças, da linguagem familiar, das origens da sexuação ...” (BERGÈS, 1986/1997, p. 53). Após o nascimento, a *imaturidade da estrutura* traduz-se na *submissão da função* aos cuidados maternos – garantia da sobrevivência do recém-nascido (da estrutura dada). Além dos cuidados com a higiene, a alimentação, o aquecimento da criança, a mãe impõe sua posição às funções mais elementares e automáticas como a função cardíaca, respiratória, digestiva. Aqui, *os imperativos remetem à temporalidade dessas funções e notadamente aos seus ritmos* (BERGÈS, 1998).

Assim, práticas corporais são impingidas ao organismo da criança pelo outro, que, dita como e quando agir, como se comportar para comer, para evacuar (o controle dos esfíncteres). Enfim, como estar numa sociedade civilizada. Bergès afirma que, desse modo, a mãe interfere nas funções primitivas da criança, impondo as regras segundo as quais o corpo deve funcionar. É isso que está implicado no *vir a ser criança* - a posição da mãe frente a esse organismo recém-chegado é *determinante da estruturação corporal e subjetiva do filho/a*.

O ponto em que chega Bergès é o de afirmar – como psicanalista – que *as engrenagens da máquina biológica são postas a funcionar sob o olhar do outro*. Já sabemos que “olhar”, no caso, não é aquele da Medicina, que pode desconhecer o sujeito. Trata-se do “olhar falado, que fala”, que dá sentido, que restringe direções. Nesse ponto, dizer que o *olhar fala e é fala*, significa considerar que ele funciona mais além do olho suposto pela Biologia. Essa posição teórica exige envolver um terceiro, fonte de sentido e de significações – fonte que imprime função ao olhar. O terceiro determinante é a linguagem – esse terceiro que se interpõe em relações concebidas como “duais”: díade, binômio, interação, fusão, par, relação mãe-

criança: “é aqui o ponto nodal do que Lacan traz, a saber, que *é preciso contar até três. É este terceiro que introduz a criança no simbólico, de uma só vez*” (BERGÈS, 2005/2008, p. 296-297) (ênfases minhas).

Nesse enquadre teórico, todas as manifestações do bebê são desde sempre recobertas por uma operação de significação, que se imprime no toque, no olhar, na fala e que mobiliza aqueles que cuidam da criança. Nesse ponto, cabe introduzir uma citação que perpassou minha formação:

É a linguagem, ou melhor, *le langage* – e nela está incluído o outro como semelhante e, na sua diferença, enquanto ‘outro’ – que precede e determina a transição da criança do estado de infans para o de falante. Em outras palavras, a criança é capturada por *le langage*, atravessada e significada pela *parole* do outro, matriz de sua identificação como semelhante – e membro da comunidade linguística e cultural – e como dessemelhante, referido a uma subjetividade figurada como individual (DE LEMOS, 1996, p. 27).

O outro, a mãe, é antes de tudo o *outro-falante*, alguém já submetido às leis de funcionamento da linguagem (DE LEMOS, 1992; 2002; 2006, entre outros) – outro submetido ao Outro. Trata-se de uma ordem “anterior e exterior ao sujeito, [que] não obstante o determina” (CHEMAMA, 2007, p. 282). É por isso que o outro, já capturado por esse Outro, tem sua palavra, gesto, olhar atravessado pela ideia de que o filho pode compreendê-la e “lhe dá o crédito do escutar” (p. 297). Desde o nascimento, a mãe demanda do bebê que ele responda a ela e por aí, ela supõe, também, uma demanda nele (“Ah! você está com frio” ... “Ah! você está com fome” ... “Ah!, você tem cólica”). Frente a tais considerações e observações afirma Bergès (2000/2008): “na criança, o simbólico vem primeiro, pois ele, o simbólico, pré-existe na língua e na linhagem, na língua da linhagem” (p. 301).

Lacan (1966/1998), ao discutir o que designou como “estádio do espelho” mostra que mais ou menos aos seis meses de idade, frente ao espelho, a criança *jubila* ao ver a própria imagem refletida. A criança, diz ele, que até então sentia o corpo como fragmentado, no espelho vê *uma imagem de si como uma totalidade*. Nesse momento, *a criança deixa a imagem e volta-se para a mãe* quem prontamente confirma: “sim, esta é você!”. O que Bergès (2000/2008) destaca desta cena é a ideia lacaniana de *antecipação*, de “antecipação da motricidade, da postura

num contexto de imaturidade básica” (p.294). Imaturidade do ponto de vista da função motora, mas não da visão. Como comenta Levin (2008), o bebê está imaturo para organizar e ordenar suas respostas, mas está maduro do lado das vias aferentes, sensitivas. É tal *discrepância constitutiva* que dá lugar ao Outro que, como vimos, faz suplência ao movimento ainda descoordenado da criança.

Desse modo, *antecipação* e *transbordamento* da função envolvem a questão do corpo do ser que é falante. A Psicanálise oferece, desse modo, outro modo de abordagem dos sintomas que atingem o corpo, como nas apraxias, uma abordagem que introduz a concepção de que o simbólico vem antes, afeta a estrutura, pois determina funções e funcionamento.

3.4.1. Real, Simbólico e Imaginário: uma fuga do dualismo

Se acima tomamos Piaget como modelo de uma perspectiva que sustenta-se no dualismo corpo-mente para explicar a constituição das praxias, nesta parte, nosso olhar se volta para Bergès, que tem em Freud e Lacan seus mestres.

Lacan aborda a questão do corpo a partir dos três registros fundamentais de seu ensino: Real, Imaginário e Simbólico. O registro do Real, definido como o *impossível*, remete àquilo que não pode ser simbolizado e que, por ficar fora dele, o Real “não cessa de não se escrever”. Ou seja, o Real *existe* e *insiste*, mas não se escreve pelo Simbólico (fala/escrita) nem pelo Imaginário (como realidade). É por isso que J-C Milner dirá que, por definição, do Real só se pode dizer que “há”: “proposição tética” de que nada mais pode ser derivado – a proposição de existência, que é a do Real, coloca a *impossibilidade da dedução*.

O corpo Real aparece de três maneiras no discurso lacaniano, segundo De Neuter (2007):

- *Real do corpo*: sustentado pela proposição da existência “há” e remete ao que se evadi, inclusive, de tentativas de teorização;

- *Corpo real*, que nomeia a matéria do corpo⁶⁷; e, por fim,
- *Corpo como objeto de rejeição* ou *recusa* - a rejeição de uma ou outra característica particular do corpo real.

No registro do Imaginário, que constitui o registro o engodo – é o registro do Eu e da Intersubjetividade “com tudo aquilo que comporta de desconhecimento e de alienação (...)” (CHEMAMA, 104). No caso do Imaginário, a suposição é que *há semelhante*, indica Milner. Dela, séries de proposições podem ser derivadas: “do fato de haver semelhante, concluiremos que *há dessemelhante* e, daí, que *há relação* - já que basta dois termos serem considerados semelhantes ou dessemelhantes para que uma relação entre eles seja definível” (MILNER, 1983/2006, p. 7) – e assim por diante.

Estamos aqui no domínio do que se designa “representação” – que é a matéria prima da constituição de uma *imagem de realidade*. Vimos, acima, Lacan destacar a constituição da *imagem do corpo* no Estádio do Espelho – ela implica o cruzamento do olhar da criança e do outro (além de sua fala) como fonte do reconhecimento a *imagem do corpo próprio pela criança*.

A ordem Simbólica faz do homem um ser “regido e subvertido pela linguagem”. O Simbólico tem primazia sobre o Imaginário, ensina Lacan. Milner diz, sobre essa primazia, que sem o Simbólico, “nada e singularmente nenhuma suposição poderia ser dita”. Sem o “Ah! é você no espelho”, a imagem do corpo não se define. O Simbólico captura o corpo real da criança num “banho de linguagem” (expressão de Lacan). O corpo falado, afetado pela linguagem é corpo falante - fala os significantes do Outro⁶⁸.

⁶⁷ O corpo real refere-se, por exemplo, à diferença entre os sexos, morte, prematuridade do neonato, ao patrimônio genético, à dotação fenotípica, defeitos de nascença, doenças adquiridas (paralisias, surdez, cegueira, infertilidade, amputação, lesão neurológica), etc.

⁶⁸ Não vou me deter nessa discussão, que demandaria um capítulo à parte. Eu não poderia, contudo, deixar de introduzir esses registros, uma vez que são centrais na Psicanálise. São eles que permitem romper com o dualismo que está presente nos discursos organicista e cognitivista que, afinal, são complementares, como bem nos mostra Piaget.

Apoiado na perspectiva lacaniana, Bergès (1998b) procura não perder de vista a articulação entre essas três dimensões (R/S/I) ao discutir acerca dos sintomas psicomotores. O autor sustenta que o sintoma motor tem por característica *ser inesperado e surpreendente*, mesmo apresentando-se de forma limitada e organizada. Segundo ele, essa manifestação “estruturada” indica que o sintoma motor reflete uma *perturbação na estrutura* do Sistema Nervoso Central, que produz como efeito o *movimento anormal* – “escandaloso e surpreendente” aos nossos olhos. Já, ao sintoma psicomotor não interessa seja a estrutura ou a função, que ela sustenta. O sintoma, afirma ele, não surpreende os olhos, e sim a escuta. Quer dizer: o sintoma ganha sentido no discurso de quem os descreve (no discurso parental, no discurso institucional, etc.)⁶⁹.

A direção assumida por Bergès movimenta um raciocínio bem próximo ao empregado por Freud (1893), quando este discute a distinção entre paralisias motoras orgânicas e histéricas. Semelhante à descrição das paralisias motoras histéricas, o sintoma psicomotor, diz Bergès (1998a), mostra sua dependência da linguagem – *uma articulação do funcionamento orgânico à inscrição [da linguagem] no corpo graças ao discurso/fala do outro* (que acompanha seu funcionamento, o precede e o nomeia). Aqui, Bergès parte do princípio de que o *corpo não é unicamente receptáculo* do que vem do mundo exterior, mas o suporte da inscrição significante que o constitui ao inseri-lo na ordem simbólica. Como afirma Lacan (1975/2009): “o homem habita um mundo simbólico” (p. 293):

Antes da palavra, nada é, nem não é. Tudo já está aí, sem dúvida, mas é somente com a palavra que há coisas que são – que são verdadeiras ou falsas, quer dizer, que são – e coisas que não são. É com a dimensão da palavra que se cava no real a verdade. Não há nem verdadeiro nem falso antes da palavra. Com ela se introduz a verdade e a mentira também, e outros registros ainda (p. 297).

Como vimos, o simbólico vem primeiro. Premissa que conduz Bergès ao entendimento de que quando a mãe fala da cólica de seu bebê, “ela fala do

⁶⁹ Bergès afirma que os sintomas psicomotores também estão presos na problemática envolvida na própria palavra “sintoma” - ou seja, eles levantam uma questão decisiva: diz-se do sintoma da Medicina que supõe uma relação causa- um efeito, sempre igual. Mas pode-se falar de sintoma considerando o fato de que o inconsciente existe.

abdômen da criança como lugar da função digestiva” – *fala que confere função à estrutura*. O acesso ao simbólico tem consequências, portanto – a maneira como a linguagem “banha o corpo” o constitui. Quando a mãe que fala da cólica do bebê, ela supõe que ele sente dor, que está doente, embora ela “não saiba nada sobre isso” – acredita tratar-se de dor ou de doença. O corpo real da criança é, pois, imaginarizado e simbolizada pela mãe⁷⁰.

Bergès (1998b) discorre sobre diferentes efeitos que a presença viva da criança produz sobre o outro e sobre o olhar e a escuta que ele poderá oferecer a ela:

- A criança pode ser, para a mãe, “puro real”. A mãe é incapaz de realizar a operação imaginária sobre o corpo da criança. A criança permanece no lugar de um *impossível de ser simbolizado*;
- O corpo da criança é uma extensão do corpo da mãe. A mãe não pode dizer nada sobre o corpo da criança, pois ele é o seu próprio – não há legitimação de funções - a fala da mãe, “que não banha a criança”, jamais poderá inscrever uma função como sendo da criança. Podemos compreender que um eventual “desenvolvimento anormal” dos funcionamentos corresponderia a um “confisco involuntário” pela mãe de parte do corpo ou de determinada função;
- A criança é, para a mãe, um misterioso produto de seu corpo. Bergès as chama de “mães inquietas”: aquela que querem, por exemplo, “dizer tudo”, recobrir o seu não-saber sobre a criança. Por exemplo: a mãe que é médica e que, apesar de saber tudo sobre anatomia e fisiologia (ou talvez por isso), não consegue simbolizar ou representar o corpo do bebê.
- O corpo da criança desmente, no Real, o saber da mãe. Bergès fala aqui das malformações, doenças genéticas, feridas, traumas, lesões, paralisia

⁷⁰ Deve-se considerar que a “teoria da mãe” sobre a criança vem de antes, vem de como ela foi cuidada, acima de tudo. Há herança simbólica.

cerebral, etc., ou seja, de sintomas que surpreendem o olhar. A mãe enfrenta aí o *impossível*, algo contrário e resistente ao seu *imaginário* e, com isso, a inscrição no *simbólico* fica ameaçada. Bergès afirma que, nessas circunstâncias, ela recua frente à linguagem⁷¹.

- Há risco também eminente quando uma *lesão é suposta, alegada* ou - como quando se usa a qualificação *Prejuízo Cerebral Mínimo* ou *Disfunção Cerebral Mínima*, comum na clínica com crianças. Nesse caso,

[...] não se pode senão representar [a lesão] sem a possibilidade de a demonstrar: não é a negação da lesão, é o “eu não digo que não existe lesão” que vem dirigir [...] autores no círculo do imaginário mais prosaico, o de “mínimo”, que os salva do nada ao qual eles não podem se restringir, por medo de passar por pouca coisa (BERGÈS, 1986/2008, p. 128).

Como disse no início desta parte, Bergès procura articular as três dimensões do Real, Simbólico e Imaginário em sua reflexão a respeito do corpo e dos sintomas psicomotores. Sob o prisma do *corpo real*, ou mais particularmente, sob o ponto de vista neurofisiológico, o autor apóia-se na idéia de existência de *pares organofuncionais* compostos por elementos da *motricidade lateralizada* e da *organização tônica de base*. Acompanhando os resultados de uma pesquisa realizada no Hospital Henri-Rousselle sobre o assunto, destacaram-se:

Atividade gestual lateralizada usual	Atividade gestual lateralizada espontânea
↓	↓
Organização tônica da periferia do corpo	Organização tônica do eixo do corpo

Cabe lembrar que o tônus é a qualidade do músculo de estender e tensionar, promovendo o movimento ou a manutenção do repouso. É, portanto, o

⁷¹ Há risco da lesão real: o déficit pode ser patente. Podemos assistir aos efeitos de uma dupla identificação, do lado da mãe e do lado da criança. Os riscos dessa dupla identificação ao déficit participam da infância do sintoma” (BERGÈS, 1986/2008, p. 131).

tônus que subjaz à motricidade. Nas atividades práxicas, quer dizer, a partir do momento em que o movimento se realiza no espaço com uma finalidade ou objetivo, a relação entre o impulso motor e a qualidade da estrutura efetora concorre para o planejamento da ação e do espaço da ação. Desse modo, entende-se que, subjacente ao movimento práxico, há os dois pares organofuncionais de que falamos acima. Num distúrbio práxico (numa apraxia), o gesto poderia estar bem estabelecido, mas seu suporte tônico axial alterado. Constitui-se, assim, um quadro de *alteração do projeto motor* pela “incapacidade [da criança] de se colocar em relação ao objeto sobre o qual a ação deve se exercer (p. 108)”. A noção de pares organofuncionais implica a admissão de uma assimetria constitucional entre o gesto e o tônus muscular, que se refletiria no desenvolvimento da função motora e das praxias, bem como na passagem para a patologia, que surge pela contradição entre esses pares: “É na junção entre a função motora lateralizada e a organização tônica que se situa o reflexo do impacto da patologia” (BERGÈS, 1979/2008, p. 106).

No que concerne ao aspecto neurológico, a sua *estrutura*, a concepção fundamental é a de que o eixo corporal é composto pelas estruturas anatômicas mais arcaicas (cabeça, pescoço e tronco) e, portanto, está mais apto a funcionar nas primeiras fases do desenvolvimento sensório-motor, quando a imaturidade ainda é muito grande. É esse eixo que, nesse período, envolve os grandes *ritmos vegetativos* (é o que existe e o que funciona), permitindo “reações ao ruído, à voz da mãe, reações de perseguir e de fixação dos olhos na luz, e, talvez, sobretudo, todas as reações de equilibração” (BERGÈS, 1979/2008, p. 476).

Do ponto de vista genético, diz Bergès, é a partir do eixo corporal que se estabelece “o que é dentro” e “o que é fora” e as adaptações iniciais dos ritmos biológicos do bebê aos ritmos da mãe e do mundo. É sob esse fundo tônico que se formam as primeiras coordenações motoras e, também, os primeiros acontecimentos da vida emocional. A função tônico-postural, diz Wallon (1956), volta-se tanto para expressão – “o tônus vindo de qualquer maneira e ao mesmo tempo preparar e apoiar a ação, o grito, a voz”, quanto para a recepção – “receptáculo da postura” (BERGÈS, 1979/2008, p. 478). A flutuação do tônus neurológico abre caminhos que vão dar na comunicação – o intercâmbio aqui é entre demandas e respostas.

Dor (1989/2008) explica que, de início, a criança é um organismo cativo dos imperativos de necessidades orgânicas, apresentando unicamente reações físicas ao desconforto e à tensão gerados por uma dada privação. Não é possível supor que ela poderia desvencilhar-se sozinha desse estado de tensão, tendo em vista a prematuridade do recém-nascido. Nessas condições de *desamparo* (como apontava Freud), a criança precisa do outro (a mãe, na maioria das vezes) para satisfazer necessidades e apaziguar desconfortos. Esse outro, como dito acima, interpreta a reação física da criança como uma demanda, um pedido dirigido a ele, significando, assim, manifestações corporais. A intervenção do outro leva a criança ao “repouso orgânico” (DOR, 1989/2008, p.144-145).

Desse modo, podemos dizer que os prazeres e desprazeres que tocam as vivências psíquicas da criança vão além da confortante sensação de satisfação plena de uma necessidade ou da diminuição de um desconforto físico – tais sensações são enganchadas em cadeias significantes do outro. Essa primeira experiência de satisfação deixa marcas, traços no corpo da criança. Isso significa dizer que sob efeito da privação e interpretação, o corpo passa a demandar (DOR, 1989/2008).

Bergès (1998b) ensina que o saber da mãe – sua teoria sobre a criança - pode constituir, ou não, o corpo como suporte das inscrições significantes, isto é, *pode pôr a estrutura a funcionar ou a (dis)funcionar*. O elemento primeiro é o grito do recém-nascido, que é logo promovido à condição de significante. Nele, no grito do recém-nascido “é o desejo como tal que a mãe, enquanto sujeito, deve reconhecer” para, assim, pôr um corpo a funcionar (BERGÈS, 1986/2008, p. 129).

Resumidamente, no início temos o Real e o Simbólico: o organismo e a linguagem. É a incidência da linguagem sobre o organismo que produz um sujeito e um corpo. Sendo assim, temos que a ação se funda sob a gerência da linguagem. Como aponta Lacan (1975/2009, p. 331): “um gesto humano está do lado da linguagem e não da manifestação motora”. Pensar a patologia sob essa perspectiva significa partir do pressuposto de que as dispraxias são perturbações conjuntas *da imagem corporal e da gestualidade* que visam um objetivo. Trata-se de uma desorganização

da gestualidade no tempo e no espaço - *o corpo não pode se enquadrar em coordenadas espaciais e/ou não pode reproduzir estruturas rítmicas* (BERGÈS, 1986/1997).

Sendo assim, com Bergès (1998b), para agir, o corpo deve ser emoldurado, capturado pelos ritmos e pelo olhar do outro: “é, pois, através do corpo enquanto receptáculo, supondo uma inscrição, que se pode captar a significação dos distúrbios e estabelecer uma terapêutica em cujo centro estará o corpo, o corpo do homem que fala” (BERGÈS, 1986/1997, p. 55).

Pensando no enodamento entre Real, Simbólico e Imaginário, podemos dizer que apraxias podem ser acontecimentos tardios na vida de um sujeito. Elas podem aparecer devido a doenças, por motivo traumático. No caso da Apraxia de Fala, ela pode ser instalada por lesão cerebral e pode (ou não) acompanhar quadros de afasia. Uma afetação no *real do corpo* pode abalar o gesto articulatório, pode afetar a fala e interferir no laço social. Isso não significa, contudo, que a Apraxia retire o sujeito da esfera do simbólico. Insta-se, a rigor, um desacerto entre a realidade do corpo afetado e a imagem que se tem/tinha corpo próprio. Sofrimento.

Capítulo IV

Algumas considerações sobre ocorrências clínicas

A apraxia nos convoca a problematizar a relação entre corpo e linguagem, como procurei fazer nos capítulos anteriores. Tendo em vista as discussões realizadas, espero ter iluminado minha posição frente à questão – a teorização encaminhada no Grupo de Pesquisa é afetada pela Linguística Estrutural – mais particularmente, pelo estruturalismo europeu e o Interacionismo – e pela teorização da Psicanálise sobre o sujeito.

No âmbito da Clínica de Linguagem – teorização bastante original sobre patologias e sobre a clínica que acolhe pessoas com queixas de problemas na fala e na linguagem; discussão teórico-clínica que é desenvolvida no LAEL-PUCSP -, não escapamos a exigência de refletir sobre a noção de gesto articulatório⁷².

Gesto articulatório é expressão que faz referência a “movimentação dos órgãos fonoarticulatórios (OFA) cujo objetivo [esteja ligado a produção] de um som modulado com ou sem significado linguístico” (RODRIGUES, 1989/1999, p. 15). Em outras palavras, a expressão remete a comandos motores do sistema nervoso central para determinados segmentos do corpo – para os órgãos envolvidos na produção de sons da fala. Desse modo, no âmbito dessa definição ampla e focada no aspecto orgânico, acredita-se que a cada gesto articulatório corresponda a um fenômeno acústico distinto.

Rodrigues (1989/1999), no entanto, esclarece que gestos articulatórios são encadeados na fala, que se imprime no contínuo sonoro, cuja segmentação é apreendida “a partir de um esforço teórico-metodológico” (p.15). Para o autor, tal esforço deveria levar em consideração as diversas condições de produção acústica e as

⁷² Faço referência ao Grupo de Pesquisa CNPq-LAEL, que desde 1995, reúne fonoaudiólogos e educadores, voltados para uma reflexão sobre sintomas na fala e sobre dificuldades envolvidas na relação criança-escrita. Esta vertente de reflexão tem impacto nacional e internacional.

estratégias articulatórias presentes nos diferentes contextos supra-segmentais (ritmo e entonação), ou seja, deveria considerar os diferentes padrões de ajustes do trato vocal, que seriam definidos pelas regras fonológicas de uma língua particular. Albano (1992, 1999, 2001, entre outros), na mesma direção, aposta na existência de uma continuidade entre o controle da motricidade articulatória e o uma representação fonológica. Essa autora está inserida numa perspectiva conhecida como Fonologia Articulatória⁷³, apoiada em pressupostos condizentes com *modelos dinâmicos de produção da fala*. A proposta teórica sugere um deslocamento do primitivo de análise, de noções estáticas e abstratas (como fonemas e traços) para a de *gesto articulatório*, tomado na dinamicidade dos órgãos fonoarticulatórios (SILVA, 2003).

O gesto articulatório ganha, assim destaque – é o foco da análise. Entende-se que sua apreciação quantitativa é essencial para a realização de uma descrição linguística adequada da fala. Dito de outro modo: trata-se de uma abordagem que se afasta de conceitos abstratos e se aproxima do corpo, das (a)praxias, já que o gesto linguístico ganha relevo. Assim, o “linguístico” ganha extensão para no corpo uma vez que, o estabelecimento de distinções fônicas o inclui – ainda que elas não se manifestem no produto acústico final (ALBANO, 1999). Para Albano há, de fato: “coerência íntima entre corpo e espírito da fala” (ALBANO, 2001, p. 31).

Note-se que falar em *gesto* é evocar o corpo, nesta perspectiva entendido como articulação entre substrato orgânico e mental (representação do gesto). Aí, a linguagem comparece como conhecimento cognitivo interiorizado e alocado na mente (DE LEMOS, 1995; LIER-DEVITTO, 2003). Incluir a materialidade do corpo na reflexão sobre a linguagem é, a meu ver, uma grande conquista inequívoca desta proposta teórica – é exigência ética reconhecer este passo, embora a concepção de corpo que a sustenta não coincida com a que orienta minha reflexão nesta tese. Naquela proposta, está presente a essa ideia de que a mente, enquanto entidade alojada no organismo (mais precisamente no cérebro), serve-se do suporte orgânico “para agir sobre o mundo de forma dirigida e adaptada e para instituir o conhecimento”

⁷³ Proposta desenvolvida por Browman & Goldstein, entre o final da década de 1980 e início de 90.

(LIER-DEVITTO, 2003, p. 235). Nela, parte-se do pressuposto de que a mente se exterioriza nos movimentos corporais. Assim, quando uma doença atinge a máquina somática, logo fica entendido que o corpo torna-se inapto para veicular o conhecimento contido na mente, ou, que a própria regulação mental que nele incidiria se torna inviável.

Em que pese a excelência da discussão e a consistência teórica da argumentação desenvolvida por Rodrigues, Albano e outros pesquisadores, - argumentação que, sem dúvida os distingue -, o dualismo corpo-mente não é abalado (mas sustentado) e, sob este aspecto, esta vertente não se distingue do tipo de visada sobre o problema das (a)praxias de fala, que é conduzido por ampla maioria de clínicos e estudiosos. Na linha das definições etiológicas, o sintoma apráxico é considerado uma manifestação externa de perturbação orgânica e mental (lesão cerebral, ainda que nem sempre atestável, e déficit na programação dos movimentos). Dessa articulação desajustada entre corpo-mente decorreria a produção de movimentos desajeitados e mal dirigidos. Vê-se que, a noção de apraxia como um problema orgânico/mental, assimila corpo-falante a organismo (LIER-DEVITTO, 2003) – uma posição que não é assumida nesta tese.

A postulação de uma “coerência íntima” entre os domínios do corpo-orgânico e do mental-linguístico aponta também para outra direção. Se o conhecimento linguístico se exterioriza por meio do gesto articulatório, este último é lócus da aproximação do organismo-mente com a linguagem, deixando ver que algo falta aí no funcionamento orgânico propriamente dito – algo é deixado de fora. Vejamos: do mesmo modo que o caráter voluntário do movimento é remetido à representação mental que incide sobre estruturas orgânicas (VASCONCELLOS, 1999, 2006, entre outros), o estabelecimento de uma lógica interna entre o gesto articulatório e as distinções fônicas da língua “aponta para o fato de que um corpo não pode ser reduzido estritamente ao orgânico e não se confunde com ele” (VASCONCELLOS, 2006, p. 291). Parece-me que o que é deixado de fora é precisamente “um sujeito que faz ruído” na imprevisibilidade que se manifesta entre o gesto montado no corpo e sua manifestação fônica. Entre o gesto e a realização... há espaço para o não-esperado – nas apraxias de fala, o “não esperado” não é da ordem de um erro de avaliação do contexto, mas remete a uma fixação que pode ter sido desencadeada

pelo *corpo real* (mas não unicamente) – ele não vem só, mas enodado no simbólico e no imaginário ⁷⁴.

Bergès (2007) sustenta que o aparecimento da fala remete a uma perda. Segundo o autor, bem perto de Jakobson (1940), os bebês nascem, com estruturas orgânicas para pronunciar os sons/fonemas de todas as línguas – “competência”, é bom frisar, não no sentido de Chomsky (conhecimento linguístico inato), mas no de uma potencialidade motora de articulação, que é “perdida” quando o corpo é capturado por uma língua. Para ele, este é o maior exemplo ou manifestação de *perda da função por falta de funcionamento*. Para Bergès, este fato mostra que seja por perda sináptica, seja por influência do externo ou por recalcamiento, a *linguagem é que impõe restrições e limites ao organismo*. De fato, a potencialidade motora, indicada por Bergès, tem relação com o fato de que nosso aparato orgânico não vem equipado com um “aparelho fonador”, programado para produzir fala articulada. O corpo é aparelhado depois - quando a ordem simbólica toca e marca o corpo real e constitui o fala-ser. Entende-se, assim, a afirmação de Vorcaro (1999, 2003, entre outros) de que a incidência da matriz simbólica no organismo é condição necessária para o advento da fala – frente a tal afirmação, é impossível assimilar corpo-falante a organismo.

A Clínica de Linguagem testemunha cotidianamente que o corpo do ser que fala não é redutível a um substrato orgânico isolado (a corpo-real). Os sintomas na linguagem desafiam o dualismo corpo-mente por colocarem em evidência uma *falta-falha de um sujeito que nada pode fazer para mudar sua condição*, uma falta-falha que faz marca de sua presença no corpo da fala (LIER-DEVITTO, 1999, 2000, 2003, 2006)⁷⁵.

Mesmo quando a lesão orgânica é atestável,

⁷⁴ Penso, aqui, nas apraxias históricas da pacientes de Freud, como modelos de “afecções” simbólicas e imaginárias – uma delas gaguejava, inclusive – podemos lembrar *Dora* e *Emmy von*.

⁷⁵ Esta é uma afirmação recorrente em todos os trabalhos dos pesquisadores do GP *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* – é, portanto, uma proposição.

[...] há sempre um excesso que ultrapassa a lesão, mesmo quando ela impede o movimento de um corpo. 'Excesso' que transborda, inclusive, do silêncio verbal de um sujeito. Transborda em expressão mínima: num olhar, num pequeno gesto, num choro, num sorriso. Excessos que dizem de um corpo falado/investido e que investe na parcela que resta de 'vivo' em seu organismo prejudicado (LIER-DEVITTO, 2003, p.238).

Foi, de fato, o que Vasconcellos (1999, 2010) viu sua prática clínica e em escolas com crianças portadoras de paralisia cerebral. Dedicada ao atendimento de pessoas com severas limitações motoras, esta fonoaudióloga foi interrogada por algo que ultrapassava a precária condição motora de seus pacientes. Vasconcellos via, nas limitadas “(a)praxias” desses sujeitos, a presença de “fala”, embora ela não fosse oralmente articulada. Olhares e poucos gestos insistiam e eram endereçados ao outro (VASCONCELLOS, 2006) – “corpolingüagem”, como diz Leite⁷⁶. Vasconcellos, frente a este “algo a mais” não pode deixar de perguntar: “afinal, o que é um corpo?” (VASCONCELLOS, 1999, 2006, 2010).

Com Bergès (2008), podemos dizer que a autora testemunha o *transbordamento do orgânico pela incidência da linguagem*, ao deparar-se com um corpo real profundamente prejudicado e que insistia na direção do outro – um corpo como ela disse, “significado e significante”. Movida por esse “achado” incontornável, Vasconcellos (1999) dedicou-se à discussão do caso clínico de uma criança que, a despeito da impossibilidade de executar movimentos articulatórios, apresentava *na escrita marcas de oralidade* – marcas da oralidade num corpo que escreve, mas que não pode falar. Vejamos um segmento apresentado por essa autora:

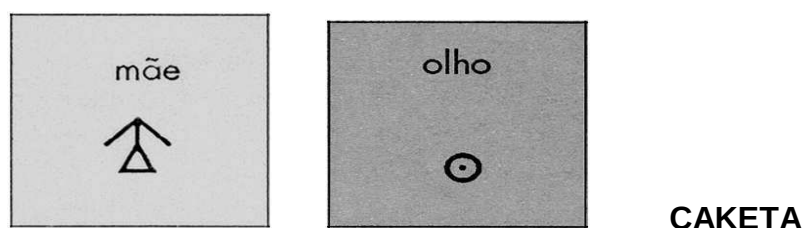
A menina, de 8 anos, escreve uma narrativa a partir da história de “João e Maria”. Essa história havia sido contada e recontada para ela na escola. A terapeuta pediu que ela fosse escrita. Abaixo, uma pequena parte dessa produção:

TOCARO A CAMPARINHA A BRUXA TAMTEL A
BRUXA PREMTEL O JUÃO NA GAOLA

⁷⁶ A expressão o “corpolingüagem”, que está impressa na coletânea organizada por Nina Leite marca a impossibilidade de separar corpo e linguagem.

Nesse recorte, vemos “tocaro” por “tocaram”; “Juão” por “João” são exemplos de que, na escrita de S., a fala faz presença. Dados como este levaram Vasconcellos a concluir que, a despeito da ausência de oralidade, de um corpo privado das “praxias articulatórias de fala”, elas se manifestavam no corpo – através da mão que escreve – deslocamento simbólico no corpo que é da maior relevância clínica e teórica. A pesquisadora se perguntou, em 1999, de onde partiam tais marcas de fala se menina não podia realizar gestos articulatórios? Em busca de resposta para essa pergunta, acompanhemos mais um exemplo apresentado pela autora.

Uma sessão de terapia tem início com a seguinte pergunta dirigida S.: “o que aconteceu no seu fim de semana?” A que a paciente responde⁷⁷:



Essa produção causou estranheza. CAKETA, apesar de uma combinação possível no português, não parecia interpretável. Foi a partir de um diário, que era solicitado à mãe, que uma interpretação foi possível.

T. Ahn? Não entendi. Deixa eu ver o que a sua mãe escreveu aqui sobre o fim de semana. Ah! É “garganta”!
A sua mãe olhou a sua *garganta*!

A substituição CAKETA por “garganta” ganhou uma leitura que nos interessa aqui. Em banca de qualificação da referida dissertação de mestrado, a Profa. Dra. Sandra Madureira sugeriu, com base na Fonologia Articulatória, a seguinte explicação:

⁷⁷ É preciso dizer que essa paciente havia sido introduzida nos símbolos Bliss e à escrita alfabética. Assim, sua produção era composta por símbolos gráficos, escrita e, como vimos, oralidade. O dado que segue é exemplar desse cruzamento.

[...] /k/, em **CA** e **KE** de **CAKETA** e o /g/, em **ga** e **gan** de "garganta", são gestos articulatórios recuados, o que explica essa substituição:

CA KE TA
gar gan ta

E, a língua, ao fazer o movimento de /ã/ (garganta) para o /t/ (garganta), vai para a frente. Nesse sentido, /ã/ está mais para /e/ (que é mais frontal) do que para /a/ (que é mais recuado). Entende-se, assim, a substituição de /ã/ por /e/, no caso desta produção de S., que exprime um movimento articulatório "para frente". Isso só pode ser apreendido quando se leva em conta o **gesto articulatório** que envolve, como sublinhou a pesquisadora, uma interpretação dinâmica e não estática, como as produzidas por análises que se apoiam na noção de traços distintivos (VASCONCELLOS, 1999, p. 89-90).

Note-se que a análise apresentada expôs a tal "coerência íntima entre corpo e espírito da fala", a que faz menção Albano (2001). A análise dinâmica do gesto articulatório em relação às distinções fônicas, que ele executa, corroborou a hipótese de determinação sonora na escrita dessa menina impedida de falar. A partir desses e outros dados dessa paciente⁷⁸, Vasconcellos chega à conclusão de que se *há fala na escrita é porque há fala na escuta* – há Outro na escuta do ser de linguagem. Tal afirmação exige a distinção entre ouvir/escutar: "‘ouvir’ é fenômeno fisiológico e ‘escutar’ é mais do que isso: envolve ‘interpretação’, um efeito da linguagem sobre o corpo" (VASCONCELLOS, 2006, p. 290), ou melhor, um efeito da articulação sujeito-língua-fala (ANDRADE, 2003), que não vem "depois", mas que se instala no nascimento – para o humano não haveria, portanto, uma linha do organismo e uma do falante como paralela – há "falasser" (1978/1987), "corpolingagem" (GP *Semaisoma*). *O corpo é Um*, disse Lacan, a partir de Freud.

De fato, apesar do corpo real de S. trazer a marca de um impossível de articular fala, o que dele restava como (a)praxia, (olhar, meneios de cabeça, mãos, etc.) mostrava primazia da linguagem. Vale destacar que, via de regra, as ações clínicas fonoaudiológicas voltadas para pacientes com paralisia cerebral se resumem a tentativas de "fazer o paciente oralizar". Vasconcellos adverte: assim, a

⁷⁸ Recomendo a leitura da dissertação de mestrado e tese de doutorado dessa autora, nas qual as questões que apresento são discutidas detalhadamente em amplo material clínico.

Fonoaudiologia acaba por incidir justamente naquilo que o paciente “não pode mesmo fazer – aquilo que representa um impedimento orgânico efetivo”. Desse modo, fica clara uma concepção de fala que “ignora a natureza linguística [desta] e a reduz a uma mera composição sinérgica de movimentos, supondo, de maneira equivocada, à sua execução, um caráter voluntário” (VASCONCELLOS, 2006, p. 291).

Nota-se aí a *reprodução* irrefletida de um discurso médico-organicista sobre a fala e sobre o corpo que fala. Aliás, foi por não negligenciar a *fala no corpo*⁷⁹ que Vasconcellos fez descobrir tanto a fala na escuta, quanto na escrita alfabética e nos símbolos dos conhecidos SSACs⁸⁰. Sem dúvida, na base desta reflexão está Saussure com a o objeto da Linguística – *La Langue*: um funcionamento simbólico universal, que é determinante de toda manifestação de linguagem – seja ela escrita, oral, gestual; seja ela sintomática ou não. E na articulação entre *la langue* e *la parole* que o corpo do falante é posto em ação⁸¹: *não há fala sem falante, nem fala sem Língua*. As patologias da linguagem “não podem desconsiderar o falante, o corpo falante [...], [pois] é na execução que o ‘patológico’ se mostra, acontece na fala de um ‘falante real’ e singular” (LIER-DEVITTO, 2003, p. 236). De um lado, temos o corpo da fala – densidade significativa estilhaçada pela condição sintomática, e de outro, o corpo falante preso num gesto sintomático, falho, excessivo ou faltante.

Podemos considerar que no campo das ditas patologias de linguagem sempre há uma *não coincidência entre fala e escuta* (como vimos acima). Nas produções escritas de pacientes com paralisia cerebral a escuta mostra a fala (que não vem) num corpo devastado pela lesão, mas capturado pela linguagem. Em pacientes afásicos, destaca-se a divisão produzida pelo estranhamento da fala “entre uma escuta presa no imaginário da língua constituída e o corpo que falha” (LIER-DEVITTO, 2003, p. 238).

⁷⁹ O trabalho de Vasconcellos se filia à reflexão tecida no âmbito da “Clínica de Linguagem”, expressão que ganhou contornos particulares no Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem” (CNPq), liderado, atualmente, por Lier-DeVitto e Arantes no LAEL/PUCSP. Nela é assumido “compromisso ético com a fala do paciente” (FONSECA, 2009, p. 41) e com a singularidade que marca a relação do sujeito com a linguagem.

⁸⁰ Sistemas Suplementares e Alternativos de Comunicação.

⁸¹ Jakobson, Benveniste e, com eles, De Lemos são precursores dessa direção.

Fonseca & Vorcaro (2006) discutiram o caso de Luciana, uma moça que, aos 22 anos de idade, sofreu um acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI), deixando-a com tetraplegia, afásica e apráxica: com problemas relativos à mastigação, deglutição e respiração. No que dizia respeito à clínica fonoaudiológica, a demanda por atendimento estava relacionada à superação das severas dificuldades de alimentação e de comunicação⁸². Como se vê, o quadro clínico da paciente incluía prejuízos notáveis decorrentes de “trauma” no corpo real.

Luciana não mais falava, mas logo que ela saiu do coma, os pais souberam que apesar disso, a filha “escutava perfeitamente e entendia o que se dizia a ela” (FONSECA & VORCARO, 2006, p. 415). No início, o *corpo falava letra-a-letra, com o piscar dos olhos* para cada vogal e consoante, que era escrita num papel pela mãe. Depois, após investimentos fisioterápicos e em terapia ocupacional, a composição das sequências de palavras era realizada pela própria Luciana, com o *apontar letra a letra*. Para Fonseca, os pais “puderam ver a possibilidade do corpo de escutar e de falar sem oralizar” e mais, que: “[...] o procedimento montado pela mãe era decorrente de um pedido para que o corpo de Luciana falasse” (FONSECA & VORCARO, 2006, p. 415).

Nas sessões diagnósticas, que se seguiram às primeiras entrevistas, foram efetuadas avaliações dos OFA e de linguagem. Na avaliação de linguagem, concluiu-se que a ausência de fala oralizada não estava relacionada a uma dificuldade de natureza propriamente linguística. Pelo contrário, no “falarescrever”⁸³ de Luciana, Fonseca não surpreendeu dificuldades referentes a sua posição de falante e de intérprete da linguagem. No exame da motricidade oral, constatou-se uma perturbação de natureza sensorial e motora dos OFAs, além de tempos mínimos de inspiração e expiração – alterações que foram diretamente relacionadas ao comprometimento das funções de sucção, mastigação, deglutição, bem como à ausência de fala articulada. Entendeu-se que o conjunto dos problemas sensório-motores, deixava à mostra a impossibilidade de estabelecimento de distinções tanto

⁸² Essa paciente foi atendida na DERDIC/PUCSP. O atendimento fonoaudiológico foi realizado por Fonseca, quem, ao longo do tratamento, encaminhou Luciana para a clínica psicanalítica (aqui a responsável foi Vorcaro).

⁸³ Expressão de Fonseca & Vorcaro (2006).

do ponto de vista articulatório quanto acústico, o que significava dizer que a alteração da musculatura oral impedia a execução da face articulatória da linguagem.

Pode-se reconhecer, neste relato do caso de Luciana, uma condição sintomática muito próxima daquela que apresentam pacientes com paralisia cerebral. Em casos mais graves, encontramos a mesma impossibilidade de controle da motricidade e a ausência de oralidade. Aliás, era esta a condição da paciente apresentada por Vasconcellos (1999, 2006, 2010). No entanto, é claro que há diferenças a serem consideradas e, uma delas, parece-me ser essencial.

Afásicos “guardam nostalgia do passado”⁸⁴. Isso porque a lesão realiza um corte, entre o antes e o depois da doença, que instaura um intenso drama subjetivo. É o que afirma Fonseca (2002) ao definir “a afasia como fala em sofrimento que produz um conflito subjetivo” (LIER-DEVITTO, FONSECA & LANDI, 2007, p. 25). Essa condição singular do sujeito afetado pela afasia justifica o insistente “quero falar” de Luciana [...]. A oralidade, para ela, era um norte” (FONSECA & VORCARO, 2006, p. 415).

A necessidade de terapia miofuncional de OFAs e respiratória foi indicada – uma incidência direta no real do corpo, que poderiam favorecer a presentificação de uma fala. Nessa direção, o objetivo terapêutico era ultrapassar o obstáculo imposto pelo comprometimento neuromuscular ao gesto articulatório. Por outro lado, optou-se também “por um criar/abrir espaço para a produção de sons que, ali [no atendimento fonoaudiológico], foram ganhando o estatuto de ‘sons da fala’” (FONSECA & VORCARO, 2006, p. 419). O procedimento adotado foi *ler textos escritos*, que pode parecer absurdo, haja vista a precária condição motora e respiratória da paciente. Ele teve, contudo, o objetivo de acentuar o reconhecimento da condição de falante e Luciana, de seu pedido: “quero falar”. Na base dessa decisão clínica estava a asserção de que a Clínica de Linguagem com afásicos é lugar de acolhimento do apelo de um sujeito por ser reconhecido e reconhecer-se no falar (FONSECA, 1995, 2002, 2009; FONSECA & VORCARO, 2006). Não escapou a Fonseca e Vorcaro a importante indagação: por que era especialmente sobre a fala que o pedido recaía?

⁸⁴ Expressão usada por Fonseca (2001, 2002, entre outros) a partir de Canguilhem (1966/2000).

Pela escrita, Luciana pôde falar. No entanto, no dispositivo de apontar letras numa cartolina, ela encontrava limites: “esse método é extremamente lento, experimente fazer uma frase apontando e veja que discrepante diferença senti entre falar e soletrar. Além de lento, esse método cansa o ouvinte. A pessoa ou se adianta no que quero dizer, ou desiste de me ouvir” (*apud* VORCARO, 2003, p. 130). De fato, a eficácia do método dependia de fatores tais como: a destreza do gesto de apontar e a leitura oferecida pelo outro, que muitas vezes antecipava o dizer de Luciana ao antecipar a próxima letra.

De acordo com Vorcaro (2003), a leitura de letras apontadas é uma atividade dissipadora do dizer, uma vez que nela se assiste a redução da fala a uma transmissão de informação. Mais do que isso, a autora aponta que:

A mudez lança Luciana no limbo da dessubjetivação, confrontada à posição de coisa do mundo. [...] Se pode dizer ‘não!’, ela não pode contar com a alternativa de mentir, de dissimular ou com os requintes que poderiam submeter o outro e lhe dar algum poder (p. 134).

É preciso reconhecer, todavia, que esse dispositivo frustrante garantiu a sustentação de uma condição de falante para Luciana. Tempos depois, ela abriu mão do resgate da fala, abandonou o tratamento para dedicar-se à divulgação do livro que havia escrito, isto é, em prol da conquista do *falarescrever*, brindada com a publicação de livro de sua autoria.

A interpretação oferecida para o quadro sintomático de linguagem ficou próximo de um raciocínio bastante difundido na literatura afasiológica, qual seja, o de que a escrita é o “instrumento através do qual, num paciente que não apresenta fala oralizada, estabelece-se a diferença entre as desordens de natureza linguística e aquelas de natureza fisiológica” (FONSECA & VORCARO, 2006, p. 426). Essa distinção, clássica na área, torna, contudo, afasia, anartria e apraxia *entidades clínicas segregadas*. Luciana seria, então, *anártrica* e, com a evolução do tratamento havia se tornado *disártrica*?

Fonseca admite ter havido precipitação no diagnóstico e afirma só ter-se dado conta disso ao escrever sobre o caso. Nesse sentido, ela faz menção a “**um mistério convocado pelo sintoma de Luciana**” (p.424), que foi traduzido nas seguintes perguntas: “1. a ausência da fala oralizada, no caso de Luciana, é sintoma de natureza meramente fisiológica? 2. presença da escrita permite um diagnóstico sobre a fala não oralizada?” (p. 426). A Clínica de Linguagem atesta que *nem sempre escrita preservada é sinônimo de fala sem sintoma*, e vice-versa. Essa observação sinaliza, segundo Fonseca, para o fato de que a relação entre essas duas modalidades da linguagem não é paralela ou de espelhamento. De fato, a escrita no caso de Luciana mostrou, do mesmo modo como mostram pacientes com paralisia cerebral, que a uma queda da fala não deixa um sujeito fora da linguagem.

Certamente há corpo real, mas ele é, de pronto tomado pela linguagem – de início, com disse acima, há corpo real e linguagem e eles “se corrompem mutuamente” (Milner,1978/1987) - a integridade do equipamento neurofisiológico de base é importante, como vimos com Bergès, mas não decisiva ou o único fator determinante. O corpo fala no que restar de possibilidade de movimento porque é corpo capturado pela linguagem. Nessa direção, “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 & VORCARO, 2006, p 425), ou seja, o ato motor deve ser gesto de linguagem. O mesmo raciocínio se aplica a diagnósticos de Apraxia de Fala, como veremos abaixo.

Márcia sofreu o primeiro AVE pouco antes de seu vigésimo sexto aniversário e pouco antes do início de sua vida profissional. Aos 31 anos tem início seu tratamento, em dezembro de 2006. Seu diagnóstico era de Síndrome de Moyamoya⁸⁵. Parece ter sido em decorrência dela que, entre 2001 e 2002, Márcia teve quatro ocorrências de AVEs no hemisfério esquerdo - o que abalou severamente sua fala. Quando recebi esta moça no consultório, ela falava muito pouco. Segmentos isolados, de maior ou menor extensão, irrompiam com esforço

⁸⁵ Trata-se de uma doença cerebrovascular oclusiva crônica “que acomete as artérias do sistema nervoso central (SNC), provocando trombozes, isquemias transitórias de repetição e hemorragias intraparenquimatosas; [que atinge] com maior frequência pessoas de origem japonesa” (JUNIOR, PARADELA, HORIGUSHI, 2001).

visível. Eles eram apareciam ao longo de intervalos prolongados, numa fala muito pausada, hesitante e mal articulada. A dificuldade articulatória era atravessada por omissões e substituições de sons, formando, por vezes, segmentos ininterpretáveis. Além disso, a voz era de fraca intensidade e sua entonação monótona. Eu observei que essas tentativas eram de alguém que “parecia não saber onde colocar a língua” para falar - o que sugeria a presença de Apraxia de Fala. Pude constatar, também, que Márcia sofria com uma *apraxia oral não verbal*, isto é, com a incapacidade de produzir eficientemente movimentos com os órgãos fonoarticulatórios (OFA), quando solicitada a repetir, embora ela conservasse a capacidade de “produzir automaticamente ações similares” (TAMARIT, 2006). Por exemplo, Márcia podia limpar os lábios com a língua após comer um pedaço de bolacha, embora não fizesse o mesmo movimento quando eu solicitava.

Suas tentativas de falar incluíam gestos e expressões faciais sugestivos. A presença dessa gestualidade, ocupando o espaço enunciativo, era frequente. Além disso, a moça escrevia “letras e palavras no ar”, com seu dedo indicador, como se ele fosse um lápis. A *escrita no ar* era um importante artifício para a fala, ainda que esta viesse estranha. Acontecimentos como esses e a presença forte de gestualidade mostravam um corpo em ação, *corpo enganchado na cadeia significativa* (SOLER, 2007/2010, 2009).

A *escrita no ar*, no entanto, não me ajudava muito na interpretação de sua – elas foram, para mim, invisíveis performances de escrita. Eu pedia que ela escrevesse numa folha de papel - o que nem sempre era atendido. No papel, eram escritas letras soltas, pedaços de palavras e desenhos – que ela rasurava, corrigia, procurava refazer. Eles eram acompanhados por “ensaios articulatórios”. Esta moça respondia às minhas perguntas com ‘*sim*’, ‘*não*’ ou ‘*é*’ (que vinham precedidos por hesitações e pausas ou por tentativas articulatórias, ou tentativas de escrita).

Ainda, por vezes, corpo e fala se contradiziam - Márcia podia responder uma pergunta falando “sim” e, ao mesmo tempo, balançando a cabeça indicando “não”. Ela podia, também, responder afirmativamente a uma pergunta num momento e, em seguida, dizer “não”. Nem sempre ela podia interpretar a fala do outro e nem a leitura também não caminhava bem – ela lia apenas algumas palavras num texto.

Para mim, a questão que se colocava era a seguinte: “quanto essa fala escassa e fragmentada estaria relacionada à severidade de um quadro apráxico?”, ou “quanto essas manifestações estariam ligadas ao modo mesmo de apresentação da afasia?”.

Frente à gravidade desta situação clínica, meu questionamento não poderia ser respondido de imediato. Frente às tentativas de fala e movimentos articulatórios silenciosos - assim como frente às escritas no ar -, optei por uma direção de tratamento que envolvesse “o entrecruzamento fala-escrita (do paciente e do terapeuta)” (MARCOLINO & CATRINI, 2006, p. 103), conforme o proposto por Fonseca (1995/2002). Minha aposta era a de que, a partir da leitura e da recontagem de pequenos textos, efeitos sobre sua fala e escrita pudessem ser eficientes e favorecer o estabelecimento de uma questão diagnóstica. Lemos juntas pequenas histórias e pedi que ela as recontasse como pudesse (através da escrita, da fala e/ou com gestos)⁸⁶. Cantamos juntas letras de músicas que líamos – nessas ocasiões, a fala vinha mais nítida e melhor articulada. A melodia marcada e repetitiva prende a fala num ritmo que determina os lugares de pausas, como se sabe, ritmo que, pareceu-me, suspendeu suas hesitações (uma atividade que ganhou maior espaço, portanto, em nossas sessões).

Efeitos puderam ser notados. Márcia começou a falar mais e a responder melhor às perguntas dirigidas a ela - embora dificuldades persistissem. Insistia, assim, minha dúvida: “qual o papel da apraxia de fala na manifestação desse quadro sintomático tão grave?”. Antes que a clínica pudesse me ajudar na resposta, a terapia foi interrompida. De todo modo, esse caso é exemplar das questões que me levaram a indagar a natureza da Apraxia de Fala. Na verdade, este quadro foi interrogante por que pode haver *apraxia na afasia*; *afasia sem apraxia*; *apraxia sem afasia* – no caso, a dificuldade, penso hoje, a situação se aproximava mais da primeira situação: *apraxia na afasia* – ou seja problemas no corpo real que afetaram de forma abrangente o corpo da fala – simbólico e imaginário, perturbando, desse modo, o encadeamento sintagmático e a interpretação, deixando ali, uma lembrança – um semblante de *falaescrita*.

⁸⁶ Minha fala era como que um suporte para os tropeços e lacunas dessa produção multimodal perturbadora.

Importa assinalar que os sintomas observados levaram-me a questionar a presença e influência de alterações práxicas como “causa” do quadro. Daí que o procedimento terapêutico adotado em momento algum envolveu exercícios articulatórios, ou seja, nenhum treino foi realizado com o objetivo de adequar a ação dos OFA na produção dos sons da fala, como é comumente recomendado pela literatura especializada para o tratamento de distúrbios apráxicos de fala (ORTIZ, 2010). Note-se que, mesmo sob a suspeita de concorrência de um problema supostamente motor, ou seja, da presença de uma Apraxia de Fala, a direção de tratamento não se diferenciou daquela proposta na clínica de linguagem com afásicos (ver FONSECA, 2002, 2009; ARANTES & FONSECA, 2008; MARCOLINO & CATRINI, 2006, entre outros) - e mudanças na fala foram alcançadas.

Na contagem e recontagem de pequenos textos escritos, Márcia era chamada a assumir posição de narradora. Nessa tarefa, sua fala lacunar compunha-se e recompunha-se articulada com a minha fala. Apostei nesse *jogo de linguagem sobre a própria linguagem* como motor de transformações, já que *fala, gesto e escrita deslocam-se no espaço do corpo falante e afetam-se mutuamente*, como mostrei acima, quando introduzi e comentei vinhetas clínicas de textos de Vasconcellos e de Fonseca & Vorcaro. Na Clínica de Linguagem, problemas na fala/escrita são manifestações de relações singulares de um falante com a língua/fala/escrita – posições resistentes, mas passíveis de modificação. Essas relações impõem funções e funcionamentos ao corpo e aparecem no corpo da fala, na densidade significativa manifesta (CATRINI, 2005). Assim, dizer que

[...] um paciente “é afásico”, que tem “uma lesão em tal ou qual lugar no cérebro” é insuficiente como parâmetro para o estabelecimento seja de um diagnóstico, seja de uma tomada de decisão sobre o tratamento. De fato, para que se possa pensar uma direção de tratamento é preciso apreender “*como ele é afásico?*” ou dito de outro modo, é preciso definir qual é a condição de sua fala e de sua relação com a fala do outro e a própria (CATRINI, 2005, p. 05) (ênfase minha).

Partindo dessa afirmação, trago segmentos do atendimento do senhor P. Chamou minha atenção a relação entre sua fala estranha e a escuta que tinha para a própria fala e para a fala do outro. De maneira resumida: o senhor P. falava muito

e, na maioria das vezes, a fala trazia um cruzamento inesperado de significantes, de fragmentos desajustados de textos num arranjo que levava a rupturas abruptas da direção discursiva. O senhor P. não parecia ter escuta para a própria fala, mas tinha para a minha (respondia adequadamente minhas perguntas). Pude notar que havia momentos em que toda a “falação” do senhor P. ficava presa na tentativa de articular uma determinada palavra: “É, a, a é i () é a () a b c d dedif, de defi (SI)”. Ele ficava ali, um longo tempo, impulsionado por uma espécie de gesto motor que não se decidia, mas insistia e parecia ser afetado pelos sons na fala embaralhados. Nessas ocasiões, ele ignorava, por assim dizer, minhas tentativas de redirecionar o texto dialógico. Digamos: quando endereçava sua fala para mim, ela fluía sem restrição ou destino discursivo; quando se escutava, não escutava a fala do outro (CATRINI, 2009)⁸⁷. Pareceu-me que a apraxia na afasia, era uma questão maior para ele.

Não é por acaso que tipo acontecimento na fala é, muitas vezes, identificado a um prejuízo na programação do ator motor da fala, ou seja, de apraxia de fala. Fiz-se que o paciente sabe o que quer dizer, que antecipa sua dificuldade articulatória e, por isso, fica aprisionado na tentativa de acertar o gesto. Contudo, esse caso me fez suspeitar de tal interpretação. Impressionou-me a flutuação da escuta do senhor P. e os efeitos dessa flutuação na densidade manifesta da fala. Menos do que antecipar uma dificuldade articulatória, vi ali o sujeito incapaz de evitar os gestos desajeitados que o corpo falado (que fala) lhe impõe.

Na clínica de linguagem com crianças, problemas relacionados a Apraxia *de Fala* surgem. Atendi Amanda, uma menina de cinco anos de idade, encaminhada com a queixa de que tinha uma “fala difícil”. Quando chegou, falava mesmo muito pouco: fragmentos sonoros mínimos (na maioria das vezes, vocálicos - como “i i ã”), que ocorriam, unicamente, como réplicas à minha fala. Em muitas ocasiões, esses fragmentos eram alternados com meneios de cabeça. Amanda se engajava nas atividades realizadas durante a sessão – surpreendia sorrisos em situações bastante apropriadas.

⁸⁷ Atendi esse caso sob supervisão da Profa. Dra. Suzana Carielo da Fonseca. Agradeço às nossas discussões clínicas, em supervisão, a constatação de tal discrepância.

Em muitos momentos, contudo, a tônica das sessões era a dispersão. Amanda andava de um lado para outro da sala e mudava de brinquedos constantemente. Nessas ocasiões, não respondia quando chamada. Havia sessões, ainda, em que ela permanecia muito tempo rindo frente ao do espelho. Pedia para ir diversas vezes ao banheiro e atirava brinquedos pela janela. Estar ali, para nós, não era tarefa nada fácil. Usando uma expressão da mãe, “nada parecia segurar”. Certos comportamentos e desarranjos motores mais amplos (marcha de base alargada, dificuldade de manter-se sentada – o corpo pendia para lado) chamavam a atenção. Também, havia escape incessante de saliva pelo canto da boca; notável flacidez e hipofuncionamento de bochechas, lábios e língua; e respiração predominantemente oral. Por esses motivos, ela foi encaminhada para avaliação com neurologista, otorrinolaringologista e, ainda, para atendimento psicanalítico.

Ao final dessas avaliações, entendi que havia necessidade de atendimento fonoaudiológico. Chamei Amanda para a ação e para a fala: quando ela ficava “fixada no espelho”, eu procurava interceptar essa fixação preocupante e estranha na imagem (dramatizando personagens de histórias que contava, comentando sua imagem no espelho, etc). Fora isso, eu cantava músicas infantis e cadenciava a leitura de textos criados (ou não) nas sessões de terapia.

O primeiro efeito observado apareceu pela via de aspectos prosódicos incorporados dessas canções. Inicialmente, Amanda respondia com o corpo, quase dançando. Depois, a sua voz foi tomada pela cadência rítmica dos cantos. Além disso, a música pareceu ter sido responsável por “segurar” Amanda numa cena – ela olhava para mim e esperava a continuidade do canto quando eu o interrompia. Desse ponto, a fala foi se imiscuindo na voz cantada e tomando o lugar do que antes era “apontar” ou “balançar a cabeça” afirmativamente ou negativamente. A fala ganhou extensão, com pausas longas e curtas que a escandiam numa ondulação melódica monótona, tão distante do movimento entonacional das canções. O ritmo da fala era lento, a voz fraca e havia tendência à hipernasalidade.

Depois, emergiram alterações na pauta acentual e composições significantes estranhas apareceram. A própria composição fônica da fala de Amanda

era o que produzia maior estranhamento – mas a fala estava ali! Alternavam-se nela articulações de substância sonora cristalizada como “*balatá*” e “*pórrtão*” – enunciados resistentes à mudança. Eles retornavam inalterados em diferentes situações. Sequências ininteligíveis as repetiam com diferença como “*bapapaquí () ponto () ti () tatá di*” – uma mesma massa sonora era revolvida na reiteração das oposições p/b e t/d com as vogais a/í. Tais composições me remeteram a uma expressão que eu utilizava com certa frequência: “passa aí (x)” – a fala do outro estava lá, portanto.

Minha escuta foi tomada pela matéria sonora da fala de Amanda. Eu me interoguei sobre as substituições e articulações desajeitadas que tornavam essa fala sintomática e ininteligível. Seriam elas efeitos de falhas nas tentativas de aproximação articulatória a um alvo fonético, seriam elas ‘tateios motores’? Colocando em termos mais técnicos, estaria eu frente a uma apraxia de fala? Tomei direção contrária a esse ponto de vista: entendi que nas substituições e apagamentos fonêmicos estava em jogo *uma espécie de prisão na mobilidade de uma lógica sonora particular*, que se manifestava numa dificuldade motora. Valeu, para mim, o que diz Trigo (2003): mesmo quando é o aspecto sonoro que predominantemente afeta a escuta do terapeuta, ele não deveria ignorar a relação intrincada entre os níveis ou componentes linguísticos constitutivos de todo e qualquer enunciado.

De fato, como eu poderia ignorar ou esquecer a extrema dependência no diálogo que Amanda mostrava ter no início do tratamento? Quero dizer, com isso, que não mudei a direção de tratamento: não tomei a direção tradicional, no campo da fonoaudiologia, que imporia, caso se definisse o quadro como sendo de apraxia, a realização de exercícios articulatórios e de propriocepção. Minha escolha foi definida por uma escuta para a fala e pela afetação teórica da noção de “corpo”, próprias à Clínica de Linguagem a que me vinculo. O resultado do atendimento me reassegurou: Amanda caminhou... passou a iniciar sequências dialógicas; emergiram composições sintáticas e a menina ensaiava contar situações que haviam acontecido com ela. Mais surpreendente foi o surgimento de reformulações - sua escuta para a própria fala havia mudado – ela modificava o rumo da própria fala. Algum tempo depois, quando já iniciada na escrita, Amanda escrevia o próprio

nome, letras soltas e sequências de letras quase sempre invertidas, em espelho. Mostrando-se interessada na escrita, começamos a ler pequenas histórias nas sessões de terapia. Depois, propus que ela inventasse suas próprias histórias para que eu pudesse escrevê-las e depois lêssemos juntas. Amanda terminou por narrar das histórias. É certo que sua fala mantinha algo de estranho, mas tudo indicava que a direção de tratamento fora acertada. Mesmo as ocorrências que poderiam ser identificadas como “problemas articulatórios (motor)”, ou mesmo prosódicos, passaram por mudanças substanciais - sem que eu lançasse mão de treinos articulatórios.

Considerações Finais

Desde as primeiras observações clínicas e considerações teóricas de Jackson, os distúrbios apráxicos são abordados sob a égide do dualismo corpo-mente. Numa perspectiva como esta, compreende-se a apraxia como uma patologia em que o corpo escapa ao domínio mental/cognitivo, perdem força ou são dissolvidos esquemas de representações práxicas. Nesse enquadre, é o corpo biológico como instância independente, que por ter sua matéria afetada (por uma lesão, por exemplo), perturba a memória das representações mentais e fica impedido de responder a comandos - torna-se massa desgovernada. Os movimentos tornam-se “involuntários” e tudo aquilo que foi construído ao longo do processo de desenvolvimento fica desordenado, fora de controle.

Piaget, que representa brilhantemente a epistemologia sujeito-objeto, procurou mostrar que as praxias são movimentos intencionais que dirigem o corpo para um objetivo. Trata-se de uma aquisição decorrente, de acordo com ele, da relação dialética entre a ação da criança e o mundo externo. De maneira geral, é a partir da dicotomia interno/externo que a toda a Psicologia desenvolve sua explicação para o advir do sujeito cognoscente (LIER-DEVITTO, 1998). E, como se vê, o que está no foco é o dualismo mente-corpo. Podemos dizer, assim, que tanto a praxia quanto sua versão sintomática, a apraxia, inscrevem-se neste dualismo.

Freud, em contrapartida, ao postular a “concomitância dependente” entre os domínios “psico” e “físico” aponta para a dissolução do dualismo, abrindo caminho para uma nova concepção de corpo. Nos escombros da histeria e nos furos da afasia, Freud viu que estrutura e funcionamento não caminham lado a lado. Bergès coloca uma questão que é, na verdade, questão retórica, já que contém uma afirmação: “em neurologia, procura-se habitualmente a incompetência da estrutura: o corpo na psicanálise não põe a questão da incompetência da função em relação ao

funcionamento?” (2008, p. 38). O ponto, para ele, como procurei mostrar, é quanto o corpo real é “competente” para sustentar o significante.

Ferreira (2006) nos lembra que Freud, nos Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade (1905), reconhece, nos cuidados que a mãe dedica ao seu bebê um “trânsito sexual”, já que o toque e a carícia erotizam certas partes do corpo da criança. A autora acrescenta outra observação essencial: “essa cena entre a mãe e a criança *não é uma cena muda*” (FERREIRA, 2006, p. 34). Isso significa que a fala da mãe embebe a cena, introduz o simbólico que banha o bebe. É nessa relação tão íntima e especial que o corpo é capturado pela linguagem.

Mas como é que a palavra toma o corpo da criança? Primeiramente, dia a autora, é preciso considerar a precocidade com que a audição se desenvolve no bebê humano. Desde o útero, diz Ferreira, ele reage diferentemente às vozes conhecidas e aos ruídos estranhos. Por volta dos dois meses, o bebê reconhece a voz da mãe e fica ansioso quando voz e fonte sonora se deslocam⁸⁸. A partir dos três meses, a criança reconhece uma figura humana – vem a chamada “reação sorriso” ou o “sorriso social”: momento que se abre para a introdução de “um elemento diferencial, simbólico, que marca a passagem de estado narcísico e autístico primário para um objeto exterior” (p. 36).

Esses acontecimentos, atestados por diferentes autores, afirma Ferreira (2006), ao serem submetidos à interpretação psicanalítica, importam pelo que eles antecipam, dada a *articulação entre aquilo que é visto, ouvido e a boca*. Adianto que, na perspectiva psicanalítica, a separação dessas funções somente ocorrerá pela *introdução da palavra da mãe*, ou melhor, do significante que, pela voz materna, fará corte nesse contínuo (DIDIER-WEILL, 1999). Dito de outro modo, é preciso, para isso, que haja incidência do simbólico no corpo.

⁸⁸ Sabe-se, também, que logo após o nascimento, o bebê faminto, apresenta o reflexo buco-lingual de orientação, sob o qual, ele vira a cabeça, abre a boca e faz movimentos de sucção na direção de qualquer um que o tocar. Mais tarde ele tentará, durante a mamada e os cuidados, fixar o olhar na figura que é a fonte de sua satisfação.

A articulação fina entre o olho, a orelha e a boca é, pois, da ordem de uma antecipação. Ao reconhecer vozes familiares, o bebê volta-se para a fonte sonora, procurando ver o que ele escuta. Quando o som cessa, a criança olha na direção de sua fonte “antecipando com seu olhar o que não se produz mais nos ouvidos” (BERGÈS, 2008, p. 36). Nessa coordenação visuo-auditiva precoce, *o som deflagra a formação de uma imagem visual*, que é virtual, não está ligada com a imagem real da fonte sonora. A antecipação de uma imagem visual associada ao estímulo sonoro enfatiza que *antes da imagem vem o simbólico* (FERREIRA, 2006).

Somente quando a fonte sonora real e a percepção visual real se encontram, é que surge o dito “sorriso social” e uma reação de júbilo, tal como nas manifestações motoras do bebê, como vimos, ao ser confrontado com sua imagem unificada no espelho. Aqui, no entanto, a “reação” está relacionada ao encontro com o outro. Aliás, “antecipar” implica sujeito (antes mesmo de haver um “eu”) e outro. A antecipação surge como “necessidade lógica”, tendo em vista a prematuração do filhote humano - o bebê “não tem propriamente um corpo” (FERREIRA, 2006, p. 37). Nele, *o funcionamento ultrapassa aquilo que a estrutura e a função, ainda imaturas, oferecem como suporte* (BERGÈS, 2008) e “há sempre um desvio entre a função e o funcionamento” (FERREIRA, 2006, p. 37).

O que responde por esse desvio? Como disse, o fato de que “na criança, o simbólico vem primeiro” (BERGÈS, 2000/2008, p. 301) e em duas dimensões: da fala e da música. Melhor dizendo, o simbólico vem pela Voz que veicula o discurso (BERGÈS, 1988/1999) e que, ao mesmo tempo, “nos passa [...] sua música” (DIDIER-WEILL, 1999, p. 09). É pela voz do outro, porta-voz do Outro (FERREIRA, 2006), que a criança é convocada a ser. A vocação do homem passa, de um lado, pelo que lhe dá o nome já que, como diz Milner (1978/1987), “ser, é ser nomeável” (p. 61), e por outro lado, por aquilo que o chama, o invoca a ser (DIDIER-WEILL, 1999, FERREIRA, 2006).

A invocação, esse chamado para a vida, está do lado da melodia da voz materna, do “canto da sereia” que seduz (FERREIRA, 2006) e que impulsiona “para algum lugar” (DIDIER-WEILL, 1999, p. 10). Essa invocação musical ultrapassa o

fonemático e impõe ao bebê o seu ritmo. A audição permite a invasão do corpo por ser ela:

o único sentido ao qual o sujeito não pode impor seu próprio ritmo, impor um tempo de presença e ausência próprio, uma borda que lhe permita recusar, rejeitar o que vem do Outro, introduzir, enfim, algo da ordem da castração do Outro” (FERREIRA, 2006, p. 37).

Didier-Weill (1999) assinala que o bebê, ao ouvir a voz da mãe vai ser confrontado, ao mesmo tempo, com a *continuidade do fluxo sonoro das vogais* e com a *descontinuidade pelo corte das consoantes* que interrompem a vocalização. Esses são os dois tempos da antecipação, segundo Ferreira. O primeiro remete à voz e o segundo ao confronto radical do *infans* com o Outro. Do lado da voz, a sonoridade cantante tem poder de sedução e por ela acabam caindo pedaços da fala da mãe. A criança, por sua vez, ao recolher esses pedaços, busca manter uma espécie de “linguagem privada” entre ela e mãe. No entanto, é canto de sereia! A voz, o canto, carrega em si as regras da língua e elas forçam a linguagem privada a se submeter ao funcionamento linguístico superordenado – norma de todas as manifestações de linguagem (SAUSSURE, 1916/1991). Pode-se entende-se, por aí, o efeito que o canto produziu nos casos apresentados no capítulo IV.

Sendo assim, para articular fala, a criança deve perder a voz – ela será capturada pela língua. É bom dizer: a língua não toma somente a voz, ela toma o corpo todo. Cito:

O significante se engrena no corpo, pela articulação da motricidade, tanto quanto nos ouvidos, pois é pelo corpo que a criança se engaja na fonação com suas próprias regras. Engrenar é a palavra que designa tanto um ajustamento, um acoplamento de engrenagens para imprimir força e movimento, como certo forçamento para iniciar algo novo: dizemos, por exemplo, que um namoro ou um trabalho engrenou quando se produz algo diferente e que revela um outro tipo de engajamento dos sujeitos envolvidos (FERREIRA, 2006, p. 43).

Digamos assim: a máquina orgânica é posta em movimento quando suas engrenagens são atreladas às engrenagens da linguagem. Nesse caminho, a melodia da voz materna empurra o organismo a funcionar, engrena-o às cegas num funcionamento que é linguístico. A linguagem impõe restrições e limites. Assim, a

“vocalização está do lado do significante” – a incidência da distinção fônica, inserida pela marcação da consoante na sonoridade contínua da vogal é que impõe a lei simbólica – a implantação do significante no corpo (FONTAINE, 2002). Nasce, assim o ser de linguagem, o *falasser*, o *corpolinguagem*. Resumidamente, digamos com Didier-Weil (1999) que a música da voz materna se deposita corpo real da criança e ali encontra “o lugar absolutamente íntimo onde as notas poderão tocar” (DIDIER-WEILL, 1999, p. 16). A música do corpo, um corpo dançante porque, com ela, vem a fala e o corpo falante.

Com essas últimas considerações, eu finalizo esta tese. Melhor: finalizo a tese sem encerrar a questão. Há muito, muito mesmo, o que pensar sobre as (a)praxias a partir do que pude nela desenvolver. Haverá tempo e há desejo para isso.

Referências Bibliográficas

AJURIAGUERRA, J. de Prefacio. In: BERGÈS, J. & LÉZINE, I. **Tes de Imitación de Gestos : técnicas de exploración del esquema corporal y de las praxias en el niño de 3 a 6 años**. Barcelona: Toray-Masson, 1975, p. V-IX.

_____. Evolução e distúrbios do conhecimento corporal e do eu. In: AJURIAGUERRA, J. de **Manual de Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Editora Masson do Brasil, 1980, p. 337-356.

ALBANO, E. Esboço de modelo neuropsicologicamente orientado para a aquisição da Fonologia. In: **Anais do II Encontro Nacional sobre Aquisição de Linguagem**, CEAAL, PUCRS. Porto Alegre, 1992, p. 51-75.

_____. O gesto articulatório como unidade fônica abstrata: indícios da fala infantil e evidências da fala adulta. In: LAMPRECHT, R. (org) **Aquisição da linguagem: questões e análises**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999, p. 139-165.

_____. Fonética e Fonologia: o fosso fundador e suas contradições. In: _____. **O gesto e suas bordas esboço da fonologia acústico-articulatória do português brasileiro**. Campinas: Mercado de Letras, 2001, p. 09-31.

ALCOCK, K. J., PASSINGHAM, R. E., WATKINS, K. E. & VARGAHA-KHADEM, F. Oral Dyspraxia in Inherited Speech and Language Impairment and Acquired Dysphasia. In: **Brain and Language**, v. 75, 2000, p. 17-33.

ALAJOUANINE, T.H.; LHERMITTE, F. Les troubles des activités expressives du langage dans l'aphasie: leurs relations avec les apraxies. In: **Rev. Neurol. (Paris)**, v. 102, 1960, p. 604-633.

ALVARENGA, K. de F.; LAMÔNICA, D. C.; COSTA FILHO, O. A.; BANHARA, M. R.; OLIVEIRA, D. T.; CAMPO, M. A. Estudo eletrofisiológico do sistema auditivo periférico e central em indivíduos afásicos. In: **Arq Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 1, 2005, p.104-109.

ANDRADE, L. **Ouvir e Escutar na constituição da clínica de linguagem**. 2003. 143f. (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ARANTES, L. M. G.; FONSECA, S. C. Efeitos da Escrita na Clínica de Linguagem. **Estilos da Clínica (USP)**, v. 1, p. 14-35, 2008.

ATEN, J. L., JOHNS, D. P. & DARLEY, F. L. Auditory perception of sequenced words in apraxia of speech. In: **Journal of Speech and Hearing Research**, v. 14, 1971, p. 131-143.

ATEN, J. L. et. al. Coment on A. D. Martin's "Some Objections to the Term Apraxia of Speech". In: **Journal of Speech and Hearing Disorders**, v. 40 (3), 1975, p. 416-420.

BASSO, A. **Aphasia and its therapy**. New York: Oxford University Press, 2003.

BAY, E. Principles of classification and their influence on our concepts of aphasia. In: DEREUCK, A. V. & O'CONNOR, M. (eds.) **Disorders of Language**. Boston: Little, Brown, 1964, p. 122-139.

BENSON, D. F.; ARDILA, A. **Aphasia. A Clinical Perspective**. Oxford: University Press, 1996.

BERGÈS, J. **Os Gestos e a Personalidade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1967/1972.

_____ & LÉZINE, I. **Tes de Imitación de Gestos : técnicas de exploración del esquema corporal y de las praxias en el niño de 3 a 6 años**. Barcelona: Toray-Masson, 1975.

_____ O corpo e o olhar do Outro. In: **Escritos da criança**, Porto Alegre, n. 2, 2 ed., 1986/1997, p. 51-65.

_____ **Sur la psychomotricité**. 1998a. Disponível em http://www.freud-lacan.com/Champs_specialises/Presentation/Sur_la_psychomotricité Acessado em: 19/03/2011 às 23h05min.

_____ **Motricité et Psychomotricité**. 1998b. Disponível em [http://www.freud-lacan.com/Champs_specialises/Presentation/Motricité et Psychomotricité](http://www.freud-lacan.com/Champs_specialises/Presentation/Motricité_et_Psychomotricité) Acessado em: 19/03/2011 às 23h06min.

_____ Fala. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora Sinops, 2007, p. 139-140.

_____ **O corpo na Neurologia e na Psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças**. Porto Alegre: CMC Editora, 2008.

BERGÈS-BOUNES, M. Prólogo. In: BERGÈS, J. **O corpo na Neurologia e na Psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças**. Porto Alegre: CMC Editora, 2008, p. 9-12.

BERTHOZ, A. **Hommage à Julian de Ajuriaguerra**. Disponível em http://www.college-de-france.fr/media/ins_dis/UPL31747_necrodeajuriaguerra.pdf. Acessado em 11/02/11 às 11:30h.

BORGES, S. A Escrita na Clausura (da Representação). In: ____ **O quebra-cabeça: a alfabetização depois de Lacan**. Goiânia, Editora da UFG, 2006, p. 79-100..

BROCA, P. Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie. In : **Bulletins-Société Anatomique**, 2. Paris.

BROWN, J. W. Preface. In: ____ (ed.) *Agnosia and Apraxia*. Select Papers of Liepmann, Lange and Potzl. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. São Paulo: Forense Universitária, 1966/2000.

CARRARA-DE ANGELIS, E. Disartrofonias. In: Dedivitis & Brandão (org.). **Métodos de Avaliação e Diagnóstico de Laringe e Voz**. São Paulo, 1996.

CATHELINEAU, P.-C. Real. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora Sinos, 2007, p. 325-327.

CATRINI, M. **A Marca do Caso: Singularidade e Clínica de Linguagem**. 2005. 100f. (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

____ **Afasia e Apraxia de fala: o que dizer da relação sujeito-linguagem?** (Trabalho apresentado no 17 Inpla, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), 2009.

____ **Por um encontro com a Clínica de Linguagem para o afásico**, 2010 (inédito).

CHEMAMA, R. Discurso. In: ____; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora Sinos, 2007, p. 103-105.

____ Outro. In: ____; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora Sinos, 2007, p. 282-283.

COUDRY, M. I. H & POSSENTI, S. Avaliar discursos patológicos. In: **Cadernos de Estudos Linguísticos**, v. 5, 1983, p. 99-109.

____ **O Diário de Narciso. Discurso e Afasia**. São Paulo: Martins Fontes Editora Ltda., 1986/1988.

____ & MORATO, E. Processos de significação: a visão da Neurolinguística. In: **Abralin**, v. 13, 1992, p. 59-73.

____ Linguagem e afasia: uma abordagem discursiva da neurolinguística. In: **Cadernos de Estudos Linguísticos**, v. 42, n. 1, 2002, p. 99-130.

CRARY, M. A. **Developmental Motor Speech Disorders**. LAPOINTE, L. (ed.) Neurogenic Communication Disorders Series. San Diego, Singular Publishing Group, 1993.

CRITHLEY, M. Articulatory defects in aphasia. In: **The Journal of Laryngology and Otology**, 1952, p. 1-17.

DARLEY, F. L.; ARONSON, A. E. & BROWN, J. R. Differential diagnostic patterns of dysarthria. In: **J. Speech Hearing Res.**, v. 12, 1969, p. 246-269.

_____. Apraxia para el habla. In: _____. **Alteraciones Motrices Del Habla**. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1975/1978.

DEAL, J. L. & DARLEY, F. L. The influence of linguistic and situational variables on phonemic accuracy in apraxia of speech. In: **J. Speech Hearing Res.**, v. 15, 1972, p. 639-653.

DE LEMOS, C. Los Procesos Metafóricos Y Metonímicos como Mecanismos de Cambio, In: **Substratum**, vol.1, n.1, Barcelona: Melder, 1992, p. 121-135.

_____. Corpo e Linguagem, In FILHO, J. (org.) **Corpo, Mente. Uma Fronteira Móvel**. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. São Paulo, 1995, p. 235-247.

_____. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, Campinas: Unicamp/IEL – Setor de Publicações, vol.42, 2002.

_____. Uma Crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição de Linguagem. In: LIER-DEVITTO, M.F. & ARANTES, L. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, 2006, p. 21-32.

DIDIER-WEILL, A. **Invocações: Dionísio, Moisés, São Paulo e Freud**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

DRONKERS, N. A new brain region for coordinating speech articulation. In: **Nature**, v. 384, 1996, p. 159–161.

DE NEUTER, P. Corpo. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora Sinos, 2007, p. 70-72.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br>, acessado em 20/01/11, às 17:30h.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan**. São Paulo: Artmed, 1989/2008.

DUFFY, J. R. **Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management**, St. Louis: Mosby-Year Book, 1995.

FARIA, V. O. **Por Entre os Distúrbios Articulatorios: Questões e Inquietações**. 1995. 115f. (Dissertação de Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade de São Paulo.

_____. **Distúrbio articulatorio: um pretexto para refletir sobre a disjunção teórica e prática na clínica de linguagem**. 2003. 150f. (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

_____. Sobre o descompasso entre teoria e prática nos distúrbios articulatorios. In: LIER-DEVITTO, M.F. & ARANTES, L. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, 2006, p. 247-254.

FEDOSSE, E. Da relação linguagem e praxia: estudo neurolinguístico de um caso de afasia. 2000. 153f. (Dissertação de Mestrado em Linguística/Área de Neurolinguística) – Universidade Estadual de Campinas.

_____. Avaliação/acompanhamento fonoaudiológico das apraxias sob a perspectiva de uma Neurolinguística Discursiva. In: MANCOPE, R. & SANTANA, A. P. **Perspectivas na Clínica das Afasias: o sujeito e o discurso**, São Paulo: Editora Santos, 2009, p. 130-169.

FERREIRA, M. T. Como a palavra é tomada no corpo? In: **Literal**, n. 9, 2006, p. 33-48.

FINK, B. **O sujeito lacaniano entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

FONSECA, S. C. **DA Afasia: A Fala em Sofrimento**. 1995. 147f. (Dissertação de Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade de São Paulo.

_____. **O Afásico na Clínica de Linguagem**. 2002. 267f. (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

_____. ; VIEIRA, C. H. . A afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, p. 101-106, 2004.

_____. FONSECA, S. C. & VORCARO, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. In: LIER-DEVITTO, M.F. & ARANTES, L. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, 2006, p.413-442.

_____. ; LANDI, R. ; LIER-DEVITTO, M. F. . Vez e Voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. **Revista Kairós**, v. 10, p. 19-34, 2007.

_____. Corpo e linguagem na monografia de Freud. In: LEITE, N. de A. & TROCOLI, F. (orgs.) **Um retorno a Freud**. Campinas: Mercado de Letras, 2008, p. 339-348.

____ A Clínica de Linguagem com Afásicos. In: Mancopes, R.; Santana, A. P. (org.) **Perspectivas na Clínica das Afasias: O Sujeito e o Discurso**. 1ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2009, v. 1, p. 41-70.

FONTAINE, A. A implantação significativa no corpo. In: **Literal**, n.5, 2002, p. 145-168.

FREITAS, M. de S. Alterações fono-articulatórias nas afasias motoras: contribuições para uma caracterização linguística da afasia. 1997. 243f. (Tese de Doutorado em Linguística/Área de Neurolinguística) – Universidade Estadual de Campinas.

FREUD, S. **La Afasia**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1891/1987.

____ **Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas**. In: FREUD, S. Obras Completas, Buenos Aires: Editorial Ateneo, Tomo 1, 1893/2005, p. 13-21.

____ Obras Completas de Freud. Edição Digital Standard Brasileira, Ed. Imago.

GALLI, J. F. M.; OLIVEIRA, J. P. & DELIBERATO, D. Introdução da comunicação suplementar e alternativa na terapia com afásicos. In: **Rev. Soc. Brás. Fonoaudiol.** V 14, n. 3, 2009, p. 402-10

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1994/1997.

GAY, P. **Freud: uma vida para nosso tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988/2004.

GESCHWIND, N. The Apraxias: neural mechanisms of disorders of learned movement. In: **American Science**, v. 63, 1975, p. 188-196.

GAINOTTI, G.; LEMMO, M. A. Comprehension of symbolic gestures in aphasia. In: **Brain and Language**, v. 3, 1976, p. 451-460.

GOODGLASS, H.; KAPLAN, E. Disturbance of gesture and pantomime in aphasia. In: **Brain**, v. 86, 1963, p. 703-720.

GOLDENBERG, G. Apraxia and Beyond: life and work of Hugo Liepmann. In: **Cortex**, v. 39, 2003, p. 509-524.

HARRINGTON, D. L.; HAALAND, K. Y. Representations of actions in ideomotor limb Apraxia: clues from motor programming and control. In: ROTH, L. J. G.; HEILMAN, K. M. (eds.) **Apraxia: The Neuropsychology of Action**. Reino Unido: Psychology Press, 1997.

HÉCAEN, H. Les apraxies: Introduction. In: **Rev. Neurol. (Paris)**, v. 102, 1960, p.541-550.

HEILMAN, K. M.; ROTH, L. J. G. Introduction to Limb Apraxia. In: ROTH, L. J. G.; HEILMAN, K. M. (eds.) **Apraxia: The Neuropsychology of Action**. Reino Unido: Psychology Press, 1997.

HÜTNER, S. **Desvios Fonológicos: da Articulação à Fonologia**. 1999. 153f. (Dissertação de mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

_____. Desvios fonológicos: da articulação à Fonologia. In: LIER-DEVITTO, M.F. & ARANTES, L. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, 2006, p. 255-269.

JAKOBSON, R. **Lenguaje Infantil y Afasia**. Editora Ayuso: Buenos Aires. 1940/1971.

JAKOBSON, R. Dois Aspectos da Linguagem e Dois Tipos de Afasia. In: *Linguística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1954/1988.

_____. & HALLE, M. Phonologie et Phonétique. In : _____. **Essais de linguistique générale. 1. Les fondations du langage**. Paris : Les Éditions de Minuit, 1956/1963/2003, p. 103-149.

JACKSON, H. Notes on the physiology and pathology of language. In: TAYLOR, J. Select Writings of John Hughlings Jackson, London: Hodder and Stoughton, v. 2, 1866/1932, p. 121-128.

_____. Evolution and Dissolution of the Nervous System (Croonian Lectures). In: TAYLOR, J. Select Writings of John Hughlings Jackson, London: Hodder and Stoughton, v. 2, 1884/1932, p. 45-75.

_____. Remarks on Evolution and Dissolution of the Nervous System. In: TAYLOR, J. Select Writings of John Hughlings Jackson, London: Hodder and Stoughton, v. 2, 1887/1932, p. 76-91.

JOHNS, D. F. & DARLEY, F. L. Phonemic variability in apraxia of speech. In: **J. Speech Hearing Res.**, v. 13, 1970, p. 556-583.

KRISTENSEN, C. H.; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; GOMES, William Barbosa. Desenvolvimento Histórico e Fundamentos Metodológicos da Neuropsicologia Cognitiva. In: **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 14, n. 2, p.259-274, 2001.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: J. Lacan, Escritos. Rio de Janeiro: Zahar. V. Ribeiro, trad., 1966/1998, pp. 96-103.

_____. A ordem simbólica. In: _____. **O Seminário 1: escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975/2009, 287-303.

LANDI, R. **Sob efeito da Afasia: a interdisciplinaridade como sintoma nas**

teorizações. 2000. (Dissertação de Mestrado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

____ Pontuações sobre a Interdisciplinariedade na Fonoaudiologia. In: LIER-DEVITTO M. F.; ARANTES, L. (Org.) **Aquisição, Patologias e Clínicas de Linguagem.** 1ed. São Paulo: Educ/Pucsp, 2006. p. 227-234.

LAJONQUIÈRE, L. de Intelligentia versus appetito. In: ____ **De Piaget a Freud: A (psico)pedagogia entre o conhecimento e o saber.** Petrópolis: Editora Vozes, 1992/2004, p. 115-127.

LESSER, R. Investigations of phonology and prosody. In: ____ **Linguistic Investigations of Aphasia.** London: Edward Arnold (publishers), 1975/1978, p. 149-182.

LEVIN, E. **A Clínica Psicomotora. O corpo na linguagem.** Petrópolis: Vozes, 1995/2000.

____ A estrutura sensório-motora na infância: cenas e contextos, 2008. Disponível em http://www.institutoser.com.br/Arquivos/2008_Esteban_Estrutura.pdf, acessado em 22/02/11 às 23:30h.

LIEPMANN, H. Das Krankheitsbild der Apraxie (motorische Asymbolie) auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie. In : **Monatschr. Psychiat. Neurol.**, 8, 15-44, 102-132, 182-197, 1900.

____ Der weitere Krankheitsverlauf bei dem einseitig Apraktischen und der Gehirnbefund auf Grund von Serienschnitten. In: **Monatschr. Psychiat. Neurol.**, 17, 289-311; 19: 217-253, 1905.

LIER-DEVITTO, M. L. **Os Monólogos da Criança: Delírios da Língua.** São Paulo: Educ, 1994/1998.

____ Theory as a ideology and approach to deviant linguistic facts, In: Jeff VERSCHUEREN (ed.) *Language and Ideology*, Bélgica: IPRA, 1999, vol. 1, p.344-351.

____ As Margens da Lingüística. Relatório de bolsa produtiva em pesquisa (CNPq.), 2000.

____ Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, N. (org.) **Corpolinguagem; gestos e afetos.** 1 ed. Campinas, 2003, v. 1, p. 233-246.

____ Patologias da Linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. In: LIER-DEVITTO, M.F. & ARANTES, L. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem.** São Paulo: EDUC, 2006, p. 183-200.

____ **Algumas considerações sobre efeitos do pensamento de Saussure na teorização e na abordagem de falas sintomáticas.** (Trabalho apresentado no Encontro sobre Estudos Saussurianos, IEL- UNICAMP) 2010, a sair.

LECOURS, A. et. al. Anartria Pura. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14(2), 2001, p. 367-377.

LEWIS, B. et. al. The Genetic Bases of Speech Sound Disorders: Evidence From Spoken and Written Language. In: **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 49, 2006, p. 1294–1312.

LOVE, R. J. & WEBB, W. G. **Neurología para los Especialistas del Habla y del Lenguaje**. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1986/1994.

LURIA, A. R. **Cerebro y lenguaje. La Afasia traumática: síndromes, exploraciones y tratamiento**. Barcelona: Editorial Fontanella, 1974.

_____. **Fundamentos de neurolinguística**. Barcelona : Toray-Masson, 1981.

_____. **Pensamento e Linguagem: as últimas conferências de Luria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986/1987.

_____; HUTTON A modern assessment of the basic forms of aphasia. In: **Brain and Language**, v. 4, 1977, p. 129-151.

MCCAFFREY, P. Ph.D. CMSD 642, Neuropathologies of Swallowing and Speech [en línea]. CSU, Chico. "Unit 15. Dysarthria vs Apraxia: A Comparison". Disponível em: <http://www.csuchico.edu/~pmccaff/syllabi/SPPA342/342unit15.html>, acessado em 19/11/07 14:53h.

MAC-KAY, A. P Dispraxia e Disartria. In: _____; ASSENCIO-FERREIRA, V.J.; FERRI-FERREIRA, T.M.S. **Afasias e Demências: avaliação e tratamento fonoaudiológico**. São Paulo: Santos Editora, 2003, p. 81-87.

MANDRESSI, R. Dissecções e anatomia. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. & VIGARELLO, G. **História do corpo**. Petrópolis, Editora Vozes, 2005/2008, v. 1, 411-440.

MANSUR, L.; RADANOVIC, M. ; TAQUEMORI, L.; GRECO, L.; ARAÚJO, G.C. A study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination – Portuguese version: a reference guide for the Brazilian population . In: **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**. 38, 2005, p. 277-292.

MARCOLINO, J. & CATRINI, M. O jogo entre falar/escrever/ler na clínica de linguagem com afásicos. In: **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 18, n.1, 2006, p.103-109.

MARTIN, A. D. Some Objections to the term Apraxia of speech. In: **Journal of Speech and Hearing Disorders**, v. 39, 1974, p. 53-64.

_____. Reply to Aten, Darley, Deal, and Johns. In: **Journal of Speech and Hearing Disorders**, v. 40(3), 1975, p.420-422.

MARTINS, F. C. **A inter-relação entre memória operacional e Apraxia de Fala**. 2006. 64f. (Dissertação de Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo.

MELJAC, C. Advertência ao leitor, apresentações. In: BERGÈS, J. **O corpo na Neurologia e na Psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças**. Porto Alegre: CMC Editora, 2008, p. 17-22.

_____. Introdução. Corpo a corpo. In: BERGÈS, J. **O corpo na Neurologia e na Psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças**. Porto Alegre: CMC Editora, 2008, p. 25-28.

MELMAN, C. Prefácio. In: BERGÈS, J. **O corpo na Neurologia e na Psicanálise: lições clínicas de um psicanalista de crianças**. Porto Alegre: CMC Editora, 2008, p. 13-16.

MILNER, J. C. **O Amor da Língua**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978/1987.

_____. **Os nomes indistintos**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1983/2006.

MORA, F. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MOTA, H. B. **Uma abordagem terapêutica baseada nos processos fonológicos no tratamento de crianças com desvios fonológicos**. 1990. (Dissertação de Mestrado) PUCRS.

OGAR, J. et al. Clinical and anatomical correlates of Apraxia of speech. In: **Brain and Language**, v. 97, 2006, p. 343-350.

ORTIZ, K. Alterações de fala: Disartrias e Dispraxias. In: FERNANDES et al. **Tratado de Fonoaudiologia**, São Paulo: Roca, 2010, p. 402-407.

PIAGET, J. Les praxies chez l'enfant. In: **Rev. Neurol. (Paris)**, v. 102, 1960, p. 551-565.

_____. *Biologia e Conhecimento*. Trad. Francisco M. Guimarães. Petrópolis: Vozes, 1973.

QUEIROZ, C. P. Linguagem e Aspectos Víscuo-espaciais: uma abordagem neurolinguística. 2006. 146f. (Dissertação de Mestrado em Linguística/Área de Neurolinguística) – Universidade Estadual de Campinas.

REY, C. Bergès: disparation d'un fondateur. 2004. Disponível em http://www.freud-lacan.com/Champs_specialises/Presentation/Sur_la_psychomotricité Acessado em: 19/03/2011 às 23h25min.

RODRIGUES, N. **Neurolinguística dos distúrbios da fala**. São Paulo: Cortez, 1989/1999.

ROTHI, L. J. G.; HEILMAN, K. M. Limb Apraxia: A Look Back. In: _____ (eds.) **Apraxia: The Neuropsychology of Action**. Reino Unido: Psychology Press, 1997.

SAMCZUK, I. & GAMA ROSSI, A. Descrição fonético-acústica das fricativas no português brasileiro: critérios para coleta de dados e primeiras medidas acústicas. In: **Intercâmbio**, v. XIII, 2004, p. 1-9.

SAUSSURE, F. **Curso de Linguística Geral**. São Paulo: Editora Cultrix, 1916/1991.

SCHUELL, H.– **Afasia en Adultos según Schuell. Diagnóstico, Prognóstico y Tratamiento**. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1964/1976.

SHRIBERG, L. et. al. Speech, Prosody, and Voice Characteristics of a Mother and Daughter With a 7;13 Translocation Affecting FOXP2. In: **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 49, 2006, p.500–525.

_____; JAKIELSKIB, K.; STRANDC, E. Diagnostic Markers of Childhood Apraxia of Speech. Trabalho apresentado no **American Speech-Language-Hearing Association National Convention**, Philadelphia, PA, November 18, 2010

SILVA, A. H. P. Pela incorporação de informação fonética aos modelos fonológicos. In: **Revista Letras**, n.60, 2003, p. 319-333.

SPRITZER, S. Apresentação do autor e da obra. In: LURIA, A. R. **Pensamento e Linguagem: as últimas conferências de Luria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986/1987, p. 6-9.

SOLER, C. **O mistério do corpo falante**. 2009. Disponível em http://www.campolacanianosp.com.br/textos_omisterio.html, acessado em 23 de Julho de 2010 às 17:00hs.

_____. O “corpo falante”. In: _____ **O “corpo falante”**. Rio de Janeiro: Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano- Brasil, Série Caderno de Stylus, 2007/2010.

_____. Sintoma, acontecimento do corpo. In: _____ **O “corpo falante”**. Rio de Janeiro: Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano- Brasil, Série Caderno de Stylus, 2007/2010a.

SQUARE, P. A.; ROY, E. A.; MARTIN, R. E. Apraxia of Speech: Another Form of Praxis Disruption. In: ROTH, L. J. G.; HEILMAN, K. M. (eds.) **Apraxia: The Neuropsychology of Action**. Reino Unido: Psychology Press, 1997.

SOUZA, T. N. U. & PAYÃO, L. M. C. Apraxia da fala adquirida e desenvolvimental: semelhanças e diferenças. In: **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v. 13, n. 2, 2008 p. 193-202.

_____ & COSTA, R. C. C. Apraxia da fala na infância em foco: perspectivas teóricas e tendências atuais. In: **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v. 21, n. 1, 2009, p.75-80.

STEIN, C. et. al. Speech Sound Disorder Influenced by a Locus in 15q14 Region. In: **Behav. Genet.**, 2006.

STEINTHAL, H. Abriss der Sprachwissenschaft. In: *Einleitung in die Psychologie und Sprachwissenschaft*. Berlin 1871 (2 ed. 1881).

TAMARIT, E. B. Apraxia del habla: Presentación de un caso clínico. In: GALLARDO, B.; HERNÁNDEZ, C.; MORENO, V. (eds.) **Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica.Vol 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje**. Valencia: Universitat, 2006. Disponível em: <http://www.uv.es/perla/1%5B01%5D.BlascoTamarit.pdf>, acessado em 23 /05/2008, às 16 :00hs.

TEIXEIRA, E. R. A Aquisição Fonológica em Casos de Desabilidade Fonológica de Desenvolvimento. In: YAVAS, M. (org.) **Desvios Fonológicos em Crianças**. Porto Alegre: Editora Mercado Aberto, 1989.

THE MERCK MANUALS: ON LINE MEDICAL LIBRARY, 2008. Disponível em: <http://www.merckmanuals.com/professional/index.html>

TRIGO, M. de F. **Distúrbios articulatórios: da articulação de um sintoma à desarticulação de uma fala**. 2003. 135f. (Dissertação de Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

VASCONCELLOS, R. **Paralisia Cerebral: a fala da escrita**. 1999. 128f. (Dissertação de Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

_____ Fala, escuta e escrita nas produções de uma criança com Paralisia Cerebral. In: LIER-DEVITTO M. F.; ARANTES, L. (Org.) **Aquisição, Patologias e Clínicas de Linguagem**. 1ed. São Paulo: Educ/Pucsp, 2006. p. 227-234.

_____ **Organismo e Sujeito: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais**. 2010. 130f. (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

VAIVRE-DOURET , L. & KHEROUA, H. Bio-bibliographie de Julian de Ajuriaguerra (1911-1993). Disponível em <http://www.psynem.org/PsychologieDeveloppementale/Dossiers/JulianAjuriaguerra/index.htm> , acessado em 11/02/11 às 13:00hs.

VIEIRA, Cleibe Hiole. **Um Percurso pela História da Afasiologia: Estudos Neurológicos, Linguísticos e Fonoaudiológicos**. 1992. 181f. Dissertação (Mestrado em Linguística de Língua Portuguesa) Universidade Federal do Paraná. 1992.

_____. Sobre as afasias: o doente e a doença. In: LIER-DEVITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia. (org.) **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC, 2006, p.235-246.

VOCARO, A. **Incidência da matriz simbolizante no organismo: condição necessária ao advento da fala**. 1999. Disponível em [http://www.freud-lacan.com/Champs_specialises/Presentation/Motricité et Psychomotricité](http://www.freud-lacan.com/Champs_specialises/Presentation/Motricité_et_Psychomotricité) Acessado em: 19/03/2011 às 22h57min.

_____. Gestos que descarrilham. In: LEITE, N. (org.) **Corpolinguagem – Gestos e Afetos**. Campinas: Mercado das Letras, 2003, p. 125-140.

WALLON, H. **Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant**. In: *Enfance*. Tome 12 n°3-4, 1959. pp. 233-239.

WEPMAN, J. M. & VAN PELT, D. **A theory of cerebral language disorders based on therapy**. In: *Folia phoniat.*, v. 7, 1955, p. 223-235.

WERNICKE, C. **The symptom complex of aphasia**, In *A Psychological Study on an anatomical basis*. Cohen r. e col.: Boston, 1874.

WEST, C., HESKETH A., VAIL A., BOWEN A. Intervenciones para la Apraxia del habla posterior a un accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). In: **La Biblioteca Cochrane Plus**, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em: <http://www.update-software.com>. (Traduzida de *The Cochrane Library*, 2007, n. 4., Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ZORZI, J. L. Diferenciando alterações da fala e da linguagem. In: MARCHESAN, I. Q. (org.) **Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos clínicos da motricidade oral**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998, p. 59-74.