

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ana Lúcia Franco Nobile Girardi

**A Clínica com Bebês:
entre o discurso do risco e o laço com a parentalidade**

**DOUTORADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA
E ESTUDOS DA LINGUAGEM**

SÃO PAULO

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Ana Lúcia Franco Nobile Girardi

**A Clínica com Bebês:
entre o discurso do risco e o laço com a parentalidade**

**DOUTORADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA
E ESTUDOS DA LINGUAGEM**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação da Profa. Doutora Maria Francisca Lier-DeVitto.

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

Ao Fábio, amor de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos, primeiramente, estão dirigidos à minha orientadora Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto. Meu muito obrigada!

À Dra. Lourdes Andrade (Tati), pelo “acompanhamento” de meu percurso, as idas e vindas que fizeram parte desta tese.

À Dra. Nina Virgínia de Araújo Leite, pela leitura atenta e indicações preciosas na banca de qualificação e, sobretudo, pela contribuição que extrapola a produção deste trabalho, a apresentação da Psicanálise.

À Dra. Lúcia Arantes, pela generosidade compartilhada durante estes anos todos.

À querida Helena Ferreira, a quem descobri amiga e companheira, desta nossa longa jornada, que pôde ser completada a tempo.

Ao Hospital Regional de Assis que tornou possível a produção deste trabalho.

Ao Fabio, meu marido, companheiro que incansavelmente me apóia em todos os projetos e, que, especialmente neste trabalho, foi imprescindível.

Aos meus pais que estão sempre muito perto de mim.

Às minhas irmãs, Ana Paula e Ana Amélia que “torceram” para a finalização deste trabalho. Especialmente à Ana Paula, pela leitura cuidadosa e sugestões preciosas.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

GIRARDI, Ana Lúcia Franco Nobile. **A Clínica com Bebês: entre o discurso do risco e o laço com a parentalidade.** 2008. 144 p. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

RESUMO

Esta tese de doutorado traz uma reflexão sobre a clínica com bebês nascidos prematuramente. Essa reflexão nasceu a partir de minha trajetória profissional, em que desde 1994, faço parte de um programa central de atendimento materno-infantil, o Método Mãe-Canguru, em um hospital do interior do Estado de São Paulo – Hospital Regional de Assis. O ponto de partida deste trabalho é a discussão da clínica fonoaudiológica que opera pela noção de risco, entendido no espaço clínico tanto como origem de distúrbios, quanto como parâmetro para medir um padrão normal do organismo. É, então, como escala para a definição do “patológico” que a noção de risco atua na prática fonoaudiológica; e é justamente desta perspectiva que nos afastamos. Desde o início, há 14 anos, as ações fonoaudiológicas na prática clínica com bebês estiveram atadas aos pais, mais especificamente à mãe, já que para viabilizar as metas do Método Mãe-Canguru se fez necessária a presença da mãe na unidade hospitalar durante o período de recuperação do bebê. Como profissional envolvida nesse projeto hospitalar fui afetada não só pelos movimentos do nascimento prematuro, bem como pelo discurso dos pais que portam a significância do encontro deles com o filho, dado crucial que produziu efeitos na prática clínica. Entendo que esse “fazer” ocasionou o meu afastamento do discurso centrado nas condições orgânicas do prematuro, conseqüentemente, engendrando a aposta na força determinante da linguagem na estruturação subjetiva, isto é, na força do “discurso” como fonte de possibilidade de um vir-a-ser-sujeito da cria humana, atuando como posição de antecipação introduzida pelo laço com a parentalidade. Neste trabalho procuro mostrar que as questões sobre a clínica com bebês, sobretudo aqueles considerados de “risco” – atuação circunscrita no período de internação hospitalar e também no acompanhamento ambulatorial –, não estão sendo suficientemente debatidas no campo fonoaudiológico e, neste sentido, indico uma direção alternativa, a partir do estabelecimento da conjunção entre os dois momentos de atuação fonoaudiológica assentada em um só compromisso, o corpo “prematuro” em processo de entrada no simbólico pelos efeitos da linguagem. As discussões promovidas inserem-se no interior da teorização sobre a Clínica da Linguagem, sob a coordenação de Maria Francisca Lier-DeVitto e do pensamento de Claudia Lemos, mais precisamente a reflexão estrutural e do desdobramento, a partir da psicanálise lacaniana, no estatuto de corpo pulsional. Cabe, porém, dizer que um outro passo será realizado, a aproximação a Psicanálise lacaniana a partir de Freud na medida em que a clínica com bebês exigirá um esforço de teorização sobre o sujeito na relação com a parentalidade.

Palavras-chave: bebê; Fonoaudiologia; pais.

GIRARDI, Ana Lúcia Franco Nobile. **The Clinic with babies:** Amidst the risk speech and the parenthood bond. 2008. 144 f. Thesis (Doctorate in Applied Linguistics and Studies of Language) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

ABSTRACT

This doctorate thesis brings on a reflection on the clinic with babies prematurely born. That reflection derived from my professional path itself, in which, since 1994, I've taken part of a central program of maternal-infantile attendance, the Kangaroo Mother Method, in a hospital of the interior of Sao Paulo State, Regional Hospital of Assis. The starting point of this work is the discussion of the phonoaudiologic clinic that operates by the risk notion, understood in the clinical environment as much as origin of disturbances, as well as parameter to measure a normal pattern of the organism. It is then as scale for the definition of the "pathological" that the risk notion acts in the phonoaudiologic practice; and it is exactly from this perspective that we stay away from. From the beginning, 14 years ago, the phonoaudiologic actions in clinic practice with babies have been linked to the parents, more specifically to the mother, since the maternal presence was needed in hospital during the baby's recovery period in order to reach the goals of the Kangaroo Mother Method. As a professional involved in that hospital project, was I affected not only by the movements of the premature birth, but by the parents' speech that convey the significance of their encounter with their child as well, crucial data that produced effects in clinic practice. I understand that such practice caused my distance from the speech centered in the organic conditions of the premature, consequently engendering the bet in the decisive power of the language in the subjective structuring, i.e., in the "strength" of the speech as a possible source of a come-to-being subject of the human baby, acting as an anticipation position introduced by the bond of parenthood. In this work I aim at showing that the issues about clinic with babies, mainly those considered of "risk" – activity bounded in the period of hospital internment and in the following accompaniment –, are not being sufficiently discussed in the phonoaudiological field and in this sense I indicate an alternative direction, the establishment of the conjunction between the two moments of phonoaudiologic activity based in only one commitment, the premature body in an entrance process into the symbolic, through the effects of the language. The promoted discussions fit in this theorization about the Clinic of Language, under the coordination of Maria Francisca Lier-DeVitto and on Claudia Lemos' thought; more precisely the structural and the unfolding reflection, starting from the Lacanian Psychoanalysis, in the statute of pulsing body. It has to be mentioned, however, that another step will be taken, the approach of the Lacanian Psychoanalysis starting with Freud that the clinic with babies will demand a theoretical effort on the subject in relation with parenthood.

Keywords: baby; Phonoaudiology; parents.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
Primeiros Tempos	08
Segundo e Terceiro Tempo: levantamento de questões	11
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA VOLTADA PARA O ATENDIMENTO DE BEBÊS	17
1.1 As Fontes da Atuação Fonoaudiológica	17
1.2 A Prática Fonoaudiológica com Bebês de Risco	28
1.2.1 No período de internação	28
1.2.1.1 Uma tendência claramente organicista na Fonoaudiologia	30
1.2.1.2 Tentativas de afastamento do discurso organicista	36
1.2.2 Segmento ambulatorial	46
2 A CLÍNICA COM BEBÊS	54
2.1 Considerações sobre a natureza da linguagem	54
2.2 Uma Dinâmica Hospitalar	70
2.2.1 Durante a hospitalização	70
2.3 Uma Dinâmica de Acompanhamento	104
2.3.1 Sobre o acompanhamento no pós-alta hospitalar	104
CONCLUSÃO	126
REFERÊNCIAS	130

INTRODUÇÃO

A minha trajetória profissional teve início em 1994, em um hospital do interior do Estado de São Paulo – Hospital Regional de Assis (HRA) –, uma instituição considerada como referência para 25 municípios da região no atendimento materno-infantil porque oferece assistência especializada ao bebê e à sua mãe em casos de necessidade de internação em UTI neonatal (e/ou em UTI para adultos). O tipo de atendimento prestado é classificado como de alta complexidade¹ pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital Regional de Assis implantou o Método Mãe-Canguru² como programa central de atendimento materno-infantil. Tal abordagem é integrante de projeto de política pública federal, inserida em Programa de Humanização do atendimento ao recém-nascido pré-termo e, tem como objetivo, especialmente, estabelecer e manter o *vínculo mãe-filho* e garantir o *aleitamento materno*. Entende-se que, para viabilizar essas metas, é primordial a *presença da mãe durante todo o percurso de recuperação do bebê* no período de internação hospitalar.

Primeiros Tempos

Em 1994, o Hospital Regional de Assis (HRA), município do Estado de São Paulo, inaugurou uma unidade de UTI neonatal, destinada ao atendimento da população de recém-nascidos da cidade e da região. Foi naquele mesmo ano que iniciei minhas atividades profissionais na instituição, na qual permaneço até o presente momento. Participei, junto à equipe médica, do processo de implantação da UTI neonatal, organizando o setor de Fonoaudiologia, bastante influenciada pelo ideal do trabalho preventivo que ganhou fôlego e tem força neste campo desde a década de 80. De fato, fonoaudiólogos têm se interessado por esse trabalho com neonatos pré-termo, considerando ser importante e viável sua participação neste tipo de serviço hospitalar. A atividade tem se concentrado, basicamente, na alimentação dos bebês. Os neonatos pré-termo, na maioria das vezes, não possuem condições orgânico-

¹ Este termo está relacionado à especificidade do serviço prestado pela instituição, característica esta que o torna um hospital de referência para outras cidades da região.

² Este assunto será tratado mais adiante e, em momento mais oportuno, serão esclarecidas sua natureza e a ideologia envolvida em sua adoção em hospitais brasileiros.

fisiológicas para a alimentação oral, sendo assim, desenvolvi no HRA uma atividade fonoaudiológica com o intuito de promover a estimulação dos reflexos orais do bebê, na presença da mãe, porque o objetivo é mantê-la próxima ao filho até o momento em que ele esteja pronto para sugar o leite materno.

Vale ressaltar que a condição do neonato pré-termo comporta adversidades que podem tornar a intervenção fonoaudiológica difícil, uma vez que ela coloca em saliência a não-constituição do bebê³. Frente a tais situações, a mãe, que sempre estava presente durante as sessões, endereçava a mim um pedido de explicação sobre o que estava acontecendo com o bebê. Considerei, então, que faltava, à minha atuação profissional, conhecimentos fundamentais sobre neonatologia (distúrbios do metabolismo; distúrbios respiratórios (obstrução das vias aéreas e doença pulmonar); distúrbios gastroenterológicos; distúrbios neurológicos (síndrome hemorrágica, convulsão, hidrocefalia, microcefalia, anóxia neonatal); icterícia neonatal; infecções hospitalares; medicações utilizadas. Além disso, estudei toda a abordagem fisiológica relacionada ao desenvolvimento oromotor no contexto corporal do neonato pré-termo, tais como padrão do tônus e de movimento corporal. Considerei, enfim, que minha atividade profissional deveria alinhar-se a aspectos médico-hospitalares.

Essa direção profissional, tomada por mim naquele momento, não foi impeditiva de um relacionamento profissional “menos médico” com as mães. Permanecia em minha escuta “um ruído” nesse pedido materno que poderia ser traduzido aqui como uma demanda insistente de aproximação da mãe ao filho, pois, ainda naquele momento, tal aproximação era interceptada por condições orgânicas do bebê que exigiam a presença de profissionais para sua sobrevivência. Pode-se dizer que, para mim, certamente, o fato de eu ter me tornado mais competente, do ponto de vista da possibilidade de responder sobre o desempenho orgânico do bebê, não bastou – questões sobre a relação entre a mãe e seu filho não foram caladas pela ampliação de minha capacitação sobre aspectos da (in)constituição do neonato. Um fato a considerar, o inevitável contato diário com as mães no hospital, situação criada pelo Programa, constituiu-se um dos fatores que produziram desdobramentos que excederam a natureza propriamente fonoaudiológica de minha prática no Hospital.

Paralelamente aos procedimentos voltados à alimentação dos bebês durante o período de internação, influenciada pela literatura médica que enfatiza as condições de risco de prematuros (alterações de curto e de longo prazo), inaugurei um ambulatório fonoaudiológico

³ Comumente, durante o procedimento fonoaudiológico, a criança fica extremamente passiva (ausência de contato ocular, imobilidade do aparato motor oral) e apresenta reações mais graves como alterações respiratórias (apnéia) e cardiológicas (manifestas no corpo pela mudança de coloração da pele) e desfalecimento.

de acompanhamento longitudinal ao bebê. Dessa maneira, propus uma rotina de atendimento de “bebês de risco” sob a forma de atendimentos que começariam a ser agendados logo após a alta hospitalar. O objetivo manifesto era acompanhar o desenvolvimento de crianças para garantir detecção e intervenção precoces de eventuais problemas. Desde a implantação desse ambulatório, a equipe de profissionais do Hospital passou a orientar as mães, ainda durante o período de internação, sobre a importância do acompanhamento fonoaudiológico, com a justificativa de que um bebê, considerado de risco, poderia apresentar problemas de desenvolvimento global – incluindo o desenvolvimento da linguagem.

Considero importante assinalar que, para a equipe em geral e, sobretudo, para mim, o que estava em questão, naquele momento, era a prevenção – visão indicada e suportada por dados da literatura referentes ao crescimento do índice de deficiências que atingem diversas áreas do desenvolvimento (em particular o da linguagem). Entende-se que essa propagação do índice de deficiências esteja relacionada ao aumento da sobrevivência dos recém-nascidos em UTI-neonatal internação: mais crianças sobrevivem e, portanto, esse volume de sobrevivência permite visualizar, com maior nitidez, os riscos de desenvolvimento. Assim, as aquisições tardias e/ou alterações de linguagem das crianças nascidas prematuramente são explicadas pela via de uma relação de causalidade estabelecida entre a linguagem e a imaturidade neurológica e/ou as possíveis lesões neurológicas ocorridas por ocasião do nascimento.

Enfim, esta prática fonoaudiológica que procurei instituir, visava contornar possíveis riscos de desenvolvimento que a criança prematura poderia apresentar: distúrbios de natureza sensorial, intelectual e motora. Após alta hospitalar, a avaliação dos bebês era realizada numa periodicidade regulada de três meses entre um retorno e outro, a partir de um instrumento diagnóstico baseado numa escala de desenvolvimento, assumida como padrão de normalidade. Certos comportamentos eram focalizados e classificados de acordo com áreas ou funções específicas da linguagem, a saber: expressiva, receptiva, interativa/ comunicativa, função visual, função motora e cognitiva. Aqui, a Fonoaudiologia clássica oferecia seu terreno.

As avaliações fonoaudiológicas consistiram em comparar as produções sonoras e os padrões interativos da criança com uma escala de comportamento concebido como normal. Comparava-se aquilo que efetivamente se recolhia do desempenho da criança, durante a consulta, com o que se esperava em determinada faixa etária. E a fonoaudióloga, a partir dessas observações, deveria emitir uma apreciação sobre a qualidade do desenvolvimento da criança. A expectativa era determinar, ao longo do tempo de acompanhamento previsto, uma

eventual **margem de risco** com base na defasagem (ou não) entre o comportamento efetivo e o esperado. No entanto, essa meta não pôde ser atingida.

O impedimento dizia respeito à impossibilidade de se estabelecer regularidades com base no pareamento entre os “achados clínicos” e o “instrumento” (correspondente a uma suposta normalidade). Em outras palavras, a escala de normalidade era ilusória porque não refletia, como esperado e desejado, uma linearidade estável de aquisições. No que tange à aquisição de linguagem, pudemos testemunhar que não só as evoluções “normais” eram heterogêneas, mas também aquelas consideradas “em atraso” eram imprevisíveis. Enfim, a realidade de cada criança desafiava insistentemente o ideal de padrão de desenvolvimento: não se encontrou qualquer compatibilidade entre o tempo cronológico do Instrumento e as especificidades marcantes das realizações de cada criança. Principalmente, em relação à aquisição de linguagem, não foi possível apreender uma cronologia única que contemplasse a evolução entre as crianças de uma mesma idade: transbordava, da prática clínica, a imprevisibilidade (pelo viés de suas produções lingüísticas) da constituição da criança como sujeito.

Segundo e Terceiro Tempo: levantamento de questões

Foi movida por esses desencontros que iniciei um primeiro estudo sobre o estatuto do meu trabalho no Hospital Regional de Assis (HRA), que deu origem à minha dissertação de mestrado, defendida em 2003, intitulada *O Bebê Prematuro no Discurso de suas Mães*.

O trabalho teve como principal objetivo refletir sobre o discurso de três mães que tiveram seus filhos internados no Hospital Regional de Assis e que participaram do acompanhamento fonoaudiológico da pós-alta hospitalar, por dois ou três anos. A direção argumentativa desta dissertação foi a de apreender os *efeitos de sentido da noção risco* nos dizeres maternos. Entendi que o quê marcava o nascimento prematuro era o “discurso do risco” (quer fosse a respeito da sobrevivência, quer da sobrevida da criança), e que este discurso deveria afetar, de forma profunda, o discurso da mãe.

De fato, pude observar que os dizeres maternos eram impregnados por ele: seja pela grande possibilidade de morte, seja – no caso de sobrevida – pelo fantasma de possíveis seqüelas orgânicas, que influenciariam negativamente o desenvolvimento geral da criança. Tais dizeres e sua permanência conviviam e contrastavam com um outro dizer, aquele que

vinha marcado pela sobrevivência da criança e/ou pelo desenvolvimento sem sobressaltos ou atrasos de seus filhos.

Além disso, a forte presença da “temporalidade”, de uma riqueza de detalhes (número de dias, dias da semana, etc.), relacionados a procedimentos hospitalares e/ou intercorrências médicas, deixaram marcas nos dizeres das mães sobre seus filhos; bem como enunciados referentes a aspectos maturacionais relativos à melhora clínica da criança. Contudo, não era esse o único sentido da temporalidade, localizou-se, também, outro que poderia estar relacionado a um “processo de amadurecimento” concernente à imagem do corpo do bebê, com estatuto de potencialidade.

Em outras palavras, a partir do discurso, a mãe interpretava/antecipava pedidos (demanda) e vontades (desejo) do filho endereçados a ela e ao mundo, a partir de movimentos reflexos produzidos pela criança. O agente materno investe o infans imaginariamente, projeta/lê os comportamentos do pequeno ser e atribui a eles o estatuto de “intencionais”. Toma as manifestações reflexas (meramente orgânicas) do neonato como uma mensagem dirigida a ela.

É preciso ressaltar que a abordagem teórico-metodológica adotada neste estudo foi a Análise do Discurso (AD) de linha francesa e o recorte estabelecido dizia respeito ao discurso enquanto efeito de sentidos entre os locutores, em que o sujeito falante está assujeitado às formações ideológicas.

As marcas trazidas pela ideologia são entendidas como cristalizações, produto naturalizado pela relação da história com o poder. O fato é que há um pressuposto que sustenta a possibilidade mesma de todo dizer e determina o que pode e deve ser dito a partir de uma posição dada em uma conjuntura específica. A noção de propriedade do discurso evoca a situação na qual o discurso é produzido – a instituição, o contexto sociohistórico, a cultura e a ideologia que se encontram representadas em sua exterioridade. Por esta conjuntura, a AD poderia apreender a singularidade do discurso como uma questão prevista na trama dos sentidos, a partir do modo como a língua e a história nos afetam enquanto sujeitos. Ao mesmo tempo, construiria um quadro geral do funcionamento discursivo pelas marcas lingüísticas, caracterizando, assim, a organização do discurso.

Entretanto, outro aspecto observado, que diverge do esperado, consiste na possibilidade de determinar um tipo de discurso comum às mães de bebês prematuros, o que emergia de minha leitura dos dados discursivos era uma marca de singularidade, um traço indelével de cada percurso, que naquele momento foi enquadrado sob a perspectiva da AD.

A noção de singularidade foi questionada na argüição da banca de defesa da dissertação de mestrado, já que o que emergia dos dados discursivos, os quais me propus a discutir, não se compatibilizava com a abordagem teórico-metodológica eleita. O discurso materno revelou uma posição ao mesmo tempo – além e aquém, ultrapassando qualquer espécie de tentativa de domesticar o dito e ou de uma resposta absoluta que pudesse assegurar o que estava em jogo na relação mãe e filho.

Quanto ao meu trabalho, este não ficou ileso aos efeitos e às elaborações que pude assimilar e que modificaram radicalmente meu perfil profissional.

Informo, ainda, que o apontamento sobre a desmesura, que implica a singularidade do sujeito, presente como argüição do trabalho do mestrado, produziu efeito de interpretação, na medida em que me deixei tocar pelo enigma imposto pela minha clínica. Este foi o “motor” da busca de uma reflexão teórica que pudesse ser “sensível” a esta prática clínica.

A inserção no doutorado foi a minha alternativa para concluir esta busca e adotar, como filiação, a Clínica de Linguagem, conforme teorização desenvolvida no LAEL-PUCSP⁴ por Maria Francisca Lier-DeVitto. Um espaço em que as falas sintomáticas são tratadas como sintoma na linguagem e, portanto, toma distância do campo das patologias da linguagem. Especificamente a Fonoaudiologia, na qual, via de regra, as falas sintomáticas são tomadas como empiria, em que se movimentam aparatos descritivos da Lingüística, ou como sinal de problema cuja etiologia é orgânica/cognitiva e emocional.

O que se destaca é o compromisso teórico com a linguagem, que traz como ponto de partida de seus trabalhos a teorização desenvolvida por Cláudia Lemos no Interacionismo – relação remetida à questão de alteridade – sustentada pelo compromisso com os efeitos, no clínico/pesquisador, de falantes em sofrimento e de suas falas sintomáticas.

Sobre o fundamento da aquisição da linguagem, elaborada por Cláudia Lemos, podemos dizer que impõe uma novidade no campo de Aquisição, mais particularmente ao Interacionismo, que significa fazer valer o “compromisso com a fala da criança”. E, é por perseguir este “compromisso” que produz uma inversão: **a criança no seu processo de estruturação da linguagem é capturada pela instância de funcionamento lingüístico-discursivo**. Trata-se de um percurso da autora referente aos “passos que vão dar em impasses [...] que cada vez refariam e refazem na fala da criança o estatuto de enigma” (LEMOS, 2002, p. 41) que, entretanto, não será recuperado neste trabalho na sua integridade. A noção de

⁴ Projeto Integrado CNPq (522002/97-8), hoje Grupo de pesquisa CNPq (Aquisição, patologias e clínica de linguagem) ambos LAEL-DERDIC/SP. Produção bibliográfica original e teoricamente consistente produzida por pesquisadores deste grupo.

captura afasta qualquer possibilidade de ação consciente e deliberada da criança na “aquisição” da linguagem, essa noção, ao mesmo tempo, inclui o corpo enquanto uma materialidade implicada no e pelo processo de subjetivação, a saber, “o corpo pulsional”. Uma formulação advinda da Psicanálise e que comparece nas reflexões de Cláudia Lemos (2002, 2003).

É preciso sublinhar que a prática clínica com a qual me deparo – os bebês e seus pais – está voltada para um vir-a-ser na língua, por uma posição de antecipação introduzida pela fala dos pais. Outra peculiaridade desta prática diz respeito à alimentação dos bebês durante o “período de internação”, sobre a qual pretendemos avançar, dentre outros aspectos, circunscrevendo-a em uma reflexão teórica que lhe possa sustentar enquanto intervenção fonoaudiológica.

Mesmo sabendo que o debate de Lemos na aquisição da linguagem tenha sido pautado pelo “compromisso com a fala da criança” e que, portanto, suas elaborações privilegiaram as vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. Consideramos que suas contribuições sobre a criança e o processo de subjetivação insistem na questão primordial, a qual nos interessa de perto, e que diz respeito ao “corpo pulsional”.

Neste caso, podemos dizer que nossa clínica, a despeito de operarmos por duas instâncias aparentemente distintas – período de internação hospitalar e acompanhamento pós-alta hospitalar –, está assentada em um só compromisso: o corpo “prematureo” em processo de entrada no simbólico pelos efeitos da linguagem sobre o organismo.

E, neste sentido, considerando que o corpo é o suporte dos efeitos da linguagem em uma dimensão que excede a um funcionamento unicamente motor e/ou instintual de sobrevivência, parece-me, portanto, incontornável, não confundir o quê é do *organismo* e o quê é do *sujeito* e, além disso, ter em mente que essas instâncias *não coincidem*. Defenderemos, aqui, a alimentação do bebê como resultado de uma precipitação que ocorre pela inscrição da linguagem no corpo, a partir da relação com o outro.

Neste ponto, vale enunciar que, neste trabalho, aproximar-nos-emos do referencial teórico da Psicanálise lacaniana, a partir das contribuições de Freud, referente ao declarado anteriormente sobre a busca de uma reflexão teórica que possa ser “sensível” às operações que dimensionam esta prática clínica com os bebês.

Uma eleição que se deu, por um lado, em função de meu reconhecimento de que aproximações e distinções deveriam ser feitas em relação às produções teórico-clínicas no interior do Grupo de Pesquisa “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, uma vez que, até o momento, a questão da clínica com bebês não foi objeto de estudo. Talvez possamos

dizer que as questões, fortemente presentes por esta reflexão original sobre Clínica de linguagem, se inserem pelo enfrentamento da “fala em sofrimento”. No caso da clínica com bebês, o enfrentamento é engendrado na/pela fala dos pais, muitas vezes em sofrimento, entretanto, nota-se que, nesta fala, os pais intercedem pelos seus filhos.

Outro argumento essencial desta aproximação com a psicanálise lacaniana trata-se do *compromisso com a especificidade do material*, uma condição estrita para a Clínica de linguagem, visto que se trata de uma posição que permite ao clínico ser afetado/interrogado pela singularidade no encontro com a clínica.

Refiro-me à prática clínica com bebês, na medida em que desde o início estive atada ao par mãe-bebê, já que as ações fonoaudiológicas sempre estiveram permeadas pela “presença materna”. E é neste ponto que começa a história: a presença materna sempre insistiu como marca e produziu/produz efeitos sobre a minha subjetividade, desdobrando, assim, em conseqüências teóricas sobre a prática clínica. Penso que esta pode ser minha contribuição para a Clínica de linguagem.

O que se institui pela Psicanálise é que o filhote humano, ao nascer e por muitos anos a seguir, encontra-se em verdadeiro estado de prematuração e depende da intervenção do “outro” em uma dimensão que transcende, em muito, o escopo orgânico referente às necessidades. Mais especialmente, pela dimensão significativa a qual o infans é tomado pela designação de um nome introduzido pelo discurso do “outro”.

É preciso marcar que não se trata de “outro” qualquer, mas daquele que edifica, pela sua própria estrutura desejante, um lugar de filiação ao recém-nascido. Portanto, o que está na base desta afirmação é que o recém-nascido experimenta as primeiras realidades com o meio vivo pelo contato com o outro. Uma realidade que não é pensável, de maneira alguma, a partir da pura e simples experiência, mas que há incidência da inscrição significativa.

O que se quer dizer é que a articulação entre o que é lido pelo outro nas modulações deste corpo organismo, no campo do sujeito do inconsciente, permitirá situar a posição da criança na/pela realidade, na medida em que o corpo ganha existência pela interpretação do “outro”, aquele, cuja função é estruturante. Já que nesta perspectiva as manifestações vitais do corpo são marcas que representam um sujeito para alguém.

Interessa-nos, também, recorrer ao gesto teórico de que o bebê, ao nascer, é deparado com uma estrutura simbólica que o antecede, e a assunção como sujeito está na dependência do lugar a ele concedido nesta estrutura. A estrutura refere-se àquilo que está anterior a ele, ou seja, ao modo como se articulam os laços parentais, pela posição que vem ocupar na família,

pelo nome que lhe coube, entre outras sobredeterminações simbólicas com as quais o bebê terá que lidar sem tê-las escolhido.

Não parece ser, portanto, por acaso que o “discurso materno” tenha me ocupado tanto, já que nele encontro a heterogeneidade que levou à destituição do imaginário da universalidade do discurso de mães de bebês nascidos prematuros, bem como, fez cessar a busca de um sentido único ou generalizável. E gerou a convicção de que qualquer encontro mãe-filho(a) está envolto em condições enigmáticas, dentre as quais a “situação objetiva” – mãe-bebê prematuro –, não desvela.

A partir da condição de interrogação e reflexão sobre a clínica com bebês na filiação, propõe-se a teorização encaminhada sobre a Clínica de Linguagem, sob a coordenação de Maria Francisca Lier-DeVitto e do pensamento de Claudia Lemos (1992, 1998a, b, 2006, entre outros), mais precisamente a reflexão estrutural e das conseqüências teóricas deste gesto – a definição de um “sujeito” compatível com a concepção de língua, desdobrando-se, assim, a partir da psicanálise lacaniana, no estatuto de corpo “cuja atividade demanda interpretação”, a saber, o corpo pulsional. Cabe, porém, destacar outro aspecto também abordado, trata-se da aproximação da Psicanálise lacaniana, baseada nos estudos de Freud, na medida em que declarou-se, anteriormente, que a clínica com bebês exigirá um esforço de teorização sobre o sujeito na relação com a parentalidade.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA VOLTADA PARA O ATENDIMENTO DE BEBÊS

1.1 As Fontes da Atuação Fonoaudiológica

Considero importante afirmar que os avanços da Medicina, no que diz respeito ao refinamento dos equipamentos, à eficácia de medicamentos, bem como à especialização de profissionais no campo de Neonatologia, levaram a um aumento significativo da sobrevivência de bebês nascidos prematuramente – bebês que, sem esses recursos, dificilmente sobreviveriam. As pesquisas na área da Neonatologia, a especialidade médica dedicada aos bebês, sustentam, contudo, a existência de uma relação positiva entre a sobrevivência de bebês prematuros e a presença de seqüelas – motora, auditiva, visual, neurológica, intelectual, aprendizagem, entre outras. Frente a essa constatação, sugere-se que a atuação de profissionais da Área da Saúde seja iniciada já no próprio ambiente hospitalar. A orientação é, também, a de se prosseguir com investigações posteriores voltadas para o acompanhamento do desenvolvimento posterior desses bebês prematuros. A meta principal é **detectar precocemente** possíveis (e esperados) comprometimentos orgânicos que possam afetar negativamente o desenvolvimento da criança nascida prematuramente. Desse modo, uma **intervenção clínica precoce** é considerada necessária para esses **bebês de alto risco**.

A expressão “bebês de alto risco” *decorre* da constatação das complicações orgânicas e fisiológicas que rondam o nascimento. De fato, o bebê prematuro vem ao mundo sem condições respiratórias, gastrointestinais, renais e neurológicas mínimas de sobrevivência. Esses aparelhos e órgãos, além de outros problemas relacionados a capilares sanguíneos, substratos hormonais, hídricos, não completaram o processo maturacional que ocorre no período de vida intra-uterina. Neste caso, são inquestionáveis os recursos médico-hospitalares para a manutenção da vida. No entanto, o aparato médico-hospitalar decisivo para a sustentação da vida, promove, com frequência, efeitos inesperados e indesejados, i.e., pode implicar complicações (o uso de oxigênio pode causar alteração visual e a utilização de certos medicamentos pode provocar problemas auditivos, por exemplo). Sabe-se, além disso, que a imaturidade orgânica é altamente susceptível à ocorrência de lesões no sistema nervoso central. Como se pode depreender, **há riscos outros**: aqueles que decorrem do próprio agente

da cura. Em outras palavras, se em um primeiro momento “risco” vincula-se a *risco de morte*, num segundo tempo, essa palavra pode indicar, também, efeitos do impacto do próprio tratamento precoce que dele podem advir as denominadas “seqüelas de desenvolvimento”.

A Medicina tem investido na tentativa de refinamento de parâmetros que correlacionem eventos neonatais⁵ com as características fisiológicas⁶ do bebê ao nascer a fim de *fixar um sistema de referência* que assegure profissionais no estabelecimento de diagnóstico preciso e na eleição do tratamento. De acordo com o neonatologista Brock (1998), o termo “prematuridade” foi cunhado por Yllpö (1919) para nomear todos os recém-nascidos com peso igual ou inferior a 2.500 gramas. Esse parâmetro, contudo, foi modificado pelo fato de bebês com peso muito inferior a esse e com idade ainda gestacional poderem sobreviver. O *Committe of the Fetus and Newborn*, da Academia Americana de Pediatria, instituiu novos critérios de prematuridade que envolvem medidas de peso, idade gestacional, estatura e alguns padrões de crescimento intra-uterino (como perímetro cefálico correlacionado a desdobramentos de condição clínica durante a internação hospitalar).

Segundo a área da Neonatologia, esses novos parâmetros são bastante objetivos, passíveis de serem aplicados e permitem, por isso, aos profissionais, *prever* o grau de morbidade neonatal, isto é, *determinar os critérios de risco para incidir preventivamente*. Considera-se importante, também o estabelecimento da correlação entre peso e idade gestacional (“curvas de percentis de crescimento fetal”) na classificação de bebês prematuros em termos de risco. Nos anos de 1970, a Academia Americana de Pediatria, pautada pela meta de diagnósticos precisos, sugere uma classificação relacionada à idade gestacional⁷ e ao peso⁸ de nascimento.

Nota-se, que a Medicina tem como norte a objetividade e é guiada pelo “desejo de saber” e pelo “desejo de curar” (CLAVREUL, 1983). Tendo em vista a discussão iniciada nesta tese, devemos acrescentar a essa seqüência de desejos, o “desejo de prevenir” doenças. A Medicina tem como objeto a doença (definição, descrição, cura e prevenção) e é a partir de um agrupamento de sinais que quadros patológicos são definidos, tomando semblante de

⁵ Distúrbios e/ou as doenças que acometem o recém-nascido pré-termo.

⁶ Dados de peso e idade gestacional ao nascer, relacionados aos valores em curvas de crescimento intra-uterino

⁷ Recém-nascido pré-termo do grupo I ou pré-termo limítrofe (37-38 semanas) – tendência a icterícia acentuada, lentidão ao se alimentar e, ocasionalmente, desconforto respiratório.

Recém-nascido pré-termo do grupo II ou moderadamente pré-termo (31-36 semanas) – necessitam de um atendimento diferenciado, são mais susceptíveis às infecções graves e às patologias pulmonares.

Recém-nascido pré-termo do grupo III ou extremamente pré-termo (24-30 semanas) – bebês considerados inviáveis à sobrevivência por alguns anos, pela imaturidade de seu organismo.

⁸ Peso normal: recém-nascidos com o peso de maior de 2.500 gramas. Baixo peso – recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas Muito baixo peso – recém-nascidos com peso inferior a 1.500 gramas. Baixo peso extremo – recém-nascido com peso inferior a 1.000 gramas.

doenças e, dessa forma, permitem diagnosticar, estabelecer prognóstico e determinar a terapêutica. A clínica médica firma-se a partir do que legitima o ato médico, primeiramente, o diagnóstico que nomeia a doença, que é tangível pelas semelhanças de sinais atuais à imagem de sinais fixados anteriormente num quadro nosográfico previamente estabelecido⁹. É isso que assegura a etiologia e também a terapêutica (CLAVREUL, 1983, p. 97). Entende-se, portanto, de onde advêm os recursos do médico para prever, para “expor previamente o presente, o passado e o futuro de seus doentes”, seguindo as palavras de Clavreul (1983, p. 95-96). O prognóstico prevê o futuro e é, nesse sentido, que o discurso médico assemelha-se a uma profecia “o anúncio sobre o futuro, pelo fato mesmo de constituí-lo, contribui para “criar” o que será fatalmente do sujeito” (1983, p. 95-96),

A Neonatologia não está fora desse discurso, o que é legítimo, se levarmos em conta ser ela uma especialidade médica. Importa dizer que a Neonatologia, ao lado dos esforços para garantir a sobrevivência¹⁰ de bebês prematuros, direciona seus investimentos, também, para a previsão de riscos de seqüelas¹¹ ao longo do desenvolvimento. Uma questão que este trabalho suscita diz respeito à aderência do fonoaudiólogo ao discurso médico, quando a questão é a linguagem atribuída aos “riscos”, atrelada às seqüelas deixadas pela prematuridade (deficiência auditiva, imaturidade e/ou alterações neurológicas).

Não se trata de negar que o sistema neurológico, auditivo, entre outros, estejam envolvidos na fala e, também, como atesta Arantes (2001) nem que o sujeito seja outro que não aquele causado pela linguagem – no humano não há o que fique fora do simbólico. É certo que a fala necessita do suporte do corpo, porém, o que se coloca em pauta é que um “diagnóstico de linguagem” deve se distinguir de outros na medida em que é determinado e incide sobre um sintoma caracterizável como “um furo no corpo da fala, que diz de um corpo falante” (LIER-DEVITTO, 2000, p. 14).

No que se refere à linguagem, a questão é complexa, pois, ela escapa ao âmbito do modelo médico de diagnóstico, mas na maior parte dos casos o fonoaudiólogo lida com categorias clínicas forjadas no interior da Medicina, com base no substrato orgânico afetado. Circunscreve patologias tais como: paralisia cerebral, afasia, deficiência auditiva, retardo de linguagem, o que inviabiliza o caráter explicativo ou causalista de um diagnóstico, já que são

⁹ Arantes (2001) discute essa questão ao traçar a diferença entre o diagnóstico médico e o da Clínica de linguagem.

¹⁰ Estudos sobre especialização em termos de diagnóstico e tratamento das complicações orgânicas decorrentes da prematuridade.

¹¹ A literatura de neonatologia (WERNER, 1986; COMITÊ de Follow-up da Sociedade Brasileira de Pediatria do Rio de Janeiro ao recém-nascido de risco, 1994; MILLER, 1996 cita, como seqüelas mais recorrentes do bebê nascido pré-termo, os seguintes aspectos: displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade, déficits auditivos, déficits do desenvolvimento neuropsicomotor, déficits nutricionais.

raros os casos em que uma determinada categoria nosológica seja “reconhecida” apenas por “um conjunto de sinais lingüísticos particulares” como se faz na Medicina – o que torna difícil sustentar um “diagnóstico de linguagem”.

Os quadros de linguagem são plurais. Alguns deles, como as afasias, ocorrem após uma lesão cerebral. Nesses casos, têm-se pacientes que foram falantes, que têm a fala comprometida, mas que, nem por isso, deixam de se escutar (FONSECA, 1995; LIER-DEVITTO; FONSECA, 1998; LIER-DEVITTO, 2002c). Nos casos de paralisia cerebral, há pacientes cuja limitação orgânica é, muitas vezes, desde o início, impeditiva da produção de fala, mas não do acesso ao simbólico (VASCONCELLOS, 1999). Sobre a deficiência auditiva – faculdade de apreensão – impõe-se a consideração entre “ouvir” e “escutar” já que organismo e sujeito não coincidem (ANDRADE, 2003).

Observamos que se trata de quadros de natureza distinta, mas que têm em comum o fato de que algo na linguagem produz efeito de patologia. Cabe lembrar, como afirma Arantes (2001), que a definição da causa é obrigatória para o fechamento do diagnóstico médico e na clínica de linguagem o que se destaca é a dificuldade da definição da causa por um agente etiológico atestável (orgânico) ou inferível (social/emocional), já que isto não explicaria a natureza do particular/singular de uma fala – o modo de acontecer de uma fala. Ao lado disso, que “instrumento” teria o fonoaudiólogo para intervir sobre o suposto agente etiológico dado que a nossa atuação volta-se ao funcionamento da linguagem enquanto modo de presença do sujeito.

Estudos sobre fatores de risco na infância incluem a prematuridade como um critério que merece destaque entre os demais (LEWIS et al., 1988; MILLER, 1996; WERNER, 1986). Muitos afirmam que esta população está mais propensa a apresentar alterações neurológicas (DIAMANT, 1980; FITZHARDINZE; STEVEN, 1992; ROSS; LIPPER; AULD, 1996; WAJNSZTEJN; VILANOVA; VIEIRA, 1998), *deficiências cognitivas* (BRADLEY et al., 1993; DAMMAN et al., 1996; WABER; MCCORNICK, 1995), *dificuldades comportamentais* (BRANDT et al. 1992; CARVALHO; LINHARES; MARTINEZ, 2001) e *problemas de desempenho escolar* (TAYLOR et al., 1995).

Deve-se notar que a Neurologia faz aliança com a Neonatologia a respeito dos ditos *critérios de risco*. Segundo os neurologistas Wajnsztein, Vilanova e Vieira (1998, p. 235), apoiados no ideal do diagnóstico precoce dos distúrbios neurológicos para a população de recém-nascidos, “crianças nascidas pré-termo e de baixo peso demandam atenção especial quanto à sua evolução neuropsicomotora”. Os autores acrescentam, por esse motivo, que o seguimento ambulatorial é um procedimento altamente recomendado. O raciocínio é o

seguinte: se o desenvolvimento neurológico da criança está diretamente relacionado ao processo de maturação do sistema nervoso central e se este prevê um tempo para o término de processos intra-uterinos, os recém-nascidos prematuros são, por princípio, uma população com grandes chances de apresentar desvios no desenvolvimento, portanto, são considerados população de alto-risco.

Vale ressaltar que a medicina recomenda o seguimento ambulatorial e a fonoaudiologia adere incontinentemente às recomendações médicas e, portanto, aos “critérios de risco”, advogando que os avanços científicos e tecnológicos disponíveis ao campo da Neonatologia têm salvado vidas e que se deve acompanhar de perto o desenvolvimento da criança, no sentido de conhecer as suas deficiências e intervir precocemente. Entende-se, também, porque a Fonoaudiologia elege *questões alimentares e auditivas* como relevantes para o seu campo específico de atuação no atendimento de bebês precoces. É preciso dizer, porém, que essa opção/direção não é sem conseqüências porque, nesse movimento, a área incorpora, igualmente, a noção de linguagem da Medicina, centrada em aspectos anatômicos e funcionais. Ou seja, a linguagem fica reduzida à esfera da “boca-orelha”, como disse Benine (2001) e a criança, a um organismo com risco de sobrevivência ou de vir a ter prejuízos no desenvolvimento.

Ressalta-se, também, que a atuação fonoaudiológica com crianças pequenas teve início na década de 1980, quando estudos começaram a tratar de dificuldades alimentares e auditivas já instaladas. Fonoaudiólogos recebiam essas crianças, atendendo a demandas de profissionais da área da Saúde ou, eventualmente, até de pais. A intervenção, envolvendo bebês de alto-risco, ocorria, muitas vezes, durante o período de internação hospitalar – o fonoaudiólogo era chamado pelo médico, uma vez que o bebê não podia ter alta já que não se alimentava espontaneamente¹². Comenta-se que no final da década de 1980 (ou início da década de 1990) a Fonoaudiologia, *aderida à ideologia da prevenção*, reivindicava para si uma atuação hospitalar junto aos bebês assumidos como de alto risco. Hernandez (1996, p. 45) destaca que:

[...] em fevereiro de 1989 teve início o projeto berçário [...], contando com uma equipe multidisciplinar constituída de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. O desafio passou a ser planejar, viabilizar e implantar um projeto de ação multidisciplinar cujo objetivo inicial era o de detectar, estimular e encaminhar, o mais precocemente possível, os casos de deficiência e principalmente preveni-las.

¹² No que diz respeito ao aspecto auditivo, a intervenção acontecia nos consultórios particulares.

Como se pode observar, a Fonoaudiologia passa a idealizar ações clínicas que objetivam *minimizar e evitar/prevenir* problemas previsíveis (já que assim admitidos pela Neonatologia). Desse modo, entram em ascensão as chamadas “triagens auditivas neonatais”, justificadas com o argumento de que *a audição é pré-requisito para a fala*, que propicia, segundo se sustenta, os desenvolvimentos social, psíquico e educacional. Essa idéia encontra-se amparada em outra, qual seja, a de que o objeto da Fonoaudiologia é a “comunicação humana” (ARAÚJO, 2002).

A noção de “comunicação humana” pressupõe a transmissão de mensagens entre um locutor e um ouvinte que por um sistema de codificação permite a troca intersubjetiva de informações, visando à produção de uma significação única. Com base nessa definição, pode-se afirmar que a presença de qualquer problema que impossibilite ou prejudique o processo de transmissão de mensagens entre os interlocutores, representa uma ameaça ao sucesso da comunicação. A crítica reside no fato de que, por esta perspectiva, o distúrbio da comunicação é considerado como um problema anterior à linguagem na medida em que o que está prejudicado é uma parte do corpo-organismo (deficiência auditiva, alteração neurológica, cognitiva, psicológica entre outros) e, portanto, o indivíduo está fadado a um problema de linguagem.

Como se pode notar, ao mesmo tempo em que a noção de comunicação confere unidade à área fonoaudiológica, porque permite acomodar diferentes “patologias” sob a mesma designação, a assunção irrefletida dessa noção representa uma constante ameaça de apagamento da linguagem, com conseqüências para uma clínica que é de linguagem.

As triagens auditivas neonatais articulam-se ao “sistema de codificação” auditivo, portanto, a aposta está no ideal da intervenção precoce, em que quanto mais cedo a perda auditiva for diagnosticada, melhores serão as chances de bons resultados no processo terapêutico e, conseqüentemente, maiores serão as possibilidades de um desenvolvimento adequado para a criança. Sob esta ótica, a expectativa da Fonoaudiologia é a de que a triagem seja realizada com *todos* os recém-nascidos. A área, no Brasil, alinha-se aos ideais do Comitê de Fala e Audição da Academia Americana de Pediatria que, desde 1982, reconhece e sustenta a busca de identificação precoce de problemas; portanto, apóia a avaliação de recém-nascidos com risco para a deficiência auditiva. Em 1994, esse Comitê elaborou critérios de risco, estabeleceu indicadores de deficiência auditiva¹³ e recomendou que recém-nascidos que apresentassem um ou mais desses indicadores fossem submetidos à avaliação audiológica¹⁴.

¹³ Indicadores de risco para Deficiência Auditiva (DA) proposta pelo Joint Committee on Infant Hearing são: história familiar de DA, infecções congênicas (toxoplasmose, sífilis, rubéola, entre outras), anomalias

Quanto à evolução neuropsicomotora, fundamenta-se na idéia de que as crianças nascidas pré-termo e com baixo peso demandam atenção especial e, por isso, recomenda-se a realização do *seguimento ambulatorial*. A justificativa da área médica, dentre outras, é que o desenvolvimento neurológico da criança está diretamente relacionado ao processo de maturação do sistema nervoso central. Neste caso, os recém-nascidos prematuros são considerados, potencialmente, uma população com grandes chances de alterações no desenvolvimento. Segundo Diamant (1980), a prematuridade e o baixo peso ao nascimento podem determinar alteração na maturação das diferentes estruturas do sistema nervoso central e, com isso, levar ao surgimento de retardo do desenvolvimento neuropsicomotor de forma transitória ou permanente. A presença de complicações¹⁵ neonatais e o baixo peso de nascimento estabelecem, também, relação de causalidade com a gravidade das dificuldades que fatalmente irão ocorrer no curso do desenvolvimento (PIEUCH et al., 1997). Entretanto, também é trazido no bojo destas discussões que o prognóstico, ou seja, o que se pode esperar do futuro, está na dependência da combinação de diversos fatores de risco e não somente por meio de variáveis isoladas. Pesquisas da área (LIAW; BROOKS-GUNN, 1993; O'BRIEN; SOLIDAY; MCCLUSKEY-FAWCETT, 1995) sugerem que resultados de desenvolvimento insatisfatórios podem ser melhor prognosticados por meio de fatores biológicos que podem atuar como causa direta ou indireta da prematuridade, bem como, por fatores psicossociais enquanto condição agravante ou atenuante do efeito da prematuridade no desenvolvimento da criança.

Alguns pesquisadores (BRADLEY et al, 1993; LIAW; BROOKS-GUNN, 1993; BRADLEY e cols., 1994) apontam fatores ambientais como intervenientes do agravamento ou atenuação do risco no desenvolvimento de crianças prematuras. Eles reconhecem, contudo, que se, de um lado, as dificuldades apresentadas pela prematuridade e pelo baixo peso da criança são efetivos fatores de risco; de outro lado, admitem haver evidências de que a criança pode ter sucesso no enfrentamento das condições adversas introduzidas pelos fatores mencionados.

A condição de pobreza é um dos fatores ambiental/social indicados como aspecto que potencializa o risco de sobrevivência (CARVALHO; LINHARES; MARTINEZ, 2001;

craniofaciais, peso ao nascimento inferior a 1.500g, hiperbilirrubinemia, medicação ototóxica, meningite bacteriana, anóxia ao nascimento, ventilação mecânica por mais de 5 dias.

¹⁴ Quando houver suspeita a partir do resultado da triagem, a criança deverá ser encaminhada para avaliação otológica completa. Uma vez diagnosticada a perda auditiva, a criança deveria ser protetizada até os seis meses de idade.

¹⁵ Asfixia perinatal grave, infecções congênicas (rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose), bebês submetidos a exsanguíneotransfusão, entre outras.

YUNES et al., 2000). Assume-se que a relação entre os riscos biológicos e ambientais/social é decisiva, uma vez que a combinação dessas variáveis aumenta a probabilidade de desencadeamento do processo de resiliência¹⁶ – processo definido no âmbito da clínica médica como a relação entre os riscos biológicos enfrentados por essas crianças e o ambiente social, uma vez que este último pode influenciar positiva ou negativamente no impacto dos efeitos da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

É, portanto, apoiada na concepção de resiliência, que a neonatologia justifica a importância do seguimento longitudinal de bebês nascidos pré-termo. Em outras palavras, é pelo acompanhamento do desenvolvimento da criança que se recolhe indicadores de risco e de recurso, tanto da criança como da família, para ativá-los ou potencializá-los em intervenções especializadas, seja no âmbito educacional seja no terapêutico. Surge, com base nessa noção, a possibilidade de recolher “indicadores de risco” não mais ligados a fatores relacionados de forma imediata com a prematuridade. Com isso, a noção de risco é estendida para “risco de desenvolvimento” e este último decisivamente mais ligado a fatores intervenientes (ambientais/sociais) do que a fatores biológicos. Desse modo, entende-se porque a família, e não apenas a criança, é levada em consideração nas “intervenções especializadas” (tanto no âmbito educacional, quanto no terapêutico).

Há autores como Damman et al. (1996); Liaw e Brooks-Gunn (1993); Fitzhardinze e Steven (1992); Ross, Lipper e Auld (1996) e Waber e McCormick (1995) que insistem na importância da *intervenção precoce* que teria como vantagem atenuar os efeitos da prematuridade e do baixo peso no desenvolvimento intelectual. Os autores, com bases em suas pesquisas, afirmam que bebês pré-termo que receberam intervenção precoce apresentaram problemas pouco significativos de comportamento e intelectual ao longo dos 3 primeiros anos de vida. Esse não teria sido o caso de outras crianças que não receberam intervenção precoce. Entende-se, assim, que a intervenção precoce favorece a ação de processos de resiliência¹⁷.

¹⁶ Este termo tem sido utilizado nos estudos da clínica médica para marcar que as adversidades do organismo estão na dependência de vários fatores e, portanto, a condição de risco pode ser atenuada por circunstâncias externas (ambiente, nível socioeconômico) E, neste sentido, amenizar as prováveis alterações na trajetória do desenvolvimento.

¹⁷ Barrat, Roach e Leavitt (1996) já haviam afirmado que investir nos três primeiros anos de vida na tentativa de participação da mãe em programa de intervenção possibilita sua sensibilidade para os sinais do filho e, segundo os autores, esta estratégia pode compensar problemas/riscos aos quais os bebês estão expostos pela prematuridade. Considera-se que experiências vividas, nesse período, são decisivas tanto para o desenvolvimento cerebral, quanto para as capacidades que serão desenvolvidas em etapas posteriores.

O desenvolvimento da criança encontra-se associado, como se pode ver, não somente a fatores gestacionais¹⁸ e ou perinatais¹⁹, como também a outras variáveis (ambiente familiar, situação socioeconômica, atitudes maternas) e, portanto, tem havido forte investimento em programas de intervenção envolvendo a família, cuja importância está relacionada, exclusivamente, à possibilidade de afetação positiva ou negativamente no desenvolvimento da criança. De acordo com Bradley e Casey (1992), em artigo de revisão bibliográfica, Kleberg, Westrup e Stjernqvist (2000) teriam apontado para a questão de que o curso do desenvolvimento dos recém-nascidos de baixo peso estaria firmemente atrelado a condições socioeconômicas, diferindo do que havia suposto até então. Segundo Bradley e Casey (1992), essa afirmação produziu efeitos sobre a área e a interação da criança com a família, principalmente entre mãe-bebê, e passou a ser valorizada como ponto fundamental para a qualidade do desenvolvimento infantil.

Nesse contexto, estudos e publicações científicas passaram a considerar, de forma decisiva, a qualidade dos cuidados que a criança recebe de sua família como elemento que exerce influência sobre as adversidades biológicas decorrentes do nascimento prematuro. Assim, pesquisas começam a fazer menção ao “suporte social” e à “competência dos pais” nos cuidados para com os filhos. Do ponto de vista metodológico, entrevistas com pais são realizadas e, também, interações domésticas entre a família e a criança tornam-se o foco da observação.

Nessa direção, Levy-Shiff et al. (1994) e Silva (2002) comentam que os estudos relacionados à qualidade de vida de crianças consideradas de risco não devem se restringir à situação socioeconômica da família, mas devem incluir outros fatores como idade e educação maternas, relações maritais, estado pessoal materno, satisfação com a vida familiar, qualidade de suporte institucional (recursos de saúde, programas sociais), estrutura da família ampliada – parentes do sexo feminino, que podem servir como rede de apoio (um aspecto visto como particularmente importante no caso de mães jovens e solteiras). Pope et al. (1993) discutem, por exemplo, sobre a importância da presença da avó, no caso de mães adolescentes, para o desenvolvimento cognitivo de crianças avaliadas aos 3 anos de idade, que nasceram com idade gestacional menor que 37 semanas e com peso inferior a 2.500 gramas. Focalizando essa mesma faixa etária, Singer et al. (1999) fazem menção ao sofrimento psicológico intenso de mães nesse período da vida do bebê. Saigal et al. (2000), a partir de respostas obtidas por

¹⁸ Envolve fatores como: infecções congênitas, diminuição do crescimento intra-uterino que se traduz em um bebê pequeno para idade gestacional, sofrimento intra-uterino.

¹⁹ Aborda fatores como: asfixia, hemorragia intracraniana, doença pulmonar crônica, meningite, convulsões neonatais, hipoglicemia

meio de questionários distribuídos a 145 pais, concluem que eles foram duramente afetados pelas adversidades do nascimento prematuro do filho²⁰.

Nota-se, a partir do exposto, que houve uma alteração significativa na direção de questões psicológicas, o que não significa, contudo, que a multiplicidade de aspectos envolvidos nas pesquisas e que se referem à situação do nascimento prematuro de um bebê diminua o peso do discurso médico sobre a relevância de questões relativas a riscos orgânicos. A rigor, seria ingênuo esperar outra coisa. É, portanto, no terreno do discurso organicista que a área médica introduz a novidade de envolver a família (em especial a mãe) nos cuidados para com os seus filhos, ainda no período de internação na Unidade Intensiva. A meta é, como vimos, diminuir riscos e/ou prevenir futuros problemas da criança ao longo de seu desenvolvimento. Tal modelo de intervenção, de acordo com Als e Gilkerson (1997) baseia-se no *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), que consiste em estabelecer *estratégias de manuseio* do recém-nascido e *estratégias de intervenção no ambiente* da UTI-Neonatal. Importa assinalar que estas últimas incluem os pais (além da equipe de profissionais). Assume-se, de fato, que essas estratégias favoreceriam a *adequada organização motora e neurológica do bebê*. Fecha-se, assim, o discurso médico – os pais devem também assegurar, desde as fases iniciais da internação, o *fortalecimento da competência e segurança das funções vitais do bebê*.

Especificamente no Brasil, na década de 80, o atendimento direcionado aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, ganhou força. Aqui, a política pública implementada recebeu o nome de *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru*. As discussões sobre a família na recuperação do bebê, especialmente no período de internação, foram intensas. A diretriz preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) foi e é a de que o Método Canguru requer dos profissionais conhecimentos não só acerca de particularidades físicas e biológicas, como também a respeito de necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos dirigidos à mãe (e à família toda) do recém-nascido. Nessa linha de intervenção, portanto, a política pública visa à qualificação de profissionais no cuidado do bebê e de sua família. Deve-se propiciar maior contato entre o bebê e sua mãe, bem como, com o pai, irmãos e avós de forma a que se venha a construir uma “rede de apoio à mãe”, que deve permanecer na instituição hospitalar durante o período de internação de seu filho.

²⁰ Os pais se referiram a “prejuízos à sua própria saúde”, “dificuldade para o trabalho”, “separação e divórcio entre os cônjuges”; “problemas na relação com os outros filhos” porque admitiam ter dado menos atenção a estes depois do nascimento prematuro do filho.

O Método Mãe-Canguru foi criado em 1978, pelo médico Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia. Criado para substituir o uso da incubadora, o método consiste em colocar o bebê nascido de baixo peso junto ao corpo da mãe para que a criança se mantenha aquecida. Naquela ocasião, foi possível registrar-se a possibilidade de *alta hospitalar precoce* e acima de tudo observou-se que este método *minimizava o grave problema* da morte de recém-nascidos de baixo peso, que acontecia em função da superlotação e infecção hospitalar. Mais importante ainda foram conclusões posteriores. Observou-se que o contato pele a pele entre mãe e filho, não só garantia equilíbrio térmico e sustentação de ritmo cardíaco do bebê, mas também “proporcionava a formação de vínculo afetivo” mãe-bebê e um desenvolvimento da criança, admitido como mais satisfatório. Esses aspectos despertaram a atenção da UNICEF e pesquisas referentes aos efeitos dessa prática foram realizadas e divulgadas em vários países do mundo, que passaram a utilizá-la.

No Brasil, em 1992, o Hospital Guilherme Álvaro, da cidade de Santos, Estado de São Paulo, foi o primeiro a introduzir o Método Mãe-Canguru. No ano seguinte, o método foi adotado pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (em Recife) e, a partir dessas primeiras experiências, foi rápida sua difusão em hospitais brasileiros. Assim, a Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde volta-se para a tentativa de padronização dessa modalidade de assistência ao bebê pré-termo e sua família, e propõe a criação de uma equipe multiprofissional, formada por consultores com sólida experiência profissional e acadêmica nos diferentes aspectos do que se compreende como o “complexo universo da Terapia Intensiva Neonatal”, que tem início no atendimento em sala de parto e que prevê o seguimento dos bebês ao longo de seu desenvolvimento (BRASIL, 2002). Elaborou-se, então, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, que foi lançada em dezembro de 1999 e publicada por meio da Portaria Ministerial nº 693 de 05/07/2000. O Método Canguru passou a fazer parte da Política Governamental de Saúde Pública, no Brasil.

Para a disseminação desta política pública, o Ministério da Saúde investiu em programa de capacitação dos profissionais das diferentes especialidades (que lidam com o recém-nascido, sua mãe e sua família): médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais. Para a realização dos cursos de capacitação, publicou-se um manual técnico para a apresentação da Norma. Uma atenção exclusiva também foi dirigida à explicitação das necessidades especiais do recém-

nascido de baixo peso e de sua família. Igual ênfase foi dada à importância do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento dessas crianças após a alta hospitalar.

A preocupação com a “atenção humanizada ao bebê e sua família”, meta dessa política pública, bem como, com os cuidados com o ambiente físico da UTI, foi influenciada, deve-se dizer, pelo ideário da Pediatria Internacional do Desenvolvimento e do *Newborn Development Care and Assessment Program* (NIDCAP), que propõem, como já indicado anteriormente, *cuidados individualizados* e entendem ser o *vínculo mãe-bebê* um aspecto que favorece o desenvolvimento do recém-nascido. Convém assinalar, mais uma vez, que o *aspecto psicoafetivo* é assunto trazido para a “ordem do dia” e que é amplamente abordado pelo manual técnico *Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru*. Entende-se, assim, porque alguns autores, como Klaus e Kennell (1992), sustentaram que as primeiras horas e dias após o parto facilitam a vinculação mãe-bebê. Compreende-se, também, porque Winnicott (1988) é chamado à cena devido às noções de *holding* e de *preocupação materna primária*²¹.

1.2 A Prática Fonoaudiológica com Bebês de Risco

1.2.1 No período de internação

A Fonoaudiologia, apoiada nos “critérios de risco” estabelecidos no campo da Medicina, sustenta o argumento de que o avanço científico e tecnológico disponível na área neonatal é importante porque tem salvado vidas. Dessa forma, desenvolve uma prática concebida como para-médica, uma vez que guiada pelos ideais da área da Saúde. Sabe-se que, conjugado ao resultado positivo dessa intervenção, houve crescimento no índice de

²¹ Convém reiterar que A *Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru* preconiza a continuidade da assistência, pós-alta hospitalar, mediante acompanhamento ambulatorial, com equipe multidisciplinar, especialmente nos primeiros anos de vida da criança com o intuito de promover o desenvolvimento da criança e minimizar as possíveis seqüelas ao longo do desenvolvimento. Os programas para o seguimento de bebê de risco utilizam indicadores para qualificar o risco de distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor – o protocolo do Comitê de Follow-up da Sociedade Brasileira de Pediatria do Rio de Janeiro (1994). O Comitê considera como indicador de risco para distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor fatores como: prematuro (menor ou igual a 33 semanas com o peso de nascimento igual ou inferior a 1.500g.), pequeno para a idade gestacional (abaixo de dois desvios-padrão), asfixia perinatal grave, alterações neurológicas, convulsão, hemorragia intracraniana comprovada por ultra-sonografia, crescimento anormal do perímetro cefálico, distúrbios metabólicos, hiperbilirrubinemia, parada cardiorespiratória, infecção congênita, erros inatos do metabolismo.

deficiências e de alterações funcionais indesejadas. Foram elas, aliás, que acabaram demandando a atuação de fonoaudiólogos. A Fonoaudiologia é convocada a atuar em dois contextos distintos e bem definidos: *no período de internação hospitalar*, ela se dirige à **estimulação da sucção com vistas a estimular e garantir a alimentação** e, depois da alta hospitalar, *no seguimento ambulatorial*, ela está voltada para a **avaliação e intervenção no desenvolvimento da linguagem da criança**.

A atuação fonoaudiológica com crianças pequenas e bebês restringia-se, no início desta modalidade de prática clínica, àqueles que apresentavam problema (alimentar e/ou de linguagem), ou seja, podemos dizer que as dificuldades das crianças eram tratadas a partir de uma queixa, quer de profissionais da área da Saúde, quer de seus pais. Foi no final da década de 1980, que a Fonoaudiologia, impulsionada pelo ideal de prevenção, passa a realizar uma atuação junto aos “bebês de alto risco”. Chamo a atenção do leitor para as considerações de Xavier (1997, p. 1020), sobre a natureza e o objetivo dessa nova prática:

É de extrema importância que programas preventivos, educativos e de intervenção não só na fase hospitalar assim como no seguimento destes bebês denominados de “risco” se desenvolvam. Este período inicial é base para a qualidade da saúde e desenvolvimento em todas as outras fases da vida”.

Vemos que a Fonoaudiologia alinha-se à *meta da prevenção*, uma característica da “ordem médica” (CLAVREUL, 1983) e deve, para realizá-la, desenvolver um conjunto de ações para evitar ou minimizar eventuais problemas que são, tradicionalmente, reconhecidos como pertinentes ao campo fonoaudiológico. Nessa direção, com o aval e sob o olhar das Ciências da Saúde, assume-se que *dificuldades de alimentação* seriam da competência de fonoaudiólogos mesmo porque, uma vez eliminado o risco de morte do bebê, restaria a possibilidade do aparecimento de distúrbios de linguagem, já que, entende-se, sob o peso desse discurso organicista, que a “saúde da linguagem” depende do bom estado dos órgãos fonoarticulatórios, como se diz: eles estariam em relação direta com a sucção/alimentação.

Entende-se porque a lida com a alimentação, com a chamada “estimulação oral”, ganha relevo sustentado na assunção solidificada da correlação entre sistema-sensório-motor-oral (SSMO) e desenvolvimento da linguagem. No caso particular de bebês prematuros, é fato que apresentam dificuldades para a alimentação. A questão é que, para a Fonoaudiologia, elas estariam direta e exclusivamente ligadas a prejuízos do SSMO. Hernandez (1996) adverte, ainda, que as dificuldades para a alimentação devem ser tomadas como *indícios de patologia neurológica* e que além de representarem “risco para sobrevivência”, elas são um “risco para o desenvolvimento”.

Em outras palavras, problemas de alimentação podem envolver alterações mais sérias, neurológicas. Enfim, a não-coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração do bebê pode levar à aspiração de leite no momento da alimentação e, portanto, (1) causar asfixia e, até, a morte ou (2) anóxia e, neste caso, causar problemas neurológicos. Frente a essas considerações médicas sobre as conseqüências de dificuldades de organização da função alimentar, a intervenção fonoaudiológica assume como sendo seu objetivo *promover a “capacitação” do bebê para a atividade alimentar o mais precocemente possível e de maneira segura*. Para isso, implementam-se técnicas específicas de estimulação do SSMO. Nesse contexto discursivo, vários trabalhos clínicos e de pesquisa são realizados sobre a questão da *estimulação oral não-nutritiva*²², que diz respeito a uma estimulação realizada na região da boca do bebê para que ela possa atingir um nível de habilidade oral que seja, ao menos, suficiente para sua alimentação. Tais pesquisas buscam *identificar padrões de sucção* (intensidade, ritmo), *de deglutição* e a coordenação entre eles com o objetivo de estabelecer “padrões de normalidade”, que possam determinar o momento da transição da alimentação via sonda para a alimentação oral que garantirá a segurança do bebê.

1.2.1.1 Uma tendência claramente organicista na Fonoaudiologia

Berezin et al. (1992), Berbaum et al. (1983) e Uvnäs-Moberg (1987) propõem o desenvolvimento de um protocolo de observação que leve à sistematização de dados – a meta é instruir o fonoaudiólogo na escolha do procedimento mais adequado, a saber, *estimulação não-nutritiva* ou *início da alimentação oral*. Para que se possa atingir esse objetivo, é imprescindível, segundo os autores, correlacionar padrões orais a achados clínicos médicos²³. Pretende-se construir um raciocínio clínico que permita ao fonoaudiólogo tomar decisões seguras sobre a sua atuação. Também Xavier (1998) considera que a Fonoaudiologia não deve prescindir de *elementos objetivos* na avaliação da condição alimentar de bebês e, recomenda que *peso e idade gestacional* isoladamente não sejam tomados como informação primordial. Segundo a autora, a ausência da ajuda respiratória e o balanço calórico são dados mais confiáveis para fazer inferências sobre a “maturidade do recém-nascido”, e sugere que a

²² O termo “estimulação não-nutritiva”, na Fonoaudiologia, determina o momento em que o bebê não está preparado, do ponto de vista motor para o exercício da alimentação oral, por isso o “treinamento oral” é realizado na ausência do leite.

²³ Dados relacionados à história clínica do bebê: idade gestacional, peso de nascimento e atual, quadro respiratório, balanço calórico, entre outros.

estimulação seja cronometrada para que se chegue a determinar a funcionalidade do padrão de sucção não-nutritiva.

Berezin et al. (1992) alegam ter comprovado os benefícios da sucção não nutritiva²⁴ em estudo comparativo entre bebês nascidos prematuramente²⁵ e que tiveram acompanhamento fonoaudiológico. Isso porque, como esse atendimento inclui atenção à mãe e sua participação durante a estimulação do bebê, há “formação de vínculo afetivo” entre esta e seu filho. A conclusão do estudo mostrou que bebês estimulados oralmente ganharam peso “estatisticamente relevante” se comparados com os não-estimulados. Outro apontamento feito neste trabalho foi a constatação de que, “surpreendentemente”, apontam os pesquisadores, os dois grupos de bebês apresentaram rápido ganho de peso após alta hospitalar. A explicação oferecida para esse fato foi que “o contato materno” efetivado no âmbito doméstico, levou a este resultado.

Vejam, então, como a associação de ganho de peso-contato materno foi encaminhada. Sustenta-se que a estimulação oral não-nutritiva, vinculada à interação mãe/recém-nascido, *ativa os reflexos neurosensoriais*, assim como *equilibra as secreções endócrinas*, favorecendo a *maturação das funções gastrointestinais* e proporcionando, assim, o ganho de peso e a alta hospitalar precoce. Talvez seja o caso de pontuar que se confunde, nesse enunciado o que é “observação” com “explicação”. De fato, não se chega a saber como ou por quais mecanismos o dito contato materno interfere no ganho de peso (que é atestado).

Os estudos de Berezin são apoiados por muitos outros pesquisadores, como Xavier (1998), que sugere que relação mãe-bebê é um dos aspectos que devem ser considerados no diagnóstico dos problemas da alimentação. A afirmação se coloca nos seguintes termos:

Seria simplista pensar no processo de alimentação somente como mecanismo oromotor [...] inclui-se no rol também o “estado de alerta”, cognição, desenvolvimento motor e neurológico, interação com a mãe ou pessoa *responsável* pelo bebê, e maturação fisiológica do sistema. (XAVIER, 1998, p. 262).

²⁴ Algumas justificativas para o efeito positivo da estimulação não-nutritiva é: aceleração da maturação do reflexo de sucção facilita a transição da alimentação por sonda para via oral, leva um maior ganho de peso e diminui o tempo de trânsito gastrointestinal, resultando em um menor tempo de estadia hospitalar. A sucção não nutritiva é uma manobra realizada pelo fonoaudiólogo na cavidade oral do bebê visando o reflexo de sucção, porém sem a presença do alimento. Tal manobra é realizada enquanto o bebê não possui condições de alimentação oral e, portanto faz o uso de sonda para alimentar-se.

²⁵ A amostra da pesquisa constituiu-se de 40 bebês prematuros com peso inferior a 1600g e idade gestacional média de 32 semanas, os quais foram divididos em dois grupos. O grupo experimental em que os bebês foram submetidos a estimulados oral não nutritiva e o grupo controle que não recebeu estimulação.

Também, Neiva e Leone (2006), em artigo intitulado “Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção”²⁶ consideram que o *crescimento e o desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo* são processos relacionados e a nutrição é suporte fundamental para o desenvolvimento destes bebês. Tal certeza é justificada com o argumento da condição de imaturidade de vários sistemas²⁷ (em especial o estomatológico) envolvidos na sobrevivência dos bebês. Esse ponto de vista, diga-se, é amplamente compartilhado por fonoaudiólogos e médicos (NEIVA, 2000; HERNANDEZ, 2003; NEIVA, 2003c; MILLER; KIATCHOOSAKUN, 2004; BÜHLER; LIMONGI, 2004). Neste contexto insere-se a intervenção fonoaudiológica, realizada mediante o procedimento da estimulação da sucção não nutritiva²⁸. É, de fato, na esteira dessas considerações, apoiadas por muitos profissionais e pesquisadores, que Neiva e Leone (2006) se dispõem a *descrever a evolução do padrão de sucção* e dos efeitos da sucção não nutritiva em recém-nascidos pré-termo em função do avanço da idade gestacional corrigida²⁹. Procura-se incluir nessas observações, o papel a influência da estimulação³⁰ (externa) no processo maturacional (que é orgânico).

Esta pesquisa envolveu noventa e cinco (95) recém-nascidos pré-termo do Serviço de Pediatria Clínica, Intensiva e Neonatal – Instituto da Criança – FM/USP. Eles foram divididos em três grupos: O Grupo 1, grupo-controle, composto por 35 bebês que não receberam estimulação da sucção não-nutritiva. O Grupo 2, constituído por 30 recém-nascidos que receberam estimulação da sucção não-nutritiva por meio de *chupeta ortodôntica* para prematuros. E, finalmente, o Grupo 3, formado por 30 recém-nascidos que receberam estimulação da sucção não-nutritiva por meio de *dedo enluvado*. Os autores ressaltam que o período das avaliações fonoaudiológicas foi filmado de forma que se pudesse registrar e

²⁶ Esta pesquisadora revela estar em sintonia com Facchini, Almeida e Delgado (2000); e Delgado e Halpern (2003).

²⁷ Os autores fazem referência à problemática orgânica a que está submetido o bebê nascido antes do tempo de completar-se uma gestação.

²⁸ Ver, a esse respeito, Xavier (2000); Fucile, Gisel e Lau. (2002); Rocha et al. (2002); Rocha (2002), Neiva (2003a,b,c); Caetano, Fujinaga e Scochi (2003); Neiva, (2004). Note-se que, segundo a área da Fonoaudiologia, deve-se utilizar a sucção não-nutritiva como recurso auxiliar na aceleração da maturação do reflexo de sucção e estimulação do trânsito intestinal. Ela permitiria a associação da sucção à plenitude gástrica, facilitando, desse modo, a alimentação via oral. Indica-se, ainda, que o estímulo da sucção não-nutritiva poderia ser realizado com a “chupeta”, por exemplo (SEHGAL et al., 1990) ou o “dedo enluvado” (LINDNER, 1991; ODDY; GLENN, 2003).

²⁹ O pressuposto é que os padrões de sucção se modificam pela maturação neurológica, dada pelo passar do tempo cronológico, entretanto, a estimulação não nutritiva poderá contribuir para a aceleração desta maturação.

³⁰ O uso da chupeta ou do dedo do fonoaudiólogo com a luva.

observar em detalhes os aspectos considerados fundamentais à funcionalidade do sistema motor oral³¹.

O efeito dos diferentes recursos implementados na estimulação da sucção não-nutritiva, segundo Neiva e Leone (2006), foi ter sido a estimulação com dedo enluvado mais eficaz do que com a chupeta (no que se relaciona à velocidade da aquisição da habilidade de sucção). As fonoaudiólogas recomendam, assim, o uso da estimulação com dedo enluvado, mesmo considerando que a amostragem tenha sido pequena e o resultado, por isso, não conclusivo. A vantagem da presença obrigatória de um profissional com condições de realizar a estimulação e, concomitantemente, uma observação rigorosa das respostas do bebê ao estímulo. Quanto à conclusão da pesquisa, as autoras, apoiadas em argumentos amplamente veiculados na literatura da área da Saúde³², chegaram onde previam: concluíram que a habilidade de sucção se modifica ao longo do tempo, acompanhando seu processo de maturação e que esta é acelerada pela intervenção fonoaudiológica.

Existem outras pesquisas sobre os efeitos da atuação fonoaudiológica na alimentação dos bebês pré-termo (de natureza semelhante à anterior), como a realizada por vários autores médicos e fonoaudiólogos (GOMES, 2004; KLIEGMAN, 1999; SCHANLER et al., 1999; SIMPSON; SCHANLER; LAU, 2002; XAVIER, 2004), em busca de uma *padronização de condutas em relação à transição da alimentação por sonda gástrica para a via oral de bebês de risco*.

Figueiredo et al. (2007) propuseram-se a investigar a *influência de um programa de intervenção oral* e esperavam poder determinar a idade em que se tem início a alimentação oral e a idade de autonomia alimentar dos bebês de baixo peso³³. Os recém-nascidos do grupo experimental foram filmados uma vez por semana e sempre *alimentados pela mesma pessoa*, pois, dizem as autoras, bebês mostram comportamentos alimentares distintos se tratados por diferentes pessoas. As autoras consideram, também, as filmagens importantes, porque as imagens permitem verificar semelhanças e diferenças na conduta de quem alimenta (posicionamento do recém-nascido e técnica de administração do alimento). Concluíram, as

³¹ Pesquisadores da área fonoaudiológica têm investido na produção de protocolos de avaliação da alimentação do bebê pré-termo tendo em comum alguns aspectos como: presença dos reflexos de sucção e procura, presença do acanolamento e peristaltismo de língua, vedamento labial, ritmo e força de sucção, movimento de elevação e rebaixamento de mandíbula, coordenação de movimentos de lábios, língua e mandíbula, sinais de estresse, choro, náusea e/ou mudança no ritmo respiratório, coordenação sucção-deglutição-respiração e, o volume de leite e o tempo gasto pelo recém-nascido para a ingestão os quais são base para precisar os avanços do funcionamento do sistema motor-oral a partir da intervenção fonoaudiológica.

³² Tome-se como exemplos, autores como Morris e Klein (1987); Neiva, 2004.

³³ Contou-se com um grupo-experimental de 15 bebês da UTI Neonatal, que recebeu as intervenções orais e, um grupo-controle, com 30 bebês, que não recebeu intervenções orais. A intervenção oral no grupo experimental pressupôs a aplicação de um protocolo de intervenção oral “não-nutritiva” e “nutritiva”.

pesquisadoras, que os recém-nascidos que receberam intervenção oral não-nutritiva iniciaram a alimentação oral significativamente mais cedo, quando comparados com os do grupo-controle. Este resultado está em concordância com os estudos de muitos outros autores da área da Saúde (BERNBAUM et al., 1983; FIELD et al., 1982), que insistem na importância do efeito da estimulação da sucção não-nutritiva no desenvolvimento do padrão da sucção nutritiva em recém nascidos pré-termo. No entanto, discordando de outros estudos (EINARSSON-BACKES et al., 1994; FIELD, 2003; GAEBLER; HANZLIK, 1995; MCCAIN et al., 2001; LAU; SCHANLER, 1997; SIMPSON; SCHANLER; LAU, 2002; SYMINGTON; PINELLI, 2002), Figueiredo et al. (2007) acrescentam que os recém-nascidos do grupo-experimental adquiriram autonomia alimentar com idêntica idade gestacional dos recém-nascidos do grupo-controle³⁴. A justificativa apresentada por Figueiredo et al. (2007) sobre o resultado discordante de seu experimento foi que os grupos (experimental e de controle) não foram constituídos com bebês de uma mesma unidade hospitalar. O fato de não terem sido submetidos a uma mesma rotina pode ter influenciado nos resultados obtidos.

Rodrigues (2005), em pesquisa desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, observou o ritmo e a taxa da sucção não-nutritiva e nutritiva de recém-nascidos pré-termo, que não receberam intervenção fonoaudiológica. Procuraram observar, ainda, se havia associação causal entre os padrões de sucção em diferentes idades do bebê. Quanto à metodologia, a avaliação fonoaudiológica foi baseada em protocolo elaborado por Xavier (1998), Neiva (1999), e como medida objetiva para precisar os resultados, as avaliações foram filmadas e cronometradas, conforme a indicação de diversos estudos, incluindo os mencionados anteriormente. Foi possível se constatar que, nos três grupos de recém-nascidos, a taxa e o ritmo da sucção do padrão “sucção nutritiva” foram iguais ou superiores ao da “sucção não-nutritiva”, diferentemente do previsto em grande parte dos estudos especializados³⁵. Também, quando se comparou os grupos, não se notou a mencionada relação de causalidade sugerida pela literatura, já que os bebês de 34 semanas apresentaram desempenho pior do que os com a idade gestacional *inferior* a 34 semanas.

A justificativa oferecida para tal discordância é remetida para a possibilidade da “falha” de seu trabalho devido à pequena amostra, se comparado às pesquisas mencionadas. Mas, quando Rodrigues afirma que o resultado obtido por ela talvez pudesse ser justificado

³⁴ Sugere-se, na literatura, que a experiência da estimulação oral não nutritiva permite aos bebês prematuros o exercício das capacidades oromotoras inatas e, portanto, atingiram mais cedo a autonomia alimentar, reduzindo, assim, o tempo de internação hospitalar.

³⁵ Ver, por exemplo, McBride e Danner (1987), Neiva (1999), Neiva e Leone (2006) e Prade (2006).

pela presença do estímulo nutritivo (o leite), que produziu um o *ato prazeroso*. Importa assinalar que ela pode reconhecer que a alimentação assenta-se numa base que *excede o mecanismo motor oral*. De fato, um raciocínio guiado unicamente pela complexidade motora da sucção (com ou sem a presença do leite) não poderia explicar os resultados obtidos por Rodrigues, que, entretanto, não faz deles uma questão e prefere admitir a possibilidade de “falha metodológica” em seu trabalho de pesquisa.

Dentre os vários trabalhos de pesquisa encontrados na literatura fonoaudiológica que abordam a questão da alimentação do bebê de alto risco, há aqueles que procuram tomar distância do discurso organicista e sua metodologia experimental e investem em concepções outras que privilegiam o “vínculo mãe-filho”, como se diz. De fato, a palavra “vínculo” vem de outras esferas, mais precisamente, do discurso psicológico (SPITZ, 1998; BRAZELTON; 1988; MORIZOT, 1999). Temos, assim, autores como Delgado e Halpern (2005) que discutem sobre a *qualidade da amamentação materna*, divergindo, desse modo, dos trabalhos até aqui apresentados. Estas autoras assumem que a relação mãe-bebê é fator a ser considerado nas questões ligadas à amamentação. Segundo elas, o fonoaudiólogo procura impulsionar o bebê pré-termo num *processo complexo*, que inclui aspectos cognitivos, maturacionais, neurológicos e emocionais.

Delgado e Halpern (2005) procuram sustentar que a interação da mãe com o filho organiza as primeiras relações do bebê com o mundo e afirmam que uma separação prolongada entre eles produz, no bebê, ansiedade e insegurança. As pesquisadoras fazem menção a fatores desencadeantes do mal-estar materno como a constatação da diminuição da produção de leite (cf. ARVEDSON, 1998; DOWLING, 1999), as rotinas hospitalares e as longas hospitalizações (cf. LAU; SCHANLER, 1997; SCHANLER et al. 1999; VASCONCELLOS, 2001; CRESTI; LAPI, 1997). As pesquisadoras concluíram que as maiores dificuldades dos bebês pré-termo na amamentação materna foram, sem dúvida, aquelas relacionadas às alterações motoras orais devido à *imaturidade* dessas crianças, concordando, assim, com a literatura da área da Saúde. Entretanto, enfatizam as alterações da relação mãe-bebê e afirmam que estas afetam de forma significativa o estabelecimento do aleitamento materno.

1.2.1.2 Tentativas de afastamento do discurso organicista

Podemos tomar a pesquisa de Delgado e Halpern (2005) como exemplo de uma vertente de pesquisa que traz à baila a questão da relação mãe-bebê como um fator importante para a sobrevivência da criança nascida prematura. É importante assinalar que ela não toma distância do discurso organicista. Desse modo, reconhece-se a necessidade ou relevância da interação mãe-bebê para que os *processos maturacionais se completem* de forma adequada. Talvez possamos dizer que se conta com os efeitos de um “instinto materno”.

Veremos, neste item, outro tipo de discussão sobre a relação mãe-bebê nascido pré-termo, permeada pelos pressupostos da “psicanálise winnicotiana” (expressão utilizada pelas pesquisadoras). A seguir, comentaremos os trabalhos de três pesquisadoras-fonoaudiólogas. Começamos com Ferraz (2003), que se propõe a indicar uma possível forma de atuação para o fonoaudiólogo em Unidades Neonatais e, para tanto, busca discutir fundamentos e técnicas utilizadas no atendimento a bebês prematuros. A autora focalizou o percurso do desenvolvimento alimentar de quatro recém-nascidos³⁶ no ambiente da UTI neonatal e, também, acompanhou a trajetória da relação mãe-filho durante o período de internação. Embora a pesquisadora afirme que interessam a ela os “fatores psíquicos, ambientais e biológicos”, envolvidos no atendimento de bebês nascidos pré-termo, notamos que ela se interessa mais pelos primeiros.

Ferraz (2003) parte da afirmação de que, em condições naturais, é a mãe que apresenta o mundo ao bebê, i.e., ela é que reconhece, ainda que sem palavras, os momentos de fome do bebê e, mais do que isso, mães adaptam sua forma de viver para satisfazer as necessidades do seu filho. Denota-se, neste trabalho, a referência a Winnicott (1990, 1999 apud FERRAZ, 2003). De fato, Ferraz invoca a noção de “mãe-ambiente”, que, segundo ela, implica contato corporal, visual, auditivo e tátil da mãe entre mãe e bebê. Trata-se, acrescenta Ferraz (2003, p. 118), de “uma comunicação de amor entre mãe e filho... [que é] fundamental para a constituição do bebê como pessoa”. A expressão “mãe-ambiente”, no trabalho de Ferraz, diz respeito à *função da mãe junto ao filho*: diz respeito, portanto, à interação mãe-bebê. Entende-se porque a atuação fonoaudiológica deveria orientar-se pela “observação da performance da mãe” (p. 118), ou seja, pelo modo dela “lidar” com o bebê durante o período de internação em UTI - neonatal.

³⁶ A autora traz como informação privilegiada aos leitores, como meio de definir qual a população de bebês se refere no trabalho de pesquisa, que os bebês participantes não apresentavam alterações neurológicas perceptíveis inicialmente. Tal afirmação se baseia nos resultados da ultra-sonografia que apresentam seus valores de normalidade. Podemos dizer que aí se encontra uma primeira e significativa marca da relevância do aspecto orgânico-neurológico na constituição do sujeito dada pela pesquisadora.

Quanto ao bebê nascido prematuro, ao invés dos cuidados maternos, ele terá que ser submetido à internação em UTI neonatal e a procedimentos invasivos e “o odor que o bebê sentirá será o dos tecidos da incubadora, do sabonete e substâncias químicas usados pelo profissional, que é bastante forte” (FERRAZ, 2003, p. 120). Os sons que ouvirá “serão os da máquina do oxigênio, os de apitos de equipamentos” e a sensação tátil “será a de panos que o cobrem e agulhas” (FERRAZ, 2003, p. 120). Enfim, o ambiente da UTI neonatal, diz a pesquisadora, é estressante e exerce efeitos nocivos ao organismo imaturo do bebê pré-termo. Ferraz faz, a seguir, recomendações que dizem respeito à importância de ajustes do ambiente (UTI) de forma a amenizar seus efeitos estressantes. A pesquisadora sugere que se cubra a incubadora, que se diminua a intensidade da luz para favorecer a organização do ciclo sono-vigília, que se segure o corpo do bebê na posição de flexão (no momento da estimulação da sucção) para favorecer o desenvolvimento do sistema motor, bem como, o sistema de atenção e a “interação social”³⁷.

Note-se que, sob esta perspectiva, *a atuação fonoaudiológica está pautada pela busca de configuração de um “ambiente adequado” para o bebê* – tanto no que tange ao “ambiente – UTI neonatal”, quanto, depois, aos “ajustes” que incidem sobre o modo da mãe interagir com filho. Ressalta-se, aqui, a função da atuação fonoaudiológica no sentido da preservação do vínculo mãe-bebê: durante a internação, deve-se “ensinar” a mãe a identificar as necessidades de seu filho. Pode-se dizer que a convocação da mãe está fortemente relacionada com a assunção, pelo clínico, de que a linguagem é um veículo de comunicação. E, portanto, o trabalho de orientação, do fonoaudiólogo é incorporado, implicitamente, dado que a questão não é problematizada na área, que toda a relação de interlocução estabelece-se a partir de uma unidade em que detêm controle de si-mesmo e da linguagem, porque dela se apreende o sentido uno e fixo. Um circuito de fala, em que falante e ouvinte se alternam na codificação e decodificação de mensagem e, que nesta troca seja possível “dar a conhecer” o paciente e/ou transformar a relação pais-criança, prática essa assentada na idéia de transmissibilidade da linguagem. O que estamos querendo dizer é que menos do que transmitir a linguagem, estamos assujeitados ao seu funcionamento. A instituição, nas palavras Lemos “ordem própria da língua” implica a articulação, na proposta, de “um sujeito [...] mais compatível com a

³⁷ Ferraz recomenda, acima de tudo, a presença da mãe na instituição hospitalar para a estimulação sensorial do seu filho – se possível, por meio do Método Mãe-Canguru, em que o bebê vivenciará sensações prazerosas como a mãe: sentir o cheiro, escutar a voz, o batimento cardíaco e também prescindir do contato visual com sua mãe.

concepção de língua na teorização da Lingüística” (LEMOS, 2002, p. 54)³⁸. No caso de Cláudia de Lemos e dos interacionistas, a busca dessa compatibilidade envolve a hipótese do inconsciente.

Vale destacar, que a avaliação fonoaudiológica sustenta-se na “observação” de alguns aspectos comportamentais do bebê frente aos estímulos que recebe no ambiente da UTI neonatal, propriamente dito, e nas reações do bebê frente à “mãe-ambiente” (se, como e quanto ela responde à criança – a “entende/atende”). Estabelecem-se, para a realização da referida avaliação, “valores” para as atitudes da mãe junto ao filho, frente à equipe médica e à fonoaudióloga. Vejamos, a seguir, alguns itens envolvidos na qualificação do “vínculo mãe-bebê”. O fonoaudiólogo deve *anotar e relatar* situações como o “choro da mãe” após receber uma resposta do médico acerca do estado clínico da criança; o “olhar vazio” em direção a outros bebês da UTI neonatal (que é entendido como “dificuldade de aceitação do filho”). De acordo com Ferraz (2003, p. 118), “podemos observar que, no início da internação, as mães se fixam mais no ambiente neonatal ou no estado clínico dos bebês, não se mostrando em condições de entrar no estado de *preocupação materna primária*’ ...”.

Referindo-se a um caso específico, Ferraz (2003, p. 115) menciona que a mãe: “ainda não havia sido capaz de atribuir uma identidade corpórea e afetiva a seu bebê pois, apesar dela estar ao lado do filho [...], não se mostrava em condições de olhar para ele”.

Num outro recorte, Ferraz (2003, p. 118) comenta: “M. (mãe) estava ao lado da filha, retirando leite, C. (bebê) começou a chorar; a mãe olhou para ela, abriu a incubadora e começou a balançá-la. O bebê foi se acalmando, entrando em *estado de alerta ativo* e M. voltou a tirar o leite”.

A pesquisadora afirma, ainda, que a mãe exerce *preocupação materna mínima*: “Quando [...] está disponível ao bebê e [...] é responsável pelos cuidados básicos [...] Essa capacidade de acolhimento no momento exato só poderia ser da mãe que está inteiramente voltada ao cuidado do bebê.” (FERRAZ, 2003, p. 118).

Podemos dizer, diante ao exposto, que a relevância do estabelecimento do vínculo entre mãe e filho fica, em trabalhos como esse, localizada na realização adequada, pela mãe, de um manejo do bebê prematuro. *Frente a uma eventual insuficiência nos cuidados dedicados ao filho, entra o “saber” da fonoaudióloga*. Note-se, porém, que tal saber implica a dessubjetivação da mãe, já que toda e qualquer mãe deve proceder sempre do mesmo modo

³⁸ Recomendamos ao leitor não familiarizado com o trabalho da autora, seu texto de 2002. Nele, Cláudia de Lemos faz uma retrospectiva do percurso de sua investigação da fala da criança e das transformações teóricas de sua proposta.

(“adequado”), isso conforme um manual de procedimentos que, como tal, anula singularidades. Vê-se, portanto, imiscuir, no espaço da interação mãe-bebê, o ideal de homogeneidade que é típico do discurso organicista e médico – tônica dos primeiros estudos apresentados neste item da tese. Toda a vez que um achado ou uma conclusão fere a homogeneidade esperada (os resultados são “divergentes”), diz-se que houve *problemas metodológicos* (pequena amostragem, por exemplo), ou seja, a divergência é sinal de *erro do investigador* na aplicação do experimento!

Pêgo (2005), outra fonoaudióloga envolvida nesta mesma vertente, procura *delinear procedimentos e metas* para o atendimento fonoaudiológico de recém-nascidos pré-termo e relaciona seu trabalho a uma modalidade de estudos que, segundo ela, estão voltados para a *singularidade da relação inicial entre mãe e filho*. Ela afirma que procurará articular o tratamento neuro-evolutivo (nos termos de Bobath) a determinados fundamentos da “psicanálise winnicotiana”. A articulação, que Pêgo considera como possível, apóia-se “na importância da mãe no período inicial da vida do bebê como ambiente facilitador para adaptação do filho ao mundo” (PÊGO, 2005, p. 124). No caso de bebês de alto risco, que são instáveis e de difícil diálogo tônico-postural, deve-se lembrar sempre, diz ela, que eles não respondem com adequada sincronia aos cuidados maternos, trazendo como consequência o *comprometimento da função materna enquanto ambiente facilitador*. Esse quadro configuraria uma *condição de risco para a formação do vínculo mãe-bebê* e, portanto, para a constituição do “*self*” do bebê.

Pêgo (2005) procura, de fato, legitimar sua hipótese de risco, que envolve a amamentação materna. Segundo ela, a observação dessa situação fornece subsídios suficientes para a compreensão do *risco ao estabelecimento do vínculo mãe-bebê*. Não se trata mais aqui de risco de morte, como se pode depreender. A autora alega que a postura músculo-esquelético do corpo materno pode afetar negativamente a relação mãe-filho na medida em que pode não oferecer a possibilidade de uma sensação corpórea que facilite a adaptação do bebê no mundo e como a mãe de um bebê prematuro “não possui vivacidade” esperada ou desejada, ela não fornece um “bom colo” ao filho devido à sua postura corporal:

Essas mães não se sentam de maneira confortável para amamentar - a pélvis não fica em posição neutra e as costas, portanto, não ficam devidamente apoiadas no encosto. Com isso, perdem a mobilidade de tronco e a força de sustentação dos braços, o que as impede de prover um bom suporte para o corpo do bebê e deixam de usufruir o prazer de segurá-lo e manuseá-lo de um braço para o outro. (PÊGO, 2005, p. 124).

Quanto ao bebê, Pêgo (2005, p. 124) observa que:

Ele fica com uma ilimitada vivência de sensação de movimento contra a gravidade e, com isso, não responde à mãe: ou por estar muito em flexão, ou por estar em extensão [...] geralmente, assustam-se e choram com mudanças súbitas de posição no espaço e a mamada é interrompida, pois não há encaixe perfeito da boca do bebê na mama de sua mãe

Note-se que a pesquisadora procura, apoiada nos estudos de Winnicott (1988 apud PÊGO, 2005), articular um viés puramente orgânico – a “concretização dos processos de maturação do indivíduo” à constituição psíquica (do *self*). Pêgo (2005), contudo, não abre mão do raciocínio causal, que se manifesta na suposição de continuidade entre maturação e psiquismo. Compreende-se, então, que a atuação fonoaudiológica deva, em sua opinião, voltar-se para a busca da *adequação do manuseio da mãe, antes do horário da dieta do filho*³⁹ e visar, assim, à “ativação do sistema somatosensorial”⁴⁰ que traria, por sua vez, como afirma Pêgo, maior definição aos estados de sono e vigília (e maior eficiência à mamada do bebê).

Gostaria de assinalar que aquilo que se recolhe por meio da observação são *sinais* (comportamentos) que serão relacionados a um determinado *sentido* e, essa composição será nomeada. Essa nomenclatura funcionará como um *signo* que, como tal, anulará qualquer possibilidade de apreensão de singularidades, cristalizando, por isso, o olhar do clínico para a relação entre mãe e bebê. Desse modo, pode-se entender o motivo que leva a pesquisadora a dizer que “o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho porta uma transparência” (PÊGO, 2005, p. 125) e que dessa visibilidade decorre, para o pesquisador e o fonoaudiólogo, a possibilidade de classificar e valorar o tipo de vínculo que se estabelece entre mãe e filho, assim como “prever o risco” de fatores que ameacem essa relação.

O privilégio concedido ao corpo-organismo explicita a presença de um determinismo que exclui, necessariamente, considerações teóricas sobre a subjetividade e a singularidade da relação mãe-bebê. Pode-se apreender, igualmente, que se parta em busca da fixação de comportamentos corporais assumidos como representativos da qualidade desse “vínculo”. Nesse enquadre, a aposta feita é *ainda* na maturação orgânica e nas condições ambiente que não devem criar obstáculos ou dificuldades à sua realização – o ambiente deve ser, como vimos, “ambiente facilitador” – a mãe sendo aí incluída como “ambiente”, já que ela tem a *função de estimular/ativar o mecanismo cerebral imaturo* para que o bebê tenha um

³⁹ A pesquisadora traz ilustrações para mostrar, por exemplo, momentos de troca de fraldas ou de banho em que as mães de prematuros tendem a protegê-los (ou desprotegê-los) excessivamente, o que, segundo ela, não favorece uma reação corporal ativa de postura ou a movimentação corporal adequadas à gravidade.

⁴⁰ O sistema somatosensorial, segundo Pêgo (2005), trata das funções: tátil, proprioceptivo e vestibular.

desenvolvimento adequado. O domínio, nessa vertente, é da ordem do signo em que um elemento representa o outro, em uma relação causal e linear, a partir de uma regra de aplicação que produzirá *um sentido único e generalizável*.

Não se deve estranhar, portanto, que em suas considerações finais, Pêgo reafirme sua convicção a respeito da necessidade de *integrar conhecimentos das duas áreas* – os manuseios do tratamento neuroevolutivo do método Bobath e os “conhecimentos” da psicanálise winnicotiana. A autora argumenta que, a primeira, garantiria, pela via da organização e a regulação do corpo do bebê, a estabilidade orgânica da criança que, por sua vez, facilitaria a “aproximação entre mãe e filho”. Em outras palavras, o adequado amadurecimento orgânico seria condição para o estabelecimento da relação mãe-bebê. A inclusão da *psicanálise winnicotiana*, permitiria, ao fonoaudiólogo, “resgatar a autoconfiança materna” (PÊGO, 2005, p. 125) que abriria a possibilidade dela reconhecer “o ritmo e as necessidades individuais de seu filho” (PÊGO, 2005, p.125), ou seja, de reconhecer esses aspectos nas manifestações corporais (comportamentos) do bebê. Assim, os preceitos da psicanálise winnicotiana instrumentalizariam o fonoaudiólogo para instruir a mãe a encaminhar o “desenvolvimento do vínculo”, que, como vimos é condição indispensável à constituição do bebê como “ser de potencialidades” (PÊGO, 2005).

Aquino (2005) não se afasta desta direção – sua pesquisa está voltada também para a questão do estabelecimento do vínculo “mãe-bebê de alto risco, *através de mediação fonoaudiológica*. Como Ferraz (2003) e Pêgo (2005), ela afirma que o bebê prematuro, por todas as peculiaridades negativas que cercam o seu nascimento, está sujeito a ter vários problemas, inclusive de linguagem⁴¹ e a linguagem é, diz Aquino, uma “expressão do *self*,” ou seja, “a linguagem é um objeto que permite a observação que ali, pela fala da criança, emergiu um *eu*”. Winnicot está, aqui também, no pano de fundo, pois percebemos que a pesquisadora sustenta que a formação do “*self*” (e, conseqüentemente, o desenvolvimento da linguagem) está ligada à necessidade de a mãe “reconhecer e acolher o bebê como filho” (AQUINO, 2005). Assinala, ainda, que as expressões “reconhecer” e “acolher” foram retiradas da psicanálise winnicotiana sobre o Desenvolvimento Emocional Primitivo em que noções fundamentais como “preocupação materna primária” (momento em que a mãe encontra-se em estado de fusão emocional com o bebê sendo seu “suporte egóico”)⁴² e “mãe

⁴¹ Para Aquino o envolvimento sensorial entre mãe e filho constitui-se como uma linguagem afetiva que possibilitará ao bebê se diferenciar do outro e se reconhecer como “ser de existência própria” e, tal processo permitirá, posteriormente, o desenvolvimento da linguagem oral.

⁴² Ou seja, ela compreende as necessidades do bebê e age no sentido de satisfazê-las.

suficientemente boa” (noção relacionada à capacidade da mãe de apresentar o mundo ao bebê de forma “gradativa” e “dosada”, incluindo, aí, cuidados físicos).

Entende-se, portanto que a mãe deva, segundo Aquino (2005), satisfazer as necessidades fisiológicas do bebê, pelo: tato, temperatura, sensibilidade visual, auditiva, que, conforme Aquino, foram denominados por Winnicott (1990, 2002 apud AQUINO, 2005) de “*holding*”. Sob esse ponto de vista, Aquino comenta que “reconhecer e acolher o bebê como filho” tem um sentido único e fixo, qual seja: a mãe deve atender as necessidades orgânicas do filho e seu “envolvimento” com o filho é essencial, prossegue a pesquisadora. O *toque* é fundamental para a “personalização do bebê”, incluindo aí a organização neuro-comportamental. A *voz materna* seria fonte de vitalidade para as ações do bebê, desde que sua intensidade seja “dosada” para não causar estresse na criança. O *olhar* seria, segundo Aquino, “o espelho” do filho, desde que seja um “olhar afetivo” que ofereça ao bebê a oportunidade de se “sentir real, vivo e importante para alguém” (AQUINO, 2005). Esta seria a base para a constituição do “vínculo” e do relacionamento com o outro. Quando o bebê é prematuro, esse conjunto de habilidades fundamentais pode falhar e o fonoaudiólogo deve incidir e fazer com que mãe as execute de modo adequado.

Frente ao exposto, julgo adequado mencionar que a psicanálise serve, de forma implícita – aqui e no trabalho de Ferraz (2003) – como recurso argumentativo em favor do raciocínio organicista que guia, de forma explícita, os primeiros trabalhos apresentados nesta tese. Sendo assim, não é a problemática envolvida na estruturação do sujeito que as interroga. Entendo que isso cria um espaço para a prática fonoaudiológica junto a bebês de alto risco e sua mãe, mas parece-me que ela permanece ainda tão ligada ao raciocínio causal/etiológico, que sustenta a idéia de risco, quanto àqueles que claramente a ele se alinham⁴³. Em outras palavras, a menção da psicanálise winnicotiana está a serviço de uma tendência da Fonoaudiologia de abordar a relação mãe-filho como um “ambiente facilitador” para adaptação. Nesta função, a mãe se ajusta e faz ajustes externos para atender às “necessidades” do bebê.

Ora, essa função (ou outras dessa natureza) em nada se aproxima daquela que se pode recolher da Psicanálise. Ali, as ditas “necessidades” ganham o sentido de efeitos de interpretação, que sustentam a singularidade subjetiva de uma criança no campo de experiência do agente materno. Não está em causa, portanto, uma “necessidade orgânica” em sentido estrito – movimentos reflexos e necessidades (sensações de fome, frio/calor, etc.) são

⁴³ Remeto o leitor a Fonseca (2002) e a Faria (1995). As autoras desenvolvem discussão ampla e aprofundada sobre a questão do raciocínio causal e etiológico que governam o discurso organicista e médico.

transformadas, no dizer materno *em pedido* (aí está a marca da “subversão da linguagem”⁴⁴). Para a Psicanálise, é preciso dizer, não é possível falar em “necessidade” quando se trata do humano, pois, como indiquei, humanos são seres de linguagem, o que os inscreve no campo da demanda.

A oposição que estabeleço entre os termos “necessidade” e “demanda” exige algum esclarecimento. Considerando a afirmação de que somos seres de linguagem (*parlêtre*, segundo Lacan), a estruturação subjetiva se realiza por meio de uma operação que registra a *não-coincidência* entre o que se diz/faz e um significado único e estável que representaria esse dizer/ato. Entende-se que, no registro da realidade nunca há concordância plena entre o que tem a intenção de dizer/fazer e o que outro apreende (efeito mais fortemente notável nos malentendido(s), nas ambigüidades). Neste sentido, quando a mãe, ou melhor, o agente materno, atende ao que assume como apelo de seu filho, ela deixa justamente nele a marca de uma interpretação.

Realiza-se, assim, o *jogo da linguagem* e sua impossibilidade de satisfazer integralmente uma demanda – sempre enigmática porque ela mesma é formulada como interpretação do outro. Se necessidades (sensações) encontram ou podem sempre encontrar o objeto que as satisfaz, no caso do homem, há justamente a *resistência* – por exemplo, quando se atende ao choro de um bebê com uma ação específica, fica-se submetido à exigência de múltiplas interpretações e ações para satisfação da falta que afeta o bebê e, sabemos, tentativas são, muitas vezes, mal sucedidas. No que concerne à linguagem, ela é suporte de sentidos e veículo de trânsito interativo. No período de internação do bebê, sustenta-se que mãe e filho estão ligados por uma “semântica afetiva” que é da maior importância para o adequado desenvolvimento da criança. Neste sentido, a atuação Fonoaudiológica, voltada ao atendimento aos bebês de alto risco, não se concentra, como afirmam as pesquisadoras (FERRAZ, 2003; PÊGO, 2005), apenas em aspectos somáticos (questões alimentares e auditivas), mas, sobretudo, a prática fonoaudiológica deve focalizar “o envolvimento sensorial mãe-bebê” porque *a sensorialidade repercute na constituição do bebê como falante*. A questão é que não se chega a saber como aquilo que é da ordem do sensorial pode se transformar numa sintaxe (em linguagem), nem qual é a teorização sobre a aquisição da linguagem assumida por essas fonoaudiólogas (que pretendem esclarecer sobre sua origem, desenvolvimento e funções).

⁴⁴ Título de artigo de Lacan (19--), em *Escritos*.

Pode-se dizer que a noção de “vínculo” está impregnada pelo imaginário da concretude dos corpo(s), ou seja, compreende-se que a mãe com/pelo seu corpo-matéria poderá organizar as várias funções/partes do corpo do filho a partir de gestos “corretos” que promovam o restabelecimento do bebê, por manter sua homeostase corpórea. Nessa perspectiva, o corpo do bebê não ultrapassa o domínio das condições orgânicas. Como vimos, *a sensibilidade invocada é a cutânea, a voz da mãe deve obedecer a um padrão e um equilíbrio específico para não “ferir” os ouvidos. Apenas o olhar é relacionado a um aspecto “afetivo”*. Melhor dizendo, tanto o corpo da mãe como o corpo do filho estão confinados ao registro meramente orgânico, restritos à ordem da biunivocidade entre necessidade e satisfação, que é associada a uma “certa” modalização do gesto materno que deverá ser “adequado” para garantir “satisfação de necessidade”.

Retomo, aqui, a discussão sobre os termos “necessidade” e “demanda”, para dizer que ao se tomar o registro da necessidade como regulador das relações humanas fecha-se os olhos para aquilo que extrapola a observação. Nesta tese, tomarei outra direção, como pode-se observar detalhadamente no capítulo 2. Por ora, penso ser suficiente sinalizar essa direção. Assumo que o agente materno está submetido às leis da linguagem e que isto representa uma submissão ao simbólico. Sendo assim, o homem está condenado à interpretação. Neste caso, “atender as necessidades” é efeito de interpretação, “atende-se” a partir de uma determinada estrutura subjetiva, que regula economia psíquica do agente materno, a saber, a estrutura desejante. Em outras palavras, o agente materno, por estar submetido à ordem simbólica, poderá des-naturalizar a materialidade biológica do organismo. A incidência de um “certo” sentido no suprimento das necessidades vitais do bebê e na manutenção de sua sobrevivência decorre da uma rede de sentidos de um agente materno. Neste caso, é pela e na linguagem que o bebê é antecipado. Não é, então, possível falar em uma “necessidade” reclamada pelo corpo organismo do bebê. Ao contrário, pode-se falar de uma demanda que tem origem na/pela intervenção do agente materno.

Quanto à noção de “concretude”, mencionada no trabalho de Aquino (2005), aproximarmos-nos da natureza que se propõe para a intervenção fonoaudiológica. Introduziremos tal questão a partir da alegação de que “a função materna está em potencializar o desenvolvimento do *self*” (AQUINO, 2005). Nessa visada, o alcance da condição psíquica da criança, ou seja, da formação do EU e do NÃO EU (os outros) estão atrelados, irremediavelmente, à adaptação materna, às necessidades do filho (como procurei mostrar). No caso de haver “falhas adaptativas” – denominadas por Winnicott (1990) como “intrusão” – a “continuidade de ser do bebê” torna-se perturbada, assim como fica ameaçada a

integração psíquica. É neste contexto que o bebê prematuro entra na condição de “alto risco”, inclusive, de vir a desenvolver problemas futuros de linguagem. O nascimento prematuro de um filho introduz dificuldades para a mãe: ela tem dificuldade em aceitar e conviver com um bebê diferente daquele imaginado. Chega-se, portanto, à premissa organicista de que a mãe do bebê prematuro não será suficientemente forte e competente para se adaptar às necessidades do filho. É dela que se procura retirar a legitimidade da *intervenção fonoaudiológica* já que se destina a ela a tarefa de *restituir esta relação adequada mãe-bebê, que foi prejudicada pelo nascimento prematuro do filho*. Importa acrescentar que se trata de trabalho de mediação, de *intervenção no envolvimento sensorial da mãe com o filho por meio do toque, da fala e do olhar*.

Nos trabalhos apresentados anteriormente, o sujeito suposto é um par interativo que vai adquirindo gradual autonomia (em relação ao mundo e ao outro; este último, assumido como “semelhante”. Entende-se ser por essa razão que o outro-adulto possui os recursos que poderão recobrir as incapacidades do outro-bebê. Em outras palavras, é por meio dos *gestos concretos* que a mãe, inicialmente, garantiria a sobrevivência e a satisfação do bebê e que, aos poucos (gradualmente e de forma dosada) lhe apresenta o mundo. Atingir a maturidade corresponderia ao resultado de um processo evolutivo que não seria afetado por conflitos ou contradições, já que o homem tem recursos cognitivos para regular seu próprio comportamento.

Assim, a *construção do “eu”* teria a função de manter a distância em relação ao “outro” para que “eu” e “outro” não se confundam. O outro-já-constituído seria apenas um mediador: o bebê é o agente-causa de sua própria vida (tem recursos biológicos para isso). A separação entre o “eu” e o “outro” instrumentaliza Aquino (2005), Ferraz (2003) e Pêgo (2005) a supor *visibilidade* tanto para a própria pessoa – a mãe –, que está “do lado de dentro” da interação, quanto para aquele que está de “fora” – o clínico.

A partir de minha prática clínica e como pesquisadora, suscito algumas questões:

- “Seria possível atingir este lugar privilegiado para esquadrihar ‘o que é meu’ e ‘o que é do outro’?”;
- “Como tomar distância de acontecimentos que me implicam porque produzem efeitos em mim, mesmo que afetem diretamente um outro?”.

Procuro sinalizar, com essas perguntas, a posição teórica que assumirei nesta tese, qual seja, uma formulação de Eu como uma *instância de desconhecimento*, sempre em conflito com o outro: “outro” que é condição do Eu, espaço de identificação⁴⁵.

⁴⁵ Retorno a esse ponto em momento oportuno.

No trabalho de Aquino (2005), mais particularmente, a intervenção fonoaudiológica concentra-se no “manejo” do bebê: posicionamento correto na incubadora; oferecimento de odoríferos e gustativos prazerosos; estimulação oral para a alimentação; controle do ruído; controle da luminosidade. A intervenção está, porém, mais dirigida para a busca de envolvimento sensorialmente da mãe com o filho (tato/cheiro/olhar/voz), considerado como base da construção subjetiva. Como disse Aquino, a possibilidade de ‘ser’ do bebê está na dependência de elementos da realidade. Pode-se reconhecer aí a epistemologia dualista sujeito-objeto. Não há, portanto, lugar para se pensar um sujeito determinado pela linguagem (mesmo que menção à psicanálise seja feita). Podemos dizer que em Ferraz, Pêgo e Aquino há um lugar para o “outro”, mesmo que a concepção seja bastante simplista. De fato, o “outro” não é mais do que um estimulador/provedor nas propostas dessas pesquisadoras – perfil que aparece, com toda a força, na figura do fonoaudiólogo, que “ensina”, “ajusta”, “dosa” comportamentos. As pontuações acima antecipam a direção teórica desta tese que se nutre numa reflexão sobre a linguagem, sobre sujeito e sobre a relação mãe-criança, diametralmente diversa das que subjazem as pesquisas apresentadas acima – embora, tenha esclarecido que também a Psicanálise se faz presente neste trabalho. Penso ter deixado claro que, na base das questões e dos comentários por mim formulados, está a Psicanálise lacaniana e, como veremos, introduzida pelo Interacionismo e pela Clínica de Linguagem.⁴⁶

1.2.2 Seguimento ambulatorial

A atuação fonoaudiológica com bebês nascidos prematuros está atrelada a uma tradição de intervenção nomeada como Preventiva, que está calcada na concepção de que o bebê nascido prematuro é considerado de risco pela possibilidade de desvios no processo de evolução, incluindo o desenvolvimento da linguagem. A pressuposição teórica da área é que a imaturidade e/ou as lesões neurológicas decorrentes do nascimento prematuro estão na base dos riscos das alterações de linguagem.

Os programas de acompanhamento da evolução do recém-nascido prematuro (PASSO, 1994), trazem em seu bojo a pressuposição de que a criança apresenta grandes chances de prejuízos no desenvolvimento, de maior ou menor grau, dependendo do número de fatores

⁴⁶ Refiro-me ao Interacionismo proposto por Lemos (1992 em diante), avançado por vários pesquisadores e, também por Lier-DeVitto a partir da abordagem de falas sintomáticas.

que se relacionam ao nascimento, a saber, parto⁴⁷, condições de nascimento⁴⁸ e número de ocorrências clínicas ligadas à internação hospitalar⁴⁹.

Estudos da área (BASSETO; AZEVEDO; CHIARI, 1998; HOLDGRAFER, 1996; ALVES; TAQUES; XAVIER, 1996; JENNISCHE; SEDIN, 2001) afirmam que uma das desordens mais descritas na literatura consiste no processo de desenvolvimento da linguagem nas crianças nascidas prematuras. Portanto, nesse sentido, a área preocupa-se em escolher o melhor instrumento para acompanhar a evolução da linguagem das crianças prematuras para que assim possa sistematizar tais evoluções e direcionar a prática clínica, constituindo, assim, segundo o campo, um parâmetro seguro para diagnosticar e intervir precocemente.

Note-se que a relação entre sintoma orgânico e sintoma na linguagem que perpassa a explicação sobre o quadro patológico de linguagem não se constitui como indagação (ARANTES, 1997; FONSECA, 1995; ANDRADE, 2001) visto que há uma relação de causalidade direta entre sintoma (linguagem) e cérebro (imaturidade e/ou lesão) que torna desproblematizado o falante e a linguagem ou, como destaca Lier-DeVitto, “o falante é identificado ao seu substrato orgânico” (2003, p. 243).

Ainda sobre as diretrizes do acompanhamento fonoaudiológico relativo ao desenvolvimento do bebê prematuro que postulam padrões de normalidade para guiar o profissional sobre os sinais iniciais de desvios no processo de evolução da linguagem os quais servirão à intervenção precoce. Podemos dizer que a escolha e a implementação de testes que possam definitivamente responder ao ideal de prevenção deve-se à influência da Medicina (provas e exames), à da Psicologia e assim por diante. Procedimentos que, por vezes, são utilizados concomitantemente (ARANTES, 2001; FONSECA, 2002 e outros), visto que a pressuposição é de que a linguagem é uma manifestação da integridade e da evolução das estruturas motoras, cognitivas, lingüísticas e sensoriais. Portanto, para efetivar tal proposta recorre-se a diversos instrumentos e pressuposições teóricas sobre os aspectos do comportamento que tem como base o conceito de etapas, estágios ou fases, a saber, Piaget (1967), Frankenburg e Dodds (1967), Baley (1969), Brazelton (1984), Vieira (1985), Karmiloff-Smith (1986), Azevedo (1991), Costa et al. (1992) entre outros, na tentativa de compreensão do processo da linguagem.

Cabe notar, também, que o problema das relações entre instâncias heterogêneas (lingüística, perceptual, mental e social) não é considerado no campo da Fonoaudiologia, que

⁴⁷ Idade gestacional, peso de nascimento.

⁴⁸ Anóxia neonatal, ápgar, peso.

⁴⁹ Uso de respirador, fototerapia, incubadora, uso de medicamentos ototóxicos, problemas na alimentação oral.

não teoriza sobre a linguagem e nem sobre cada uma dessas instâncias. Ao tratar da relação da lingüística, enquanto uma dificuldade decorrente de estados patológicos, a Fonoaudiologia está, na verdade, desconsiderando que esse problema é uma questão fortemente presente no campo dos estudos da linguagem. Mais precisamente, a teorização desenvolvida na proposta Interacionista em Aquisição de Linguagem, conforme Cláudia Lemos (1982, 1992, 1995a, b, 1998 a, b, 2002 entre outros), proposição original de fazer do **compromisso com a fala da criança**, condição básica para a sua teorização.

É na esteira desta aliança com a Fonoaudiologia que Castro et al. (2007), em torno da questão da prevenção e da criação de instrumentos de avaliação, apoiados em autores como, Morris e Klein (2000) consideram que o funcionamento da motricidade orofacial depende do controle motor oral, bem como, das respostas sensoriais do sistema motor global. Tendo em vista a relevância da motricidade oral para a aquisição da linguagem, “objeto de estudo” da Fonoaudiologia, torna-se premente a associação entre estes sistemas no sentido de detectar precocemente os fatores de risco objetivando a intervenção precoce. Observe-se que, neste trabalho, a linguagem está assentada sob o domínio motor, entende-se que está atrelada ao movimento articulatorio e neste caso podemos dizer que a atividade cerebral serve como comando de execução do sistema motor global e oral assemelhando-se aqui à “pura animalidade” (CHAUI, 1995 apud LIER-DEVITTO, 2003, p. 235). Eis o que Castro et al. (2007, p. 30) apontam sobre suas hipóteses:

[...] os prematuros possuem ao nascer, habilidades próprias de sua etapa maturativa. Sua exposição aos cuidados intensivos neonatais e uma história interacional tão antecipada exigem competências ainda não existentes, sobrecarregando seu processo de desenvolvimento integral. Assim sendo, profissionais que acompanham a evolução desses bebês devem estar atentos para detectar alterações e intervir precocemente, sendo a avaliação do desenvolvimento motor global e sensorio motor oral uma parte importante desse acompanhamento.

O trabalho de Bassetto, Azevedo e Chiari (1998) também ilustra a tendência da área para a criação de instrumentos que possam garantir a visualização da evolução da linguagem da criança, bem como, precisar e identificar o ponto de falha do processo, precocemente, a partir do vínculo com o pensamento causalista. A pesquisa objetiva a investigação de aspectos dos comportamentos auditivos e lingüísticos de crianças nascidas pré-termo e de baixo peso, com acuidade auditiva normal e sem lesões no sistema nervoso central, comparando-os com os de crianças nascidas a termo, sem intercorrências.

A justificativa é que a diminuição dos índices de mortalidade de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso tem suscitado preocupação no que se refere ao desenvolvimento global

destas crianças. Dizem que, apesar de alguns trabalhos terem identificado o efeito da imaturidade biológica sobre o desenvolvimento motor e cognitivo dos recém-nascidos pré-termo, ainda não existe consenso na literatura sobre as seqüelas desta imaturidade nas manifestações auditivas e lingüísticas destas crianças. Acredita-se, portanto, que a caracterização dos comportamentos auditivos e lingüísticos de crianças nascidas pré-termo, possa vir no futuro, a estabelecer um padrão de desenvolvimento com o objetivo de facilitar o diagnóstico e o tratamento precoces dos distúrbios da linguagem. Para a apreensão do desenvolvimento auditivo utilizou-se do teste que leva em conta as etapas de localização dos sons no espaço, de acordo com a classificação proposta por Azevedo (1991). E sobre a linguagem, o teste denominado “Roteiro de Diagnóstico e Acompanhamento de Crianças de 0 a 36 meses de idade” proposto por Costa et al. (1992).

Entende-se, por esta perspectiva, que o sintoma na linguagem é mero sinal de problema em outro domínio, seja ele orgânico (FONSECA, 1995, 2002; FARIA, 1995; LANDI, 2000; VASCONCELLOS, 1999), seja ambiental e/ou o cognitivo (FARIA, 1995; LEITE, 2000). Neste sentido, quando se “importa” um outro domínio para explicar a “fala do sujeito” desvia-se do movimento singular do acontecimento lingüístico. E, o que resta ao fonoaudiólogo é a aplicação de aparatos normativos que poderá atestar o “comportamento” desadaptado, a que culminará em propostas terapêuticas de ordem pedagógica. “A idéia de ‘padrão de normalidade’, que sustenta o imaginário da homogeneidade, é representada pela aplicação de aparatos descritivos, na instância diagnóstica, e assumida também como meta terapêutica”. Que organiza a direção dessa clínica pela suposição de que pode ser ‘corrigida’, ‘adaptada’ ao padrão da comunidade. Desse modo estimular/reforçar/extinguir são os procedimentos terapêuticos que sustentam o imaginário das propostas de reabilitação da Fonoaudiologia (LIER-DEVITTO, 1998).

A explicação de condições patológicas de fala é freqüentemente considerada enquanto uma alteração de natureza orgânica ou mental (deficiência auditiva, imaturidade e/ou seqüelas neurológicas, entre outras) que dificulta o acesso à linguagem. Concebida (a linguagem) como independente, exterior e heterogênea em relação ao corpo, a clínica fonoaudiológica tende a orientar sua prática fundamentalmente a partir da adoção de procedimentos clínicos sustentados na idéia de facilitação da relação da criança com o aspecto da linguagem. Desconsiderando, portanto, que “é na execução que o ‘patológico’ se mostra, acontece na fala de um ‘falante real’ e singular. Execução que ultrapassa, sem dúvida, o limite do que se pode conceber como puramente ‘orgânico’” (LIER-DEVITTO, 2003, p. 236).

Cito, também, Oliveira e Gonçalves (2003), pesquisadores pertencentes ao Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil / UNICAMP que se alinham à pressuposição, já que, de antemão, tem-se a certeza do risco que motiva todo o processo clínico. Os autores propõem um roteiro de avaliação para acompanhamento longitudinal de lactentes considerados de risco para o desenvolvimento, a partir da escala Early Language Milestone Scale (ELM), a qual, dentre outras áreas do desenvolvimento infantil⁵⁰, pode auxiliar na determinação de padrões de comportamento lingüístico em cada faixa etária. Instrumento esse, segundo as autoras, poderia ser utilizado na detecção de deficiências neuromotoras e sensoriais em lactentes considerados de risco, uma vez que “o desenvolvimento normal de linguagem é a via final comum, que depende da integridade de muitos sistemas neurais, incluindo audição, processo auditivo central, desenvolvimento cognitivo, função motora, visão e processamento central da informação visual” (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2003, p. 806).

A hipótese dos trabalhos apresentados direciona-se para um só objetivo: identificar prováveis comprometimentos e **buscar possíveis relações entre as diferentes áreas do desenvolvimento** e, assim, traçar uma previsibilidade que possa auxiliar na compreensão do profissional sobre os sinais que **indiquem o risco para distúrbios de linguagem**. Podemos dizer, que nessa abordagem reside a ausência de qualquer reflexão sobre a linguagem e o falante e, portanto, “o que resta da fala é a superfície empírica de sua sonoridade [...]. Quanto ao falante, resta seu organismo (sua orelha/cérebro) também retalhado em partes/funções específicas” (ANDRADE, 2003, p. 46).

Muitas discussões e pesquisas são feitas em torno da dificuldade de circunscrição de um quadro sintomático implicando a linguagem, nesse contexto, Perissinoto (1996) insiste sobre a importância do que é nomeado de “variedade metodológica”, relacionado ao emprego criterioso das condições clínicas de nascimento e intercorrências clínicas do bebê enquanto variedade de medidas sobre as questões metodológicas nos estudos. Ou seja, segundo a autora não é suficiente dizer que se trata de prematuridade, mas sim quais são as especificidades biológicas e/ou os critérios de risco que estiveram em jogo neste nascimento prematuro.

⁵⁰ “The Early Language Milestone Scale” foi publicada por Coplan (1983) e traduzida, no Brasil, como “Escala de Aquisições Iniciais de Fala e Linguagem”, por Lima (1997). A Escala ELM, segundo os autores, é um instrumento de triagem de crianças ouvintes e deficientes auditivas de 0 a 36 meses de idade, cuja testagem ocorre por meio da avaliação da criança e do questionamento dirigido aos pais sobre as seguintes áreas do desenvolvimento infantil: auditiva-expressiva, auditiva-receptiva e visual. Os pesquisadores ressaltam, ainda, que atualmente a escala ELM tem sido utilizada para a triagem de bebês pré-termo considerando o risco de atraso do desenvolvimento desta população.

Podemos dizer que “o resultado contraditório não abala a crença no poder explicativo” (ANDRADE, 2003, p. 59), há uma insistência no paradigma que explica problemas de linguagem a partir da prematuridade e dos desdobramentos desta condição orgânica que mesmo frente a resultados que contradigam o pressuposto inicial, a tendência dos estudos, é remeter-se à influência de outras tantas organizações biológicas (história do nascimento prematuro, possíveis problemáticas surgidas no período de internação) as quais novamente se desdobram em traçar critérios que possam funcionar como mensuração de variáveis distintas.

Outra hipótese da Fonoaudiologia para responder aos fatores associados à prematuridade que deva ser levada em conta para o risco é o fator ambiental ao qual a criança está exposta. Atribuindo, na maioria das vezes, à figura materna a responsabilidade da adequada⁵¹ apresentação da linguagem à criança. O que se enfatiza nos estudos de Bradley e Caldwell (1977) é a caracterização do ambiente doméstico das crianças de risco por meio de entrevista e observação familiar para descrever a linguagem dos pais, o tipo de estimulação que é oferecido ao bebê, bem como, a adequação dos brinquedos utilizados na roina com o bebê – de grande importância nos programas de estimulação precoce. Ramey et al. (1992), por sua vez, discutem a importância da educação materna, pois, segundo tais autores, disso depende a habilidade social para troca comunicativa entre mãe e bebê, além da influência que ambos recebem de condições biológicas e sociais durante a interação. Guralnik (1989) analisa em seus estudos as implicações da participação da família em programas de estimulação e intervenção precoce e relata que a eficácia do tratamento foi tanto maior quanto maior a participação da família. A explicação para tal resultado é que o cerne da questão, diz ele, está na “expansão” das habilidades da mãe para reconhecer e estimular as habilidades do seu próprio filho. E, portanto, o suporte profissional constitui-se em estabelecer, junto à família, em especial à mãe, rotinas de cuidados que favoreçam uma melhor interação de comunicação entre adulto e a criança entendendo que este gesto possa auxiliar na aquisição e no desenvolvimento da fala.

Na Fonoaudiologia, o procedimento de inclusão dos pais no espaço terapêutico (seja no processo de avaliação da linguagem, seja nas sessões de terapia propriamente dita, seja, mais especificamente, no trabalho de orientação) está fortemente relacionado à noção de que a linguagem é um veículo de comunicação nas relações ditas “sociais”. Supõe-se, por exemplo,

⁵¹ A área fonoaudiológica pressupõe a linguagem como um aprendizado no qual a atitude materna exerce um efeito positivo ou negativo. É muito comum, portanto, que os profissionais da área se utilizem do recurso de orientação às mães sobre como deverá proceder com o filho no cotidiano, objetivando a estimulação da linguagem. Vale adiantar que tal concepção difere da posição teórica deste trabalho. Retomaremos este ponto em momento oportuno.

que a entrevista revele uma verdade sobre o sintoma e que, no trabalho de orientação, o fonoaudiólogo possa “dar a conhecer” o paciente na relação com os pais assentadas na idéia de transmissibilidade da linguagem.

É baseado nestes pressupostos que segundo Perissinoto (1996) o Programa de Acompanhamento Multidisciplinar de Recém-nascidos de Risco da Universidade Federal de São Paulo se constitui. O Programa estrutura-se por meio de avaliações periódicas com diversos profissionais, incluindo o fonoaudiólogo, que irá acompanhar a evolução da linguagem do bebê prematuro, trimestralmente nos primeiros 12 meses de vida, semestralmente até o terceiro ano e anualmente a partir daí. Segundo a autora a opção por tais períodos se deve às idades-chave apontadas por diferentes autores no que concerne à evolução da linguagem. A meta deste acompanhamento é a orientação familiar acerca de como estimular a linguagem da criança, a qual se nomeia como intervenção direta com a família e indireta com o bebê. E no caso de detecção de alterações do desenvolvimento da linguagem, a intervenção será feita com a criança em sessões de estimulação nas quais a família estará presente e atuante.

Rubino (1997, p. 74) interroga tal suposição a partir do exercício da clínica e destaca as contradições que marcam “as dificuldades encontradas, pelo fonoaudiólogo no trabalho de orientação sugerem que há uma significativa distância entre aquilo que o fonoaudiólogo diz à família e aquilo que esta entende do que foi dito”. Adverte, portanto, sobre o “desconhecimento” a opacidade que é inerente ao lingüístico e que se trata de uma simplificação operada pelo fonoaudiólogo no trabalho com os pais em que se supõe um indivíduo detentor do controle. E, quanto à linguagem, objeto transparente viável de transmissão em forma do dizer, sobre como os pais devem “falar” e/ou agir com seus próprios filhos.

A autora reitera que o caráter pedagógico vigente no trabalho de orientação aos pais como direção de tratamento imprime, tanto à relação fonoaudiólogo-família quanto à relação pais-criança, um lugar de senso comum sobre a noção de interlocução, a saber, o esquema “emissor-mensagem-receptor”. Enquanto uma relação dual atribuindo à linguagem uma função acessória, de representação, numa relação social que se constitui antes da linguagem.

O que se quer dizer com isso é que, supor interação *antes* ou *além* da linguagem faz parte das ilusões do sujeito porque, de fato, “nada fica fora da linguagem”. Trata-se da problematização formulada por Cláudia Lemos na qual se aponta para o fracasso das teorias de aquisição de linguagem em que restaria à linguagem o papel de meio pelo qual dois ou mais interlocutores “reais” e constituídos fora da linguagem que se alternam na produção

lingüística. O sujeito está assujeitado à linguagem e, portanto, não controla sua própria fala, nesse sentido, configura-se a **opacidade dos enunciados** e, necessariamente, da insuperável **não-coincidência** entre falantes.

Retomando o gesto de Rubino (1997) sobre a discussão do “olhar” do fonoaudiólogo acerca do trabalho com a família, em que a autora marca as contradições nos dizeres dos pais (na entrevista) e dos fonoaudiólogos (na orientação) “a significativa distância entre aquilo que o fonoaudiólogo diz à família e aquilo que esta entende do que foi dito” (RUBINO, 1997, p. 74). Podemos dizer que “abala” as pressuposições da área fonoaudiológica, por muitos motivos, os quais foram comentamos brevemente, mas destaco um deles que neste trabalho nos interessa em especial, sobre as considerações da autora a respeito do exercício da clínica. Ou seja, do **compromisso com a fala**, afinal, é neste espaço que se produzem as interrogações e o encontro com disciplinas que poderá resultar na tomada de posição clínica “que darão voz a ambas as partes” (LIER-DEVITTO, 1997, p. 160). E, que na área fonoaudiológica, especificamente na clínica com bebês, foi historicamente edificada com base em um princípio norteador comum que dirige a atuação clínica: o nascimento prematuro e os diversos desdobramentos desta condição com risco para o desenvolvimento futuro. Em outras palavras, a prematuridade é admitida, pela área, como “critério de risco” para a linguagem.

Aqui vale estenografar a filiação deste trabalho a uma abordagem que leve em conta a ordem própria da língua, inevitável empreender o esforço de estabelecer uma relação, entre Fonoaudiologia e Lingüística, mais precisamente, entre língua e fala. Trata-se, também, de fazer incidir sobre a empiria da fala uma escuta teoricamente orientada que articule a universalidade de paradigmas lingüísticos e a singularidade da fala do paciente (ANDRADE, 2001; VORCARO, 1999). Admite-se, portanto, que é sobre a **singularidade de uma condição de falante** que um clínico e pesquisador é convocado a produzir uma explicação (e uma interpretação “em cena” (LIER-DEVITTO; ARANTES, 1998) se o falante fracassa, não é “por querer”, “por deliberação”, “por distração” ou porque “violou regras/princípios” (LIER-DEVITTO, 2002b, c). Assim, o funcionamento da língua deverá ser implicado no encontro com o singular de uma fala, refiro-me a teorização sobre a Clínica de Linguagem, sob a coordenação de Maria Francisca Lier-DeVitto e do pensamento de Cláudia Lemos (1992, 1998a, b, 2006 entre outros). Cabe, porém, dizer que um outro passo será realizado, a aproximação com a Psicanálise lacaniana, a partir de Freud, na medida em que a clínica com bebês exigirá um esforço de teorização sobre o sujeito na relação com a parentalidade.

2 A CLÍNICA COM BEBÊS

2.1 Considerações sobre a natureza da linguagem

Podemos dizer que teorizar sobre uma perspectiva de desenvolvimento, que *não* seja de natureza estrutural, se alinhe à idéia contida no processo maturacional (orgânico). Ou melhor, está filiado à noção de desenvolvimento como uma linha de uma sucessão de momentos ou de conquistas progressivas, hierarquizadas cronologicamente como entidades positivas, gerais e, portanto, previsíveis e esperadas: trata-se de fases que devem ser atingidas por cada criança (e por todas). Se isso não ocorrer, o sentido dado por essa perspectiva é de “atraso”, “desvio”, “patologia” ou, então, de que o desenvolvimento da criança está “em risco”. Falar em estrutura, diferentemente, implica um raciocínio cuja expressão-mestra é “sistema de relações”. Nesse sistema, os elementos são entidades negativas, relativas, opositivas, ou seja, esses “elementos” pertencem ao conjunto, mas não são positivos, eles se definem (provisoriamente) por força das leis do sistema.

O estruturalismo nasce, como se sabe, das elaborações de Ferdinand Saussure (1916/1991) sobre a linguagem, mais precisamente, a principal novidade saussureana diz respeito à introdução do “movimento simbólico” como definidor do *objeto* da lingüística: “...**forças**, que estão em jogo, de modo permanente e universal em todas as línguas [...] **leis gerais** às quais se possam referir todos os fenômenos [observados] ...” (SAUSSURE, 1916/1991, p. 13). “Elementos” estão, desse modo, submetidos às *forças em jogo ... às leis gerais ...* ao movimento da língua. Se sub-ordenados, os elementos não são positivos, ou melhor, *não* têm valor prévio (nem categorial, nem semântico, nem discursivo) – seu valor (categorial, semântico ou discursivo) aparece como *efeito* das operações do sistema.

O principal empreendimento saussureano foi conferir à língua o estatuto de estrutura, a qual é regida por leis próprias e universais, dadas de antemão e, que recorta a realidade pela sua incidência “nada é distinto antes do aparecimento da língua” (SAUSSURE, 1916/1991, p. 130). Trata-se, como afirma Milner (1978, p. 11), de “propriedades definitórias, comuns a todos os elementos que merecem o nome de língua [...], que por abstração se configura a estas propriedades um ser autônomo”. E, é a partir desta que “obter-se-á o que se chama **linguagem**” e que podemos dizer “nada mais em si mesmo do que um ponto a partir do qual

as línguas podem ser reunidas em um todo”, pelo qual comparece como “um ponto ao qual se conferiu extensão ao se acrescentarem aí propriedades enunciáveis” (MILNER, 1978, p. 11).

Nesta perspectiva, a rigor, tais “propriedades enunciáveis”, a saber, a linguagem, não se constituem como unidades parceláveis as quais estão disponíveis à mensuração, mas, se apresentam enquanto **alteridade radical**. Formula-se aí, outra concepção – a criança assujeitada ao efeito determinante da relação com a língua. E, portanto, retira-se a linguagem da condição simplista de que se limita a comunicação entre os falantes de uma língua específica⁵², enquanto, somente, um sistema de significações ao qual a criança poderia apreendê-lo, seja pela sua experiência no mundo, seja com a ajuda do adulto, mero provedor de input, a partir de conquistas progressivas e hierarquizadas cronologicamente.

Entendo que desse “fazer”, estabelecido já há 14 anos no Hospital Regional com os bebês e seus pais, tenha sido produzido por conta de meu afastamento do discurso centrado nas condições orgânicas do prematuro e a aposta na força determinante da linguagem na estruturação subjetiva e, portanto, no “discurso” como fonte de possibilidade de um vir-a-ser-sujeito da cria humana. E figura aqui, a partir da filiação à Clínica de Linguagem, conforme teorização desenvolvida no LAEL-PUC/SP⁵³ e pelo pensamento de Cláudia Lemos, bem como, pela perspectiva teórica da psicanálise lacaniana a partir de Freud, um empreendimento de cernir diferenças em virtude deste “fazer” no HRA, considerando as peculiaridades que a regem.

O que se pretende é a circunscrição do que se estabelece nesta atuação, privilegiando, sobretudo, as limitações postas pelo aspecto teórico-clínico que a sustenta.

Trata-se de uma prática que ultrapassa o campo da clínica tradicional fonoaudiológica na medida em que as modalidades encontradas na área – “Intervenção precoce” como aquela que serve um grupo específico de criança portadora de alguma marca orgânica do corpo e “Preventiva”, do lado dos bebês considerados de “risco” pela ocasião do nascimento *a priori* –, ambas possuem um projeto comum: prevenir os fracassos supostos de antemão.

É preciso dizer que tal distinção apresentada não se sustenta como diferença na clínica. É feita por mim na tentativa de um afastamento dessas noções que não são debatidas na Fonoaudiologia porque se constitui como uma só entidade. Já que a marca: deficiência

⁵² Vale ressaltar que língua aqui, conforme Milner, não se trata de um conjunto de realidades, mas da língua como um “núcleo que em cada uma das línguas (português, francês, italiano, entre tantas outras), suporta sua unicidade e sua distinção, o qual não poderá representar-se do lado da substância, indefinidamente sobrecarregada de acidentes diversos, mas somente como uma forma, invariante através de suas atualizações, visto que ela é definida em termo de relações” (MILNER, 1978, p. 12).

⁵³ Projeto Integrado CNPq (522002/97-8), hoje Grupo de Pesquisa CNPq (Aquisição, patologias e clínica de linguagem) ambos LAEL-DERDIC/SP. Produção bibliográfica original e teoricamente consistente produzida por pesquisadores deste grupo.

auditiva, distúrbios neurológicos entre outras, é remetida à prematuridade como etiologia, portanto, qualquer que seja o caso, é a previsibilidade do risco que está em questão. Sabemos que muitas vezes, portar a deficiência, ocupa uma dimensão que apaga a singularidade do encontro com o corpo do *infans*, dado que o que resiste/insiste como apreensão do “olhar” do outro é o efeito exercido pela realidade deficitária e pela causalidade orgânica instituída pelo organismo. Ainda sobre assunto, é fundamental sublinhar que a nossa posição é de que o sujeito é definido para além das determinações orgânicas, uma vez que sua assunção está na dependência da operação da linguagem.

A concepção de “risco”, implicada na prática clínica fonoaudiológica, decorre de forma direta do discurso médico de “*risco de morte*” devido à prematuridade. Dito de outro modo, se, de fato, possa haver “*risco de morte*”, essa noção deslizou sem questionamento para a de “*risco de desenvolvimento*” e, assim, tal **hipótese do risco** tem sustentado e dirigido a atuação fonoaudiológica. Ela, de fato, retira seu sentido da idéia de que seqüelas neurológicas e/ou sensoriais devidas ao despreparo anatômico e fisiológico do bebê ocasionem patologias de linguagem. Em outras palavras, a linguagem fica ligada à ordem orgânica por uma relação causa-efeito, em que a ordem orgânica tem peso de determinação das vicissitudes do processo de aquisição da linguagem.

O modelo médico, como aponta Clavreul (1993), sujeita sua clínica a um saber totalizante, a uma “ordem” que permite que o médico, a partir do discurso da medicina, discorra *previamente* sobre o presente, o passado e o futuro de seus doentes. Não é esse o caso da Fonoaudiologia (ARANTES, 2001; GIRARDI, 2003) porque a linguagem tem uma ordem própria que resiste a esse discurso – a linguagem não pode ser abordada clinicamente desde a primazia da causalidade orgânica e nem tem ela um desenvolvimento linear, previsível, como os resultados da experiência atestam.

Podemos dizer que a prática fonoaudiológica corrente pauta-se tanto em conceito de causa, que no espaço clínico é aspecto central, quanto na certeza da existência de um padrão normal do organismo, como parâmetro seja para a definição do “patológico” seja para a do “risco”. Sendo assim, o discurso e a clínica fonoaudiológica, aderidos a tais pressupostos, operam pela descrição e explicação do problema, e desviam-se do enfrentamento da clínica propriamente dita.

Neste sentido, é indispensável refletir sobre a linguagem, mais precisamente sobre a sua natureza, já que estamos assentados sob a perspectiva da questão da clínica com bebês estar para-além de uma abordagem do risco e, portanto, a aposta é o enigma que vigora na estruturação do *infans* como sujeito falante. E, para isso, apresentaremos a Clínica de

Linguagem, conforme teorização desenvolvida no LAEL-PUC/SP, assentados na reflexão teórica de Cláudia Lemos, sob a coordenação de Maria Francisca Lier-DeVitto.

Arantes (2001), no *Projeto Integrado, Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem*, no compromisso de enfrentar a questão do diagnóstico da linguagem, questionou a adoção do modelo médico e a redução de acontecimentos clínicos restringidos a uma empiria posta à disposição de análises lingüísticas.

Indagou-se, portanto, a própria noção de diagnóstico considerando a pluralidade dos efeitos do funcionamento da linguagem e a complexidade envolvida. A questão é que colocar a linguagem em cena, obrigando-se a discutir o próprio estabelecimento de fronteiras entre normal e patológico “[...] ‘erros’, ‘violações’, são igualmente parte integrante do processo ‘normal’ de aquisição e uso da linguagem, é difícil demarcar fronteiras entre acontecimentos que tantas vezes se confundem” (ARANTES, 2006, p. 155).

Ainda em relação ao “diagnóstico de linguagem” no campo da Fonoaudiologia, abordar a “fala patológica” ao ideal de homogeneidade em que a fala adquire estatuto de normas de conduta é desconsiderar a questão presente no campo dos estudos da linguagem. Vale enfatizar, aqui, que na área de Aquisição da Linguagem, como mostrou Cláudia Lemos (1982, 1995a, b, 2002, entre outros), o encontro com a natureza errática da fala da criança trouxe complementos à Lingüística *stricto sensu* e, naturalmente, ao seu ideal, uma vez que os pesquisadores lançam mão dos aparatos gramaticais para descrever a fala da criança. E, portanto, grande parte do que a criança diz é “higienizada” (LEMOS, 1992) e, neste exercício de projeção de regras sobre as produções da criança, perde-se a própria fala da criança.

Sobre esta questão, Lier-DeVitto (1994, 2001, 2005) afirma que não seria com qualquer teoria que se poderia dialogar, pois pensar uma clínica de linguagem implica problematizar o acontecimento lingüístico. Já que no testemunho da clínica o que emerge é a presença de um sujeito que demanda por uma mudança na linguagem (por sofrer os efeitos de desarranjos em sua fala) dirigida ao outro-terapeuta, ficando, assim, na dependência de uma “ação clínica – uma interpretação – que, espera-se, possa incidir sobre o sintoma” (LIER-DEVITTO, 2006, p. 184).

É neste sentido que os pesquisadores do *Projeto Integrado Aquisição e Patologias da Linguagem* admitem que “linguagem”, “fala” ou “aquisição” negam qualquer coincidência quanto à concepção que a Fonoaudiologia sustenta da Medicina, da Psicologia e/ou da Lingüística – instâncias heterogêneas, não problematizadas. É importante sublinhar – “relações” marcadas pelos empréstimos – dada à natureza aplicativa dos conceitos e, portanto,

carente de articulação teórica que destitui tais aproximações de “território polêmico” (ANDRADE, 2003).

A crítica é a marginalização a que a Fonoaudiologia, sem a possibilidade de se reconhecer, impõe. Trata-se de um paradoxo, já que a área deveria movimentar um raciocínio clínico motivado pela fala sintomática e, de algum modo, acaba eliminando a reflexão quando “escolhe” a aplicação de noções/conceitos/articulações argumentativas expressas numa dita interdisciplinaridade a que a Fonoaudiologia se propõe.

Em grande parte da literatura da área fonoaudiológica a “linguagem” é considerada uma expressão banalizada. As perturbações da fala constituem-se como sinais de alterações fisiológicas, relacionados a um quadro nosológico de doenças e, portanto, o que está em questão é a etiologia, expressando, assim, o vínculo a que está compelido – o raciocínio clínico causalista. O sintoma na linguagem é reduzido a um mero sinal assujeitado a outro domínio seja orgânico, seja ambiental e/ou cognitivo na medida em que a explicação dos quadros patológicos se traduz em “etiquetagem de termos à fala de pacientes” (ARANTES, 2006).

O direcionamento da discussão encaminhado por Fonseca (1995, 2002) no âmbito do Projeto tem como foco questões teórico-clínicas sobre a afasia. Nesta perspectiva, reconhecendo a centralidade da problemática da causalidade na afasia, a autora revisita algumas das propostas na Medicina e na Fonoaudiologia, para examinar a consistência entre a discussão teórica e prática empreendida nos campos.

É a partir dessa perspectiva que a autora situa a prática fonoaudiológica como uma área que se inscreve no discurso organicista, baseada em uma relação de causalidade em que a perturbação da materialidade do lingüístico é provocada pela lesão cerebral. E nestes termos a natureza de uma condição de fala dita patológica está submetida ao funcionamento cerebral.

Nesta seqüência, o que se depreende da configuração da atividade clínica fonoaudiológica com pacientes afásicos é uma prática em que se confere relevo à superação do sintoma na fala naturalizando a relação cérebro-linguagem. Fonseca (1995) destaca, também, que as ações da clínica se voltam para outras alterações determinadas pela lesão, tais como, apraxia, percepção e memória. E, portanto, invoca-se os procedimentos de avaliação e terapia para responder à clínica, uma multiplicidade das alterações (motora, lingüística, perceptual, etc.) que podem se apresentar em quadros sintomáticos da linguagem.

Pode-se dizer que há uma interdisciplinaridade que marca os trabalhos fonoaudiológicos, uma tendência dominante, em que os “*programas*” de reabilitação estabelecem-se por planejamentos de ações em que se cruzam o lingüístico, o cerebral, o

psicológico e o social. E, neste caso, a linguagem (sua ordem própria) resulta desproblematizada, reduzida a mero sinal, a comportamento desviante e motivado (desadaptado).

Fonseca (2006) destaca que o alinhamento da Fonoaudiologia a este pressuposto teórico-clínico impossibilita a instituição de uma clínica de linguagem, como espaço de acolhimento da “fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito” (FONSECA, 2006, p. 336). Nesse sentido, o acontecimento afásico impõe ao sujeito uma cisão entre a fala e a escuta, uma divisão que não pode ser cerçada pela ilusão (perdida) de ser uma unidade e um falante que controla a fala. Ou seja, “a despeito da lesão neurológica, ela não anula o sujeito na linguagem” (FONSECA, 2006, p. 336).

Ainda sobre essa trama interdisciplinar, que segundo Lier-DeVitto (2002c) é terreno sólido da Fonoaudiologia, menos do que lhe servir para o avanço, produz uma diluição do compromisso com uma teorização sobre seu objeto de estudo – a fala. Assevera, também, que as noções teóricas que sustentam a clínica localizam o problema na linguagem sob a forma de resto/resíduo, uma vez que o que se tem para dizer sobre a fala é que a mesma não se ajusta à regra ou foge ao padrão, mas tais pressupostos não descrevem, portanto, não definem o “patológico”.

É partindo da crítica pela aplicação utilitária da relação de instâncias heterogêneas sobre o lingüístico, enquanto uma dificuldade decorrente de estados patológicos, que Andrade (2003) aponta sobre o caráter central que a percepção ocupa no campo da Fonoaudiologia.

A autora destaca que o estatuto da percepção sobre a condição sintomática do falante assenta-se sobre uma ligação intrínseca entre audição e linguagem. Isso porque, na Fonoaudiologia, a linguagem é assumida como um objeto que é diretamente apreensível pelo indivíduo dada à capacidade cognitiva e também pela possibilidade de análise e discriminação das unidades sonoras da fala.

Nesta concepção, a forma lingüística repousa sobre uma materialidade que pode, supostamente, ser abordada a partir das características físicas do som da fala. E o sentido, enquanto referência que designa a forma lingüística, estabelecido pela relação entre palavra-mundo, é acessado por conta das capacidades cognitivas do sujeito.

Entretanto, o procedimento clínico fonoaudiológico, como afirma Andrade (2006), na presença de um problema na linguagem, seja ele localizado na esfera perceptual seja na esfera cognitiva, a aposta das atividades está no investimento perceptual, impasse este não reconhecido pela área. Portanto, o que determina os procedimentos é a estimulação desta

capacidade, que se supõe prejudicada e que, por sua vez, é assumida como condição para a aquisição de conhecimentos – dentre eles, a linguagem.

Neste caso, tanto os modelos explicativos da condição sintomática, quanto os procedimentos terapêuticos decorrem da relação direta entre percepção e linguagem. A idéia é governada pelo raciocínio de que respostas desviantes face à estimulação do meio são decorrentes dos desvios do aparato perceptual do indivíduo. O que inviabiliza qualquer reflexão sobre a linguagem e o falante, dado que afasta dos estudos em questão aquilo que deveria constituir o foco principal da Fonoaudiologia: a apreensão da **fala** pelo **falante** (ANDRADE, 2003).

Deste ponto deriva a afirmação de Andrade sobre as diferenças radicais estabelecidas entre a clínica fonoaudiológica que se baseia na apreensão da fala via processos perceptuais e uma clínica de linguagem que aborda a articulação entre fala/língua/sujeito. Cabe salientar que a autora recorre a estas diferenças a partir de um pressuposto que pode ser resumido da seguinte forma: o estabelecimento das polaridades entre ouvir (como uma capacidade orgânica) e escutar (efeito de uma relação de um sujeito à língua/fala) a partir da noção de “captura” introduzido por Cláudia Lemos, sob efeito da Psicanálise, em que coloca a língua como causa de haver um sujeito na/pela fala.

Podemos dizer que a questão do sintoma na linguagem é assunto central nas discussões empreendidas pelo Grupo⁵⁴. O assunto principal reside sobre o lugar reservado às “patologias da linguagem”, na medida em que ocupa irremediavelmente o *locus* de natureza orgânica ou mental recobertos por tentativas de definição de uma etiologia naturalizando por absoluto a condição enigmática do caráter da fala e do falante.

E disto decursa, justamente, um tipo de aproximação da Fonoaudiologia com a Lingüística “desvitalizante [...] uma leitura que esvazia conceitos e agride a coerência teórica” (LIER-DEVITTO, 2006, p. 14). A discursividade vigente na Fonoaudiologia faz apelo à disciplina por um modo de aproximação equivocado, para começar, é preciso dizer que o primeiro obstáculo que se enfrenta é o de que a polaridade normal-patológica não faz parte do programa científico da Lingüística (LIER-DEVITTO, 1997, 2001, 2005, 2006).

Em outras palavras, os fonoaudiólogos atribuem à Lingüística um conhecimento sobre fatos empíricos que não fazem parte de seu escopo, ou seja, seguem à busca de instrumentais

⁵⁴ É fundamental pontuar que mencionamos apenas alguns dos membros do Grupo de Pesquisa, já que existem vários pesquisadores da área, uma vez que neste trabalho o intuito não está em esgotar as produções realizadas. Mas de explorar os movimentos que marcaram/marcam diferenças conceituais teórico-clínicas na construção de fundamentos para uma clínica de linguagem.

descritivos que supostamente possibilitariam classificar erros e tipologizar quadros. Ora, as falas sintomáticas não podem ser abordadas, pois, erros ditos patológicos não são material que possa atender ao requisito de validação de uma regra (LIER-DEVITTO, 1997, 2001, 2005, 2006), são resíduos daquilo que os instrumentais descritivos da Lingüística não podem tocar. As ocorrências assistemáticas/heterogêneas – o singular inscrito no acontecimento patológico – não abrangem o ideal sustentado pela Lingüística.

Nesse sentido, Arantes (2006) destaca uma manobra utilizada, entre outras, pela área Fonoaudiológica, como parâmetro para distinguir entre o “normal” e o “patológico”, trata-se da aplicação do critério cronológico em que a idade da criança é tomada a partir da hierarquização de emergências de componentes gramaticais na correlação com idades específicas. Entretanto, os resultados encontrados revelam uma diferença, pois se atesta o quadro patológico – “atraso de linguagem” –, porém não é apresentada uma caracterização sobre como se estruturam essas diferenças, “a distinção entre normal e patológico é remetida unicamente ao ritmo de desenvolvimento” (ARANTES, 2006, p. 222). Neste sentido, o processo de aquisição de linguagem envolve a construção de uma gramática, a fixação de parâmetros e, também, a aplicação de algoritmos para que o conhecimento lingüístico seja posto em uso, sem tocar na questão do sujeito falante.

O que Lier-DeVitto (2001, 2006, entre outros) sustenta, enquanto argumentação, é que o que acaba definindo a patologia da linguagem é menos um “déficit” e mais uma insistência “de uma fala em desacordo com o corpo que fala” (LIER-DEVITTO, 2001, p. 249). E, portanto, a insistência de uma diferença, admitida como sintoma que “inscreve e se inscreve num tempo outro: tempo da insistência da repetição” (LIER-DEVITTO, 2006, p. 186) suspendendo, assim, a inclusão do tempo cronológico e do entendimento do sintoma como déficit.

O que tais formulações põem em descoberto é a declaração de filiação ao Interacionismo, ao pensamento de Cláudia Lemos, mais precisamente, ao modo particular de um sujeito na/pela linguagem – a articulação entre a língua (leis de funcionamento perene da linguagem) e a fala sintomática (acontecimento particular) de um sujeito (acontecimento singular).

É preciso esclarecer que o Grupo de Pesquisa *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto, mantém como ponto de partida de seus trabalhos a teorização desenvolvida por Cláudia Lemos – relação remetida à questão de alteridade – sustentada pelo compromisso com os efeitos, no clínico/pesquisador, de falantes em sofrimento e de suas falas sintomáticas.

Podemos dizer que Cláudia Lemos impõe uma novidade no campo de Aquisição, mais particularmente em relação ao Interacionismo, que é fazer valer o “compromisso com a fala da criança”. E, é por perseguir este “compromisso” que produz uma inversão: **a criança no seu processo de estruturação da linguagem é capturada pela instância de funcionamento lingüístico-discursivo**. Trata-se de um percurso da autora a partir de “passos que vão dar em impasses [...] que cada vez refariam e refazem na fala da criança o estatuto de enigma” (LEMOS, 2002, p. 41) que, entretanto, não será recuperado aqui na sua integridade.

Lemos implica *a língua* – os “mecanismos descritivos e explicativos” – em sua proposta teórica que aborda os processos metafóricos e metonímicos que são, então, mobilizados para interpretar as mudanças na fala da criança. Trata-se de uma reflexão estrutural, tributária de uma aproximação particular à Lingüística, mais especificamente ao estruturalismo europeu de Saussure e Jakobson, invocada pela concepção subversiva a **ordem própria da língua** que exclui a língua como objeto de conhecimento e/ou propriedades lingüísticas observáveis.

Assumir a alteridade radical da língua traz conseqüências fundamentais – produz recusa da idéia de desenvolvimento, centrada na noção de sujeito epistêmico, considerando a anterioridade lógica relativamente ao sujeito. Nesse sentido, Lemos (2002, p. 55) adverte que “poder-se-ia inverter a relação sujeito-objeto, conceber a criança como capturada por um funcionamento lingüístico-discursivo que não só a significa como lhe permite significar outra coisa, para além do que significou”.

E mais um passo é dado: **a criança nasce como sujeito falante no campo do outro (do Outro)**. A inclusão da ordem própria da língua produz um redimensionamento da sua teorização, a passagem de infans a sujeito falante é assumida como sendo estrutural – mais precisamente como mudanças de **posição do sujeito** relativamente à fala do outro, à língua e à sua própria fala. Lemos (1992), sob efeito da Psicanálise, particularmente a partir da leitura lacaniana de Freud, introduziu uma reflexão sobre o sujeito, reflexão compatível com o gesto saussureano de expulsão do sujeito psicológico.

Nessa perspectiva, o vir-a-ser-falante decorre de uma trajetória de constituição subjetiva a partir dos efeitos do funcionamento da língua: efeitos de captura. Essa “criança falada” concebida como corpo pulsional é aquela que demanda interpretação em uma estrutura em que se entrelaçam a língua como Outro/rede de significante, o outro materno e a criança.

A esse respeito, Lemos (2006), em seu estudo “Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem” destaca que

a relação entre linguagem e tempo foram também, para Saussure, fontes de paradoxo[...], seu ponto de partida é a evidência da mudança lingüística que[...], embora o sujeito falante possa reconhecer a variação, ele não tem consciência da mudança que pode decorrer dessa variação[...], seja uma palavra ou uma expressão, não envolve qualquer tipo de reconhecimento consciente. (LEMOS, 2006, p. 27).

Ou seja, estamos face do movimento simbólico e, portanto, submetidos às suas leis. Neste contexto, língua/linguagem tem função de “*captura*” (LEMOS, 1992) pela sua anterioridade lógica relativa ao sujeito.

No entanto, foi o trabalho de Lacan que permitiu, a partir da retomada do texto freudiano em uma articulação com a Lingüística e os preceitos nela introduzidos pela concepção estruturalista em Saussure, o estabelecimento sistemático do conceito de estrutura em Psicanálise, o qual, em última análise, traz consigo a noção de “corpo pulsional”.

Noção esta que nos interessa neste trabalho, pois, trata-se aqui do corpo que ganha existência pela *incidência da linguagem*, representada pelo Outro primordial, a saber, o agente materno. Segundo Lacan, o *estatuto de sujeito* é assegurado pela incidência do simbólico sobre o organismo (sendo o outro da criança, como aponta Lemos (1992, p. 55), a “instância do funcionamento lingüístico discursivo”) que discursivamente incide sobre o corpo do bebê e marca seu devir como sujeito. A esse respeito, Lier-DeVitto e Carvalho (2008, p. 105) advertem:

[...] não pode admitir que o desenvolvimento dependa, a princípio, da interação, mas que o processo culmine no individual. Se o fizer, estará assumindo a perda gradual de força da determinação [...] persiste como uma atividade cognitiva: é a criança que analisa, segmenta e internaliza a fala do outro – é ela que se apropria da linguagem como um conhecimento. Estamos no domínio, portanto, de uma subjetividade governada pela cognição. Segundo Cláudia de Lemos (1986), “atribuem à interação uma função facilitativa” (e não “estruturante”, “determinante”).

Note-se que a crítica é a concepção envolvida no termo interação na medida em que o que está em causa é a comunicação e, portanto, o estabelecimento de “conhecimento mútuo” e “troca de informações” entre sujeitos. Nesse cenário, reina o sujeito psicológico, aquele que tem “pontos de vista”, que quer “informar/expressar” intenções e emoções e que pode “regular o outro”. A linguagem é um instrumento da comunicação, um veículo/suporte material de conteúdos internos, mentais.

De fato, o que se quer marcar é a radicalidade do “outro” enquanto aquele que funda o sujeito falante. Estamos nos referindo aqui, a um outro que está assujeitado às leis da linguagem e que, portanto, não tem função de apresentar/prover a linguagem à criança a partir

da interação com esta, mas de suportar, o vir-a-ser. Nessa perspectiva, Lemos (2002) investe na Psicanálise, via Lacan, e desloca a noção da aquisição da linguagem a um processo de subjetivação em que as vicissitudes do corpo-linguagem estabelecem-se como singularidade dos efeitos da fala do outro sobre o corpo do infans. Em outras palavras, “a idéia de aquisição cede lugar à concepção de uma trajetória de constituição subjetiva a partir dos efeitos do funcionamento da língua: efeitos de captura” (LIER-DEVITTO; CARVALHO, 2008, p. 117).

Sobre a clínica com bebês com a qual estou envolvida há 14 anos, no Hospital Regional de Assis, podemos dizer que destituímos a concepção do “risco” na constituição do *infans* como sujeito falante; e ou de uma abordagem centrada em conferir/checar se as evoluções das funções motoras, cognitivas e de fala estão de acordo com o esperado pelo ideal padronizado. Como nos referimos anteriormente, a modalidade clínica com bebês – “intervenção precoce” e/ou “preventiva” no campo da Fonoaudiologia – fundamenta-se na possibilidade de descrições voltadas para a noção de que todo corpo-organismo é “um mesmo” e que, portanto, explícita ou implicitamente, acredita-se que aquilo que *vale para um, vale para todos da mesma espécie*, então, se faz previsões, adianta-se à realidade e, reduz-se a realidade, apenas, o que dela se ajusta ao previsto.

Como sustenta Andrade (2003, p. 77):

a Fonoaudiologia carece de sustentação teórica para abordar a fala do paciente, constituindo, assim, uma clínica que costura imaginariamente retalhos teóricos de diversos campos [...]. Falo de uma costura ‘imaginária’ à medida que o objeto que funda o campo – a linguagem – é exatamente aquele recoberto por fragmentos de campos [...]. Resta, portanto, da linguagem, apenas uma imagem.

É neste sentido, parafraseando Andrade, que remeto à clínica com bebês, na qual a Fonoaudiologia comparece teoricamente sustentada ao significante “risco”, desdobrando-se para a clínica pela necessidade incontornável de prevenir possíveis alterações e/ou dificuldades, impondo, assim, ao fonoaudiólogo, a exigência de responder a esta demanda universal – bebês de risco –, desconsiderando o particular de cada história, restando, assim, ao clínico a *imagem* que vigora em todos eles, a saber, o possível transtorno. Reconheço que uma outra configuração clínica com bebês deva ser delineada, tendo em vista que as vicissitudes implicadas na passagem da condição de infans a sujeito falante estão referidas à estrutura.

Entre outras questões que serão colocadas em discussão sobre a clínica com bebês, incluímos a problematização que envolve afirmar que o pressuposto de causalidade *entre prematuridade e risco de desenvolvimento não se sustenta* e, também, que *o instrumento-escala de desenvolvimento não é eficaz*. Há uma distância insuperável entre o ideal de

homogeneidade (representado por escalas idealizadas de desenvolvimento normal), e a relação singular de cada criança com a linguagem. Sobre isto Andrade (2006) comenta que a utilização e a manipulação de conceitos da Lingüística *stricto sensu* além de produzir uma degeneração conceitual quando elaborado para procedimentos de avaliação de linguagem, também se presta a um outro equívoco, o rompimento do compromisso exigido por uma filiação teórica particular. Trata-se do que a autora formula sobre o singular e o universal.

O argumento de Andrade reforça que a clínica de linguagem não prescinde de uma relação com a Lingüística, entretanto esta aproximação deve estar calcada por um “profundo compromisso teórico” (ANDRADE, 2006, p. 352) que deva sustentar a tensão entre universalidade e singularidade “que constitui o eixo central do cenário clínico” (p. 352). Neste contexto, quando os fonoaudiólogos se utilizam do aparato descritivo da lingüística para aplicar à fala das crianças, não produzem derivação para o campo da patologia e clínica de linguagem pela natureza descritiva deste procedimento. Uma vez que este aparato está voltado à universalidade, enquanto o que se pede como descrição na clínica de linguagem são as ocorrências singulares de fala.

Enquanto proposta alternativa, propõe a autora, “a nosso ver, propiciar a articulação entre esses dois pólos” (ANDRADE, 2006, p. 352) é consequência de uma “noção de língua enquanto um sistema que, embora autônomo e universal em seu funcionamento, pode produzir o singular em ocorrências lingüísticas efetivas” (ANDRADE, 2006, p. 353), a saber, “a leitura da lingüística saussureana realizada pelo interacionismo em Aquisição da linguagem”(p. 353).

É por concordar com esta direção que propomos, para a clínica de acompanhamento, a retirada de um padrão comum que privilegia a observação, o *quantum* de conhecimento da língua apresentado pela criança. E, neste sentido, incidiremos sobre *a realidade* da criança (LEMOS, 1982), que privilegia, então, “a mudança de posição da criança em relação ao outro, à língua e a sua própria fala” (LEMOS, 2002, p. 56).

Sobre a clínica com bebês, conforme declarado anteriormente, pretendo estabelecer uma conjunção entre os dois momentos de atuação como fonoaudióloga – o período de internação em que a alimentação do bebê é ponto principal e também em ambulatório no pós-alta hospitalar. Trata-se, nesse momento, da minha atuação enquanto fonoaudióloga, de como “acompanho” a vivência da figura parental em relação ao seu filho que irá se situar a partir de uma dialética temporal singular, que é o nascimento prematuro de um filho, bem com toda problemática envolvida nesta temporalidade – a sobrevida e a longa permanência na instituição hospitalar.

Dentre os vários significados do verbo “acompanhar”, tal como se encontra no dicionário, incluem-se as seguintes idéias: “seguir a mesma direção”, “participar dos mesmos sentimentos”. Temos aí significações que nos orientam para a existência de uma simetria entre as pessoas, a ponto de podermos partilhar de um mesmo efeito de sentido, tendo que a base conceitual é a relação intersubjetiva.

Contudo, o que Lemos aponta, a partir das discussões saussureanas, é que o sujeito falante “na dinâmica das relações” deve ser pensado “enquanto suporte da língua” e que só é possível “entrevê-lo em sua singularidade de corpo que fala justamente no inesperado que também é efeito dessa dinâmica” (LEMOS, 1995a, p. 241), a saber, *la langue*. E continua, admitir o *próprio da língua* enquanto elaboração teórica na clínica é reconhecer esta dinâmica (da linguagem) como um funcionamento e “não como conhecimento individual ou da espécie, mas como um saber da língua em que o indivíduo falante não intervém com a sua vontade nem com sua consciência” (p. 240). Há, portanto, uma ruptura na tradição de pensar a linguagem como uma formulação que a remeta à representação de um conteúdo a ser comunicado entre dois sujeitos.

O verbo “acompanhar” possui, também, as definições “dotar”, “favorecer”, que posicionam o clínico sob uma perspectiva do suposto saber, munido de poder para oferecer ao outro uma “verdade” suficiente para garantir o bem-estar. Podemos dizer que tais significações nos convocam a uma proposta de natureza imaginária tendo em vista que a essência deste discurso é a fixação de certos signos em um mundo compreendido como realidade imediata, bem como, o controle do homem frente aos acontecimentos, privilegiando a consciência e, portanto, tal referência não interessa a este trabalho.

Ainda mais uma significação para o verbo “acompanhar” determina a sua correspondência na língua francesa, “*tenir compagnie*”⁵⁵, cujos sentidos remetem ao meu discurso às mães e/ou pais quando por ocasião da alta hospitalar, ou ainda nos nossos primeiros encontros em que concebo as consultas fonoaudiológicas pela prática de “olharmos juntos o desenvolvimento do filho” e, também, por “um espaço de acolhimento de dúvidas e angústias” que podem aparecer no suceder do tempo. Na esteira destas reflexões aponto para um outro sentido em francês do verbo acompanhar, “*conduire*”, a saber, “transportar de um lugar para o outro”, acepção que remete para o estatuto do “poder” de alguém que possui uma condição tal, que chamaremos aqui de suficiente, que dispõe de força e autoridade para mudar o rumo do lugar do outro; e nisto não nos incluímos. No entanto, o que me interessou, nesse

⁵⁵ “Fazer companhia”.

caso, foi a possibilidade de “movimento” a que o sujeito está submetido pela temporalidade lógica, bem como às vicissitudes que marcarão certos “lugares” da constituição.

É a partir deste assento que dou mais um passo sobre a concepção de “tempo” e “lugar” que nos remete a uma citação de Lemos (2006, p. 27), à luz dos pressupostos de Saussure (1916/1987):

A cada instante, a linguagem implica ao mesmo tempo um sistema estabelecido e uma evolução: a cada instante ela é uma instituição atual e um produto do passado. Parece fácil a primeira vista, distinguir entre esse sistema e sua história, entre aquilo que ele é e aquilo que ele foi; na realidade, a relação que une ambas as coisas é tão íntima que se faz difícil separá-las. Seria a questão mais simples se se considerasse o fenômeno lingüístico em suas origens: se, por exemplo, começássemos por estudar a linguagem das crianças? Não, pois é uma idéia bastante falsa crer que em matéria de linguagem o problema da origem difira do das condições permanentes.

Uma apreensão possível desta elaboração de Lemos (2006) sobre *la langue*, remete-nos a um sujeito condenado à condição de tensão entre o eu e o outro, o “outro” como condição do eu, ou seja, a posição subjetiva referida como produto dos processos de identificação com o Outro. Pois, como afirma Lemos, a “condição permanente” está presente no instante do momento mítico da origem do sujeito na linguagem, são processos por meio dos quais o falante é identificado e se identifica com o outro, cuja alteridade é apagada em favor de um assemelhamento.

E aqui está um chamamento: “quanto à relação entre Lingüística e Psicanálise [...] é através da Psicanálise (isto é, da leitura de Saussure por Lacan) que a Aquisição de Linguagem (pelas reflexões teóricas de Cláudia Lemos) pode realizar de modo produtivo uma vocação de retornar a Lingüística” (LEMOS, 2006, p. 58). É na esteira desta reflexão proposta por Lemos que ousamos dizer quanto às questões dos passos/impasses, na medida em que o ser que não está em posição de poder operar como resposta de simbolização de sua existência, a posição de maestria, está na dependência da função da parentalidade, que organiza o circuito pulsional do *infans*, a partir de sua própria estrutura.

Ponto fundamental para o assento de nossa clínica, já que nesta elaboração o *infans* irá advir a partir do testemunho do Outro – fundante da constituição e, portanto, é pelas operações de transmissão instituídas nesta “relação” que se dá o efeito sujeito.

Sobre esse assunto, Lacan (1956-7/1995) nos diz que o estatuto do sujeito é assegurado pelo Outro primordial⁵⁶ (o “tesouro dos significantes”), que é anterior à sua

⁵⁶ Escreve-se com letra maiúscula para diferenciá-lo do semelhante (outro), com o qual se estabelecem identificações imaginárias que dão lugar à rivalidade e ao amor.

emergência enquanto sujeito. A estruturação subjetiva fica, portanto, na dependência do discurso do outro-já-falante. Nesse sentido, vemos um ponto de convergência entre as duas teorizações implicadas neste trabalho. O agente materno é a “instância de funcionamento lingüístico-discursivo” (do Outro), segundo Cláudia Lemos (1992, 2002) e Lier-DeVitto (1998), – é a instância que lê os comportamentos da criança e atribui a eles o estatuto de “intencionais” desde o nascimento – muito antes, portanto, de se poder reconhecer a vigência de uma instância subjetiva. Dito de outro modo, o agente materno toma, de início, manifestações reflexas (meramente orgânicas) como uma mensagem dirigida a ela, como um chamado, um apelo. Para isso, “o desempenho da função materna, depende de a mulher, na condição de mãe, ser desejante” (VORCARO, 2001).

Por ser dependente das representações contingentes do agente materno, *não é possível supor de antemão* quais serão seus efeitos singulares na criança. Ao convocarmos a Psicanálise, estamos, na verdade, declarando nosso compromisso com a singularidade de uma estruturação subjetiva e, portanto, implicados com a noção de sobredeterminação.

Segundo Laplanche e Pontalis (1983), a sobredeterminação apresenta duas acepções na obra de Freud que, no entanto, não deixam de portar pontos de articulação. A primeira delas afirma que uma formação psíquica é determinada por vários fatores: não há uma causa. A segunda acepção explica que cada formação remete a uma pluralidade de elementos inconscientes em que as diversas cadeias significativas se entrecruzam em mais de um ponto nodal e, portanto o sintoma apresenta vestígios da interação das diversas significações entre as quais realiza um compromisso. Nessa perspectiva, o nascimento prematuro de uma criança instaura uma relação casal parental-bebê que não pode ser reduzida à causa da “prematividade” e, nesse sentido, não há uma resposta-padrão. Essa relação, como qualquer outra, é sobredeterminada dado que o sujeito humano recebe sua determinação do simbólico.

A possibilidade de “vir-a-ser-sujeito” de um organismo implica, nessa perspectiva, a passagem por um “ser sujeito no e para o Outro”. Assim, *alienação* é a operação primeira na constituição do sujeito. Outra operação deverá, depois, ter lugar: a de *separação*. É preciso, para tanto, que outra instância interdite a relação de alienação – momento em que a criança deverá deixar de responder ao Outro como *objeto do desejo da mãe*. Deverá incidir, na *separação*, a instância paterna – o Nome-do-Pai (não é o pai empírico que, necessariamente, exercerá essa função). A possibilidade de tornar-se sujeito e sujeito-falante, dependerá da saída da criança da situação de alienação ao desejo do outro-agente-materno: momento em que a criança aparece, ela mesma, como desejante no funcionamento simbólico, no funcionamento da linguagem.

Admitimos, pois, que o bebê é guiado pela alteridade, que o insere na ordem do simbólico (da linguagem) – as interpretações (atos simbólicos) do outro significam a criança e imprimem um perfil singular à interação que entre eles se estabelecerá. Neste caso, declaramos uma relação intrínseca teórico-clínica, evidentemente considerando as peculiaridades implicadas, entre a atuação voltada para a alimentação do bebê durante o “período de internação”, e do ambulatório fonoaudiológico e, portanto, as práticas delas advindas em relação ao ponto fundamental: a relação com o “outro”.

Convocamos para um investimento pela perspectiva da dimensão simbólica na medida em que, num estágio ultraprecoce, é pelo adulto, quer como outro (semelhante) quer como grande Outro⁵⁷, que o bebê tem acesso ao mundo provido essencialmente pela fala. E, portanto, o corpo e o que se depura de seu funcionamento,⁵⁸ são marcas significantes inscritas pela presença do Outro primordial e, neste sentido a linguagem não serve para comunicação ou compreensão de mensagens, mas sim exerce a função de identificar o sujeito para que ele possa incluir-se na “ordem simbólica”. Uma transmissão operada pela lógica da antecipação, ou seja, muito antes da criança poder se reconhecer como instância subjetiva produz-se pelo discurso tal reconhecimento, ao qual ele é capturado.

É preciso ainda dizer que a despeito do nosso compromisso, sustentar a prática clínica com bebês a que me cabe como uma instância (período de internação e ambulatório) com a teorização já declarada. Esclareço que, por uma medida didática, no intuito de enfrentarmos o que é próprio da prática clínica em si, já que este trabalho é fruto das inquietações, dividiremos a apresentação da clínica entre: dinâmica de acompanhamento no período de “internação hospitalar” e no “pós-alta hospitalar”.

⁵⁷ O “Outro” é um termo introduzido por Lacan que está referido ao lugar onde os significantes já estão antes de todos os sujeitos, a saber, a linguagem. O qual é encarnado em primeiro lugar pela mãe.

⁵⁸ Faço menção novamente a área fonoaudiológica no que tange ao raciocínio sobre a questão alimentar do bebê prematuro que se assenta sobre a noção de autonomia alimentar, quase que exclusivamente, a partir da maturidade do mecanismo motor oral traduzida pelos sinais de certo padrão – ritmo e coordenação dos reflexos orais (sucção, deglutição) dada em função de uma maturidade oromotora que se dá pela dependência do desenvolvimento cerebral.

2.2 Uma Dinâmica Hospitalar

2.2.1 Durante a hospitalização

Envolvida no projeto central do HRA, no setor de atendimento materno-infantil que adota o Método Mãe-Canguru, fui contagiada pelos movimentos do nascimento prematuro, bem como pelos dizeres maternos que portam a significância do encontro da mãe com o filho. Como já mencionado durante o período de internação pelas peculiaridades instituídas pelo projeto é com a mãe que tenho maior contato.

Parece-me suficiente dizer, por ora, que “acompanho” uma dinâmica particular entre mãe-bebê, entremeada pela intermitência de períodos de tempo de contato e por contingências relativas ao estado clínico da criança – fatores geradores de tensões no estabelecimento dessa relação.

Como o presente trabalho está assentado em uma experiência clínica em um determinado hospital, acreditamos ser fundamental descrever as peculiaridades deste. Vale ressaltar que as elaborações teóricas foram possíveis a partir do encontro da fonoaudióloga com a mãe e seu filho na dinâmica hospitalar e, dos movimentos lógicos que sucederam enquanto marcas inscritas na/por esta operação.

No Hospital Regional de Assis, o atendimento materno-infantil constitui-se de três momentos distintos. O primeiro momento, diz respeito à *internação do bebê em UTI neonatal*; o segundo momento, à sustentação da *permanência do bebê junto à sua mãe* na Unidade Mãe-Canguru; o terceiro momento, ao estabelecimento das providências para a *viabilização da alta hospitalar*.

Durante a fase considerada de *risco de vida*, o bebê permanece na UTI, pois efetivamente demanda, para sua sobrevivência, cuidados específicos⁵⁹. Neste primeiro tempo, geralmente, a mãe não permanece durante o período da noite na unidade hospitalar. No entanto, pede-se que a família – principalmente a mãe – faça visitas diárias ao bebê: mães e

⁵⁹ Esses cuidados específicos envolvem: alimentação parenteral, nutrição por via intravenosa (devido à fragilidade das funções digestivas do bebê); uso de equipamento de ventilação mecânica (para cumprir a função respiratória), bem como uso de incubadora (garantia da temperatura corporal). São bebês suscetíveis a infecções pela imaturidade do sistema imunológico; a hemorragia cerebral e pulmonar pela fragilidade capilar e os baixos níveis dos fatores de coagulação; a elevação dos níveis de bilirrubina pela imaturidade do sistema hepático. São frequentes, também, as alterações endócrinas; as alterações nos níveis de cálcio, magnésio, sódio e potássio; a anemia, entre outras complicações próprias de um organismo imaturo.

pais têm livre acesso à Unidade, não havendo, inclusive, restrição de horário para a visita ao filho (avós e irmãos são autorizados a ver a criança uma vez na semana).

Nesta primeira fase, já há forte incentivo ao aleitamento materno. As mães são orientadas sobre como retirar o leite que é armazenado para ser oferecido ao bebê quando ele estiver com condições clínicas para mamar. Vale ressaltar que essas condutas são mantidas mesmo em caso de grave risco de vida dos bebês. De um lado, porque “risco” não é veredicto de morte e, de outro lado, porque as mães (e a família) mantêm-se ligadas à vida de seus filhos.

A melhora clínica do bebê traz outros desdobramentos, solicita-se que as mães participem de alguns cuidados: fazer troca de fralda e banho, o início do “contato pele a pele”, que caracteriza o método *Mãe-Canguru* – o bebê, por conta do calor do corpo de sua mãe, pode ficar fora da incubadora por algum tempo. Nesse período também a mãe investe na retirada do seu leite para em seguida, alimentar seu filho pela sonda⁶⁰ e, é neste momento que acontece o trabalho fonoaudiológico propriamente dito, no que tange à alimentação e para que esta tenha seu início.

O termo “fonoaudiológico propriamente” se destaca pelo fato da atuação alimentar ser uma função fonoaudiológica localizada como campo da intervenção precoce, centrada em promover a “capacitação” do bebê para a atividade alimentar, considerando que o bebê nascido prematuramente possui dificuldades nesta função. Todavia, sustentamos aqui a hipótese de uma outra determinação no gesto que implica a alimentação do bebê.

Eu não poderia fechar os olhos para o fato de que a alimentação não cumpre a função exclusiva de nutrição, de suplência de necessidade orgânica para a sobrevivência do ser. Portanto, menos do que segmentar cada aspecto da alimentação em movimentos orgânicos (sucção, deglutição e respiração) e novamente subdividi-los (de acordo com ritmo, padrão, coordenação), propomos pensar, no plano da teoria, um conceito capaz de nomear a relação intrínseca entre todas estas partes como: o nível oral que se presentifica no corpo. Ou seja, de que a oralidade posta em cena pela criança é constituída à custa dos efeitos significantes no corpo.

Também, parece-me ser, sob uma ótica que não reduz a alimentação à necessidade de sobrevivência, fundamental refletir sobre a questão da “oralidade” na relação do *infans* com o outro. Já que a alimentação do bebê, considerando a inoperância de ações autônomas, está necessariamente ligada ao que o outro lhe presta a partir de seus cuidados. E, neste sentido, há decididamente, a determinação recebida do outro.

⁶⁰ Ato de pressionar a seringa contendo seu leite na sonda que leva o leite ao estômago da criança.

A relação que se estabelece no processo de alimentação do bebê, se, de um lado, realiza-se por meio de uma materialidade (provê alimento), de outro lado, esse processo não é neutro porque está sob efeito de interpretação, ou melhor, da uma leitura que o outro faz dos movimentos da criança. A fome, a quantidade de alimento, a satisfação, a recusa, dentre outros aspectos, são inferências/interpretações que incidem sobre o corpo do bebê em sua relação com o *infans*. Vê-se, por aí, que ficamos frente a uma noção de corpo bem diversa daquela do discurso organicista, uma vez que estamos aqui afirmando que a alimentação do bebê não se reduz a movimentos motores,⁶¹ construídos exclusivamente para a nutrição. Vê-se, também, tratar-se do corpo, conforme concebido pela Psicanálise – “corpo significado e significante” (VASCONCELLOS, 1999).

Resumidamente, considerando que o corpo é suporte dos efeitos da linguagem, incluímos a alimentação em uma dimensão que excede a de um funcionamento motor e/ou instintual, dirigido para a sobrevivência. Assim, como atesta minha experiência, pela alimentação há inscrição da linguagem no corpo, a partir do modo de relação que se estabelece entre o outro e o bebê. Para que a posição assumida nesta tese possa ser melhor apreciada, apresentaremos alguns fundamentos que irão nos dar suporte e que dizem respeito à articulação entre corpo/linguagem/outro.

Primeiramente, envolver-nos-emos pela teorização sobre aquisição da linguagem, elaborada por Cláudia Lemos, desde 1992, a partir da relação que a autora estabelece com o “estruturalismo europeu” – de Saussure e Jakobson – e já afetada, como ela mesma diz, pela Psicanálise lacaniana.

Ao assumir a *ordem própria da língua*, a pesquisadora entende ser logicamente necessário admitir sua radical alteridade em relação ao sujeito e dispõe-se a refletir sobre “as vicissitudes” implicadas na mudança de posição do *infans* em falante. Para isso, porém, Lemos (2002, p. 55) alerta:

O que a mim pareceu, então, coerente com essa autonomia e alteridade radical da língua foi dar a ela, à língua a função de captura, entendida como estenograma ou abreviatura [...] de processos de subjetivação. Considerada sua anterioridade lógica relativamente ao sujeito, o precede e, considerada em seu funcionamento simbólico, poder-se-ia inverter a relação sujeito-objeto, conceber a criança como **capturada** por um funcionamento lingüístico discursivo que não só a significa como lhe permite significar outra coisa, para além do que a significou.

⁶¹ É preciso ressaltar que não estamos absolutamente desconsiderando as funções orais, já que o mecanismo motor é suporte, inclusive, para a injunção à interpretação que se dá para a alimentação do bebê. Portanto, não se trata de deixar de lado os procedimentos fonoaudiológicos que incidem diretamente nos órgãos: boca, língua, bochechas. Mas de chamar a atenção para o fato de que há um mais-além.

Note-se que a definição de sujeito compatível com a concepção de língua adotada por Lemos aproxima-se da Psicanálise. De fato, a autora expõe, influenciada por Saussure, que assumir o ponto de vista do sujeito falante implica assumir que ele, como “capturado” é objeto (e não agente). Ele não pode dela se apropriar/internalizar (a linguagem é alteridade radical), nem modificá-la, pois a linguagem é “um sempre já aí” (PÊCHEUX, 1969 apud GADET; HAK, 1993), antes do sujeito. Portanto, a idéia de apropriação da linguagem pela criança é uma ilusão, talvez necessária, do falante. Na visão avançada no Interacionismo, tornar-se falante de uma língua implica ser objeto de uma “captura”.

Na esteira dessa reflexão, nos aproximando do estatuto de “corpo”, implicado na reflexão de Cláudia Lemos (1992, 1998a, b, 2006, entre outros) que, como vimos, é tributária da psicanálise lacaniana, temos, de fato, que a autora considera que apresentar-se como sujeito falante de uma língua implica o:

[...] processo de subjetivação configurado por mudanças de posição de criança numa estrutura em que la langue e la parole do outro, em seu sentido pleno, estão indissociavelmente relacionados a um “corpo pulsional”, à criança como corpo cuja atividade demanda interpretação”. (LEMOs, 2006, p. 28).

O corpo, nesta perspectiva teórica, é abordado pelo viés do efeito da linguagem. Deste modo, a relação mente/cérebro fica abolida como explicação da aquisição da linguagem. O outro, já falante, “a partir de sua posição subjetiva” e, posicionado como “instância do funcionamento da língua constituída”, assume papel fundamental, estruturante da aquisição da linguagem e da constituição que lhe é solidária: a da subjetividade. Se, de um lado, a noção de **captura** afasta qualquer possibilidade de ação consciente e deliberada da criança na “aquisição” da linguagem, essa noção, ao mesmo tempo, inclui o corpo enquanto uma materialidade implicada no e pelo processo de subjetivação.

Retomando Lemos (2006, p. 28) ao se referir “[...] à criança como corpo cuja **atividade demanda interpretação**”, acreditamos que falar em interpretação é introduzir o “outro”, aquele cuja função é **estruturante** porque ele é, como vimos, “instância do funcionamento discursivo”. Dessa interpretação depende ⁶² a transição da criança do estado de *infans* para o de falante.

Neste sentido, mesmo sabendo que o debate de Lemos sobre a aquisição da linguagem tenha sido pautado pelo “compromisso com a fala da criança” e que, portanto, suas

⁶² O termo “gesto de interpretação” está referido ao que Lemos (2006) define como le language - nela está incluído o outro enquanto semelhante e, na sua diferença, enquanto “outro”.

elaboraões privilegiaram as vicissitudes da fala da criança e de sua investigação, consideramos que suas contribuições sobre a criança e o processo de subjetivação insistem na questão primordial, que nos interessa de perto, e que dizem respeito ao “corpo pulsional” – uma formulação advinda da Psicanálise.

O que se quer introduzir, para avançarmos sobre a questão da atuação fonoaudiológica na função alimentar, é o movimento que possibilita ultrapassarmos o registro “motor”⁶³, já que tal funcionamento está articulado ao significante, enquanto fundamento da linguagem. E, portanto, para que o bebê prematuro possa se “fazer mamar”⁶⁴ faz-se necessário, um primeiro tempo, do imaginário materno, que tece o real do corpo em palavras e imagens que o qualificam como “aquele que mama”.

Em outros termos, o que se promove é um enlaçamento, tendo como principal intermediário – a voz pelo referencial triangular – criança, mãe e o desejo do sujeito materno. A voz está aqui tratada como a presença do Outro regrado pela sua estrutura desejante que sustentará a operação simbólica que edificará “os gestos e atos do sujeito” e, portanto possibilitando, um lugar ao recém-nascido, pela voz que faz “borda entre o significante e o corpo, constituindo assim o corpolinguagem” (LEITE, 2002, p. 87).

A mãe toma a criança em sua estrutura desejante “do único sujeito aí presente: o que faz função de agente que suporta a linguagem” (VORCARO, 1997, p. 73), investindo o corpo do *infans* enquanto lugar de sentido, isto depende de que a criança esteja situada no universo deste Outro real, em um lugar particular, ou em termos freudianos, como objeto libidinal. Já, que o que se institui pela voz transcende a existência da criança, ou seja, há uma imagem operando substituindo-a por um objeto de valor presente no universo psíquico materno, o que corresponde à noção de investimento libidinal.

Na medida em que o bebê é tomado pela mãe como objeto de desejo, ela produz nos cuidados que dirige a este um “transbordamento no funcionamento de suas diferentes funções”. Vale notar que as zonas corporais – boca, ânus, olho (olhar), voz são ordenados pela via significante e, portanto desde muito cedo não estão referidas como zonas de necessidade vital, mas como demanda que projeta significações no pequeno ser e, como destaca Freud (1895/1987), de uma “pessoa experiente” que se “atenta” ao estado do bebê, “dirigindo-lhe de maneira especial”. No Seminário X - “Angústia”, Lacan considera que as referências

⁶³ Retomaremos esta discussão no presente trabalho.

⁶⁴ Remeto-me ao texto do Laznik (1997) intitulado “Por uma teoria lacaniana das pulsões” em que “se fazer” é proposto por Lacan no Sem. XI, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, no lugar do termo passividade referido por Freud como o terceiro tempo do enlaçamento pulsional no texto “Três ensaios sobre a sexualidade”.

biológicas desde sempre estão introduzidas no registro do significante, e assim se posiciona: “[...] as referências à necessidade são essenciais, é claro, não se trata de rejeitarmos, mas desde que percebamos que, de fato, a diferença estrutural muito primitiva introduz rupturas nelas, corte, introduz de imediato a dialética significante” (LACAN, 2005, p. 78).

Note-se que os “cuidados” estão inscritos não como objeto da função, por exemplo, função alimentar do leite, mas como um objeto de libido pela dimensão significante que este adquire enquanto representante do laço com o Outro. Podemos dizer, por esta perspectiva, que a experiência infantil está para além da satisfação da necessidade biológica, já que a manipulação corporal à qual um bebê é submetido – no vestir, no banhar, limpar e, mesmo no embalar do corpo empregado pelo outro para a atividade do sono é acrescida de “um-a-mais de prazer” que é vivido originalmente em conexão com a mãe, enquanto agente da linguagem, ou melhor, da língua materna.⁶⁵

O que se depreende do corpo do *infans* não está no registro da necessidade, mas da pulsão, um termo, segundo Fingermann (2005), cunhado por Freud para designar os pontos de inserção do corpo singular e biológico no mundo do Outro, do simbólico e da cultura. As zonas do corpo são objetos pulsionais na experiência de troca, com as demandas e o desejo do Outro que inscrevem tanto a sua marca, quanto o apagamento da satisfação.

O grito do *infans*, incondicionalmente, é tomado como voz, como apelo. O primeiro tempo da palavra em que pelo próprio registro do simbólico, do qual a mãe participa, introduz-se o filho na “dialética presença- ausência” (LACAN, 1995, p. 186). Esta situação poderá ter efeito de simbólico somente se puder realizar o trabalho de acomodação, a “perda fundamental” que Lacan traduz como mítica, na medida em que nunca houve nenhum objeto que tenha satisfeito a pulsão. Portanto, é a partir do “objeto perdido da primeira satisfação” (LACAN, 1995, p. 186), todo objeto é, ao menos considerado como substituto, daquele que, justamente, nunca satisfaz a pulsão.

Nestes termos, Leite (2000) afirma que o sujeito depende do significante e este, está primeiro, no campo do Outro tendo que seu advento se dá na marca dessa relação. É desta maneira que o agente materno, vindo ocupar este lugar de Outro se faz presente constituindo o tesouro dos significantes e, neste caso, temos que considerar que o significante se sustenta justamente por meio de uma relação com outro significante; assim, a partir de um conjunto de

⁶⁵ Leite (2001), no texto intitulado “Do *infans* ao falante: o tempo para se contar”, faz menção ao termo “língua materna” qualificando “materna”, presente nesta expressão, ao primeiro Outro significativo para a criança, causa singular de um sujeito. Entretanto, a nomeação de uma língua como materna se faz a partir da interdição da lei paterna, função que barra o gozo incestuoso de um momento mítico em que se supõe ter havido uma copulação perfeita das palavras com o corpo.

significantes tem-se o tesouro de uma língua. Quando, neste contexto, supomos um ato de fala, é disto que está permeada a relação mãe e criança, que os articula em cadeia. Contudo, uma falta se instala, é a falta de um significante último que respondesse pela significação e, diante desta situação, impõe-se que se considere a falta no Outro, o Outro do desejo e, portanto, o *infans* parte da falta instituída no/pelo simbólico para a estruturação do seu próprio desejo.

Dizer que a relação mãe-filho está permeada pela dimensão simbólica implica dizer que “o próprio funcionamento da linguagem impõe um desejo [...] não unicamente porque todo enunciado está separado de sua significação, mas de forma radical, porque um enunciado só é um materialmente com sua separação na cadeia indefinida que o faz existir” (LEITE, 2000, p. 42) e, neste caso o que se instaura é a incompletude desta relação que é justamente o que irá proporcionar o advir do sujeito.

Cabe esclarecer que a atuação fonoaudiológica, neste trabalho, é ressignificada com base nas proposições da psicanálise e, dessa forma, passamos a entender o procedimento de estimulação oral, que tem início durante a internação em UTI neonatal – período crítico, em que há risco de vida, como um momento em que a mãe, mesmo privada do contato com a criança *a signifie*. Em um caráter único que consiste em pôr em ato a suposição de sujeito no filho, bem como, o circuito de desejo e de demanda que desnaturaliza o corpo-organismo.

Nesse sentido, a experiência na qual eu e a mãe ficamos diante da incubadora do bebê, olhando-o ou, em outro momento, fazendo o procedimento da estimulação oral que, *a priori*, me servia⁶⁶ para “capacitar” o bebê a amamentação materna, permitiu-me apreender, pela escuta, que o discurso materno “recorta” o corpo do filho e alguns exemplos disso encontram-se nos enunciados: “*Os olhos dele(a) estão se abrindo, acho que ele(a) percebe que estou aqui*”; “*Será que ele(a) sabe que sou eu?*”.

E outras suposições vão se desvelando neste contato, em falas do tipo: “*Parece que ele(a) está gostando*”, “*Ele(a) sabe sugar como ele(a) suga forte!*”; “*Eu acho que quando ele(a) puder mamar ele vai pegar bem*” ou “*Ele é preguiçoso, demora para aprender*”; “*Será que ele(a) vai aprender mamar em mim..... ele(a) é tão pequeno será que eu consigo?*”. Por aí, vão sendo tecidas, a série de identificação, estabelecendo liames entre pais e filhos: “*Eu já*

⁶⁶ A conjugação do verbo no passado foi utilizada para insinuar que, se num primeiro momento como profissional o procedimento da estimulação tinha uma função motora no, entanto, pude observar que, em muitos casos, os bebês e suas mães se dão muito bem na amamentação materna sem que tenham passado pela experiência da estimulação oral. E atualmente sustento que tal gesto pode ser mais um recurso da introdução do *infans* no universo do discurso materno. Retomaremos este ponto brevemente.

percebi que ele(a) reconhece a voz do pai ... mesmo chorando... quando percebe que o pai dele está ali, ele se acalma”.

O ser humano é, primeiramente, aquele que se aliena à imagem do “outro”, em uma série de identificações ideais e, é graças a essas identificações que a criança entra na “paixão de ser um homem”, de se acreditar um ser humano. Fingermann (2005) trata, também, da lógica e das conseqüências estruturais da organização psíquica, a partir do princípio da identificação, como o recurso humano que se instaura na/pela relação com o Outro, um momento de assimilação da dimensão radical em que consiste o sistema simbólico como substituto da *primeira experiência de satisfação*. O que causa a identificação é a satisfação inalcançável de algo no corpo que não se representa, mas que pulsa, impondo, assim, a busca que irá funcionar como causa para a promoção de inscrições, substituições, derivações, desvios possíveis pela via significante, das representações pulsionais, que são parte da constituição do sujeito.

Segundo Laznik (1997), no Seminário sobre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, Lacan irá marcar o sujeito pulsional como aquele que advém do laço de assujeitamento ao Outro real, instaurando a alienação na dimensão real em que o *infans* “se faz ver”, “se faz ouvir”, “se faz comer”. O *infans* se oferece à mãe, ao grande Outro, como objeto imaginário do falo, para proporcionar-lhe a satisfação completa, sob a forma de engodo. E tal assujeitamento tende a dar ao corpo do *infans*, por meio do enodamento possível com a dimensão imaginária da alienação, acesso ao estádio do espelho, que implica a constituição do eu na imagem especular ao semelhante. Apesar da sua “impotência motora” um corpo desprovido de qualquer maturidade suficiente para lidar com a sobrevivência, advém como “Um”. Que é justamente o que a partir do ensino lacaniano é instituído sobre a questão da identificação – fazer Um a partir do Outro.

O estádio do espelho é uma experiência evocada por Lacan (1949/1998, p. 97) como a matriz da constituição do “eu” (moi), em que a criança se encontra numa posição que envolve todas as suas funções, aí compreendida: a função motora e a função postural – comparece no/pelo agenciamento materno. Portanto, é válido destacar que a mãe, enquanto agente, apesar da desarmonia da prematuridade, pode antecipar e preencher as funções deste sistema imaturo que irá designá-lo na função de “mamar”, sustentando uma sintaxe em que a criança se antecipa, tão somente, pelo discurso que se deu ao seu entorno. É neste sentido que insistimos na conjectura de que a ação do corpo do *infans* não é propriamente motora, mas trata-se de uma ordem em que o corpo se encontra tomado por uma estrutura que é falada.

Sobre este aspecto cabe acrescentar a noção do transitivismo, conceito este dedicado na obra de Bergès e Balbo (2002), intitulada “*Jogo de posições da mãe e da criança*”, como uma lógica que se dá, também, entre a mãe e o filho, e que irá permear o processo de identificação do *infans* na medida em que tal operação produz como efeito o assujeitamento ao Outro primordial, precipitando-se como “eu”. Podemos dizer, segundo os autores, que na perspectiva da mãe, ela mesma, por meio do discurso, articula em referência ao seu próprio afeto⁶⁷ – o real do organismo. Quando se dirige ao filho, o introduz na dialética simbólica, porque constrói a hipótese de um saber nele, saber em torno do qual seu apelo vai circular, para ela retornar sob a forma de uma demanda; demanda que se supõe ser a de uma identificação de seu filho ao discurso que ela lhe dirige. Essa circulação descreve um processo que tem relação com o acesso ao simbólico. Esse processo passa necessariamente pelo corpo, porque ele é o lugar de receptação por meio do qual o mundo toma forma e consistência para a criança, não somente, por provê-lo com o corpo imaginário, mas também como corpo de linguagem.

Devemos sublinhar que o discurso transitivista, posto em ato pela mãe, integra o filho ao simbólico, na medida em que ele é “obrigado” a levar em conta os afetos que ela nomeia para designar as experiências dele em referência às suas próprias. O sujeito vai experimentar, num efeito de espelho, o que foi suposto por um outro e, possa lhe “contar” a partir de uma operação lógica a qual implica a causação do sujeito.

Para situar tal afirmação, esclarecemos que o ponto raiz da dialética do sujeito é o Outro, como lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo. Dependemos do campo do Outro que estava lá, antes que viéssemos ao mundo, e cujas estruturas circulantes operam como o contar de nossa história para que *a posteriori*, possa ser contada por nós mesmos. Afinal, o campo da linguagem, para dizer o termo, os significantes organizam de modo inaugural as relações humanas e, portanto, “*antes de qualquer formação do sujeito, de um sujeito que pensa, que se situa aí - isso conta, é contado, e no contado já está o contador*” (LACAN, 1964/1998, p. 26).

É, portanto, na esteira destas reflexões que a família, em especial a mãe, constitui-se como ato estruturante da dimensão subjetiva do ser vivo, a saber, o bebê prematuro. Insisto, porém, em um passo: tradicionalmente na Fonoaudiologia tem-se como equivalente a estimulação motora-oral voltada à alimentação oral como uma prática objetiva legitimadora

⁶⁷ A competência simbólica do discurso da mãe se dá na medida em que este testemunha a existência da função paterna. Retomaremos esta questão em momento oportuno, considerando a relevância de tal conceito para o presente trabalho.

de uma “atividade profissional”. Faço outra suposição, entendo que esse procedimento é “lugar” de interpretação do corpo do bebê na medida em que a criança toma consistência, a partir do sentido que lhe é conferido pela fala. Trata-se do lugar no qual o “organismo” está inserido em uma realidade psíquica, e localizado no campo discursivo de alguém que possa lhe tomar como filho.

Retomando o funcionamento hospitalar, mais precisamente o que nomeamos como o **primeiro tempo** da estada do bebê e sua mãe e as orientações que regem o funcionamento da Unidade Intensiva Neonatal. Podemos dizer que se estabelece em regime de plantão médico e enfermagem, que não só garante atendimento de 24 horas ao bebê, como também à sua família.

É interessante destacar que para implementar este Programa de atendimento à criança prematura e sua família, instituiu-se uma *equipe multiprofissional*: médicos, enfermeiras, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, profissionais especializados no controle de banco de leite humano, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta.

A equipe, acima referida, com o apoio da Instituição, organiza as rotinas de atendimentos e se empenha em proporcionar infra-estrutura suficiente para que as mães, enquanto *moradoras temporárias* do hospital tenham hospedagem, recebam refeições e, na medida do possível proporciona transporte de retorno a casa e também para lazer.

Interessa-nos, portanto, dizer que, na unidade hospitalar, a participação da mãe acontece, inicialmente, apenas nos horários em que ela está em visita ao filho. Com a melhora clínica do bebê, passa a ocorrer, por influência da equipe, durante todo o tempo, dia e noite. As mães, assim, ocupam-se de seus filhos em todos os horários de alimentação. É certo que algumas mães resistem: nesses casos, insiste-se, argumentando que a recuperação de crianças é sempre mais rápida quando as mães delas se ocupam. A amamentação materna, segundo o preconizado, é iniciada assim que o bebê estiver em condições clínicas favoráveis⁶⁸ – nesse momento, solicita-se a permanência definitiva da mãe até a alta hospitalar.

Convém ressaltar, também, que o funcionamento hospitalar no gesto de solicitar a presença da mãe junto ao bebê marca, dentre outras, uma posição de sustentar naquele corpo-organismo, um ser semelhante e, portanto, faz *suposição de sujeito* no bebê. Acredito que o fato da instituição amparar, por meio dos cuidados médico-hospitalares, garantidos pelo seu próprio funcionamento hospitalar, bem como, supor o bebê como sujeito, no gesto de demandar, muitas vezes, exercendo a autoridade de convocação da presença materna para

⁶⁸ Quando já houver maturidade do sistema gastrointestinal; do sistema respiratório e do sistema motor-oral. Retomaremos este ponto em momento oportuno.

melhor e mais rápida recuperação do bebê – impõe a sua lei. Podemos dizer que, de alguma forma, produz-se um espaço que convoca a mãe a exercer a função materna.

O que se sobressai nesta prática, é que tal disposição da instituição pode servir de suporte à mãe no sentido de dar-lhe consistência imaginária para que possa encarnar o Outro primordial.

Disso decorre outro apontamento, concernente aos efeitos do nascimento prematuro de um filho para seus pais, fato que não tem um sentido único, muito menos generalizável, já que é absolutamente particular a maneira como se encerra o filho na rede significativa desses pais. Entretanto, de fato, a situação “bebê prematuro” apresenta particularidades. Em um primeiro momento, há *risco de vida*, uma criança que a olho nu está mal acabada, ou seja, o seu corpo não teve tempo de completar-se, de constituir seus acabamentos. Um corpo que sem os sofisticados procedimentos e equipamentos da medicina não teria nenhuma chance de funcionar fora do ventre materno.

Quando se dirige o olhar a essa criança o que se impõe aos olhos são os equipamentos, já que é necessário um arsenal acoplado ao seu corpo e que acaba por apagar a sua existência. A primeira vista não é possível reconhecer, ali, uma criança. Tudo é muito incerto, só o passar do tempo pode trazer algum indício da vida.

Para além dessas pontuações há outra articulação que merece estar inclusa, trata-se do estatuto dado à criança estar determinado por uma posição de referência na qual se deposita a incidência da formação imaginária do ideal parental. A criança é constituída pelo olhar parental sob a dimensão narcísica que a singulariza, atribuindo-lhe valores. Tal dimensão imaginária, que confere à criança um ideal, é fundadora de sua subjetivação. Dito de outro modo, o corpo real, no que diz respeito à prematuração orgânica do neonato, é obliterado pela imagem unificadora do corpo a partir das identificações imaginárias, ao desejo do Outro parental. Este contexto merece uma reflexão de Freud, no texto “Introdução ao narcisismo” no qual destaca que o “amor dos pais” para com o filho, nada mais é senão o narcisismo deles mesmos renascido, transformado em “amor objetal”:

Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução do seu próprio narcisismo[...], eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho [...], e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. Além disso, sentem-se inclinados a suspender em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais, seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar [...]A criança terá mais divertimento que seus pais, ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconhecem como supremas da vida. (FREUD, 1914/1996, p. 97).

Desta maneira, a perfeição atribuída ao filho funciona como um renascimento do narcisismo abandonado pelos pais, o amor pela imagem de si mesmo. A criança é, então,

herdeira de toda satisfação possível, no entanto, não podemos deixar de destacar que o corpo real, enquanto organismo, não é sem importância. Ele não deixa de opor algumas resistências a essas identificações imaginárias e simbólicas e às manipulações diversas que elas podem induzir na relação parental com o filho. Portanto, nos é permitido pontuar que o nascimento prematuro de um filho impõe uma dinâmica entre pais-bebê, muitas vezes, pela via do risco de morte, doença, deficiência com os quais se deparam no nascimento do filho, encontram-se diante do conflito entre o nascimento e a morte, podendo desdobrar-se em uma certeza insuportável. É nesse sentido que a possibilidade da instituição hospitalar supor que o bebê depende dos cuidados de sua mãe para se recuperar, pode ocupar um lugar estrutural para a constituição da parentalidade.

Sobre o que circula enquanto instituição hospitalar observamos que se, por um lado, institui-se a suposição de sujeito ao bebê, por outro lado, ainda a partir do seu saber, imprime uma referência constante a um modelo de mãe-ideal. Portanto, quando, por alguma razão, há recusa em atender e/ou se submeter ao funcionamento estabelecido pelas normas do Programa Mãe-Canguru, o discurso veiculado pela Instituição é o de “falta de vínculo entre mãe e filho”, já que a concepção de vínculo está assentada no argumento de que a recuperação e a posterior qualidade de vida do bebê estão referenciadas a alguns requisitos outorgados como benéficos. Estou me referindo aos quesitos os quais o Programa Mãe-Canguru está assentado, como por exemplo, a necessidade da amamentação materna exclusiva, a posição canguru pelo maior tempo possível. Entre outros aspectos considerados essenciais para a formação do vínculo – a concepção de amor, o qual é balizado pela medida da presença constante da mãe e os seus esforços e disponibilidade para preencher as necessidades do bebê.

A experiência tem mostrado que a maioria das mulheres aceita o pedido de permanência na unidade hospitalar, que supomos aqui constituir-se em um ato que produz traços, os quais ordenam um texto capaz de ser suporte à legitimação da mulher como mãe. Podemos dizer que elas também aceitam sem poder avaliar a dimensão desta inscrição, o apelo forte da equipe hospitalar que aposta no ‘discurso’ de que a permanência materna institui o vínculo mãe-filho, bem como possibilita a prática do *aleitamento materno*, garantindo, assim, a *recuperação da criança*. Um raciocínio linear de causa-efeito que, a primeira vista, parece preencher todas as hiâncias, que justamente, são constitutivas do sujeito falante⁶⁹, contudo, trata da dimensão imaginária⁷⁰ que veicula nas bases teóricas do Programa Mãe-Canguru.

⁶⁹ Faço menção aqui sobre a noção de que advir como sujeito falante implica estar condenado a não coincidência entre o real e o simbólico. E, portanto, a primazia do significante em relação ao significado, deixando à deriva o sentido.

O segundo tempo da internação hospitalar, que corresponde ao da alta da UTI neonatal e a passagem para a Unidade Mãe-Canguru decorre de uma decisão médica sobre condição orgânica: mesmo considerada “criança de alto risco”, um termo que designa a condição de imaturidade orgânico-fisiológica de um ser que, pela interrupção da gestação, não pôde completar-se, e que nasce marcado, portanto, por essa, digamos, in-constituição (é prematuro; não- maduro para vir à vida). Ela já deve ter adquirido certa autonomia, ou seja, deve poder dispensar o apoio de equipamentos hospitalares (incubadora, ajuda respiratória, monitoramento cardíaco e respiratório). E, portanto, o bebê ganha outro estatuto, seu corpo já possui contornos suficientes para ser entregue aos cuidados de sua mãe. O ambiente difere daquele da UTI – neonatal: há leitos para as mães; o do bebê é o corpo de sua mãe que, através do contato pele-a-pele, ocorre o aquecimento do corpo do bebê. Além disso, a criança é mantida em posição vertical o que, além de proporcionar aquecimento, também favorece respiração equilibrada, evita riscos de aspiração de leite, e, diz-se, representa grande estímulo à amamentação e, sobretudo, ao estabelecimento do vínculo entre mãe-filho.

Com a finalidade de proporcionar uma estadia adequada às mães, e considerando que elas lá permanecerão por um tempo longo (até a alta hospitalar de seus filhos). Vale dizer que o tempo de permanência da mãe como acompanhante do seu filho depende do estado clínico do bebê, em média, as mães permanecem entre trinta e setenta dias nas dependências do hospital. Período esse que a mãe abandona a casa, o companheiro, outros filhos, sua vida social e tem que lidar com a rotina hospitalar, com os seus encargos enquanto mãe dentro da instituição, como garantir a amamentação materna, propiciar ao filho a metodologia Mãe-Canguru entre outros aspectos que são parte do modelo impresso na rotina da equipe hospitalar.

O Hospital de Assis procurou criar um “ambiente mais familiar”⁷¹. E se isto não for suficiente para a permanência da mãe, em nome da relevância que a presença materna

⁷⁰ O imaginário deve ser entendido a partir do registro do engodo que se estabelece na relação intersubjetiva. É o registro do eu, com o que comporta de desconhecimento, de alienação, de amor e de agressividade, na relação dual.

⁷¹ Entenda-se por “familiar” a implementação de certas medidas práticas: os leitos das mães são camas comuns; há criados-mudos e um guarda-roupa que é compartilhado entre elas. Existe uma sala com sofás, televisão e outra com mesa para as refeições. As visitas são liberadas a todos os membros da família e amigos, que podem permanecer na unidade nos horários determinados, com exceção dos pais que podem visitar suas esposas e filhos, sem restrição de horário, como já mencionado. As mulheres fazem atividades manuais como crochê, tricô, pintura, manicuro, cortes de cabelos. Essas são opções oferecidas para ocupar o tempo das mães na Unidade.

representa para o bebê, como recurso de emergência, concede-se a “liberação”⁷² de uma acompanhante junto a ela dia e noite dentro da Unidade.

A finalidade primordial da Unidade Mãe-Canguru ultrapassa o esforço de garantir a sobrevivência do bebê já que neste período a criança não apresenta risco de vida. Deste modo, o objetivo é levar a mãe a participar, de maneira ativa, dos cuidados com seu filho como: alimentação, as trocas de fraldas, os banhos, os medicamentos. A expectativa é que a mãe possa **aprender**⁷³ a lidar com a fragilidade orgânica do seu filho para que, após a alta hospitalar, ela já esteja apta a realizar os cuidados exigidos.

Parece-me que há, neste movimento institucional, a introdução de uma modalidade da função materna que deve estar a serviço de cuidados, muitas vezes, restritos aos denominados médicos, e uma ilustração deste apontamento são os cuidados acerca da alimentação. Pois, quanto à alimentação, estamos ainda frente a um bebê que apresenta dificuldade em ingerir a dieta suficiente para a sua nutrição e que exige cuidados específicos: a imaturidade do sistema gastrintestinal traz como risco chances do refluxo do leite e, portanto, de aspiração pulmonar e das tão temidas pneumonias; a imaturidade respiratória gera complicações como apnéias (cessação da atividade da respiração) e imaturidade no controle térmico, que promove perda de calor corporal. Nesse sentido, mesmo após a alta da UTI-neonatal, preconiza-se pela grande fragilidade do organismo do bebê que a mãe deverá habilitar-se para reconhecer sinais de risco em seu filho (mudança de coloração de pele, pausas respiratórias, perda do calor do corpo, regurgitação e diminuição de movimentação⁷⁴, para que o filho possa receber os cuidados hospitalares específicos. Quero dizer que apesar da Unidade Mãe-Canguru permitir uma maior aproximação entre mãe e filho, está no seu bojo também, que a mãe se encarregue dos possíveis riscos relacionados ao corpo orgânico e se especialize, portanto, em uma função “cuidadora”.

Este período em que as mães permanecem no Hospital é suficiente para que se acomodem à rotina hospitalar a ponto de *utilizar termos próprios do discurso médico*, familiarizarem-se com o funcionamento de equipamentos, com os procedimentos médico-

⁷² É conveniente dizer, que tal medida de liberar um acompanhante para garantir que a mãe permaneça no hospital é mais um recurso que produz o efeito “velado” de retirar qualquer possibilidade de escolha da mãe entre permanecer na instituição ou não.

⁷³ O termo “aprender” decorre da idéia assumida pelo Programa Mãe-Canguru que a prematuridade, da qual a criança está submetida pelo nascimento antes do tempo, possui peculiaridades que a mãe deve estar preparada para assumir, as quais, muitas vezes estão no registro das técnicas.

⁷⁴ Tais condições do bebê são consideradas pela medicina como sinalizadores de problemas e necessidade imediata de assistência médica.

hospitalares e, por vezes, incorporarem, como a experiência atesta, até uma “postura profissional” na relação com o filho⁷⁵.

Ainda quanto à alimentação, podemos dizer que tal função, na dinâmica hospitalar, configura-se por etapas. Em um primeiro momento, a alimentação do bebê é realizada por sonda e neste caso agenciada pelo profissional e, o avanço está em iniciar o alimento via oral⁷⁶, que em um segundo momento pelas peculiaridades que marcam a prematuridade, se dá pela amamentação materna associada pela complementação do leite utilizando-se do “copinho”. Posteriormente, quando a criança estiver em “condições clínicas favoráveis”, irá alimentar-se exclusivamente no peito de sua mãe.

A liberação da parte médica, no que concerne ao início da amamentação materna, está assujeitada por alguns quesitos como peso, idade gestacional, entre outros aspectos clínicos referentes ao bebê, bem como, da concomitância da estimulação motora-oral, momento que se supõe preparatório. Entretanto, o que encontramos na experiência clínica se opõe a este raciocínio causal, pois o que se observa, especificamente em relação ao procedimento fonoaudiológico, é a passividade do bebê frente aos “exercícios” orais, traduzida por: poucos movimentos de sucção, permanência em sono profundo, entre outros, não necessariamente diz do despreparo do *infans* para se alimentar oralmente. Já que é muito comum nos depararmos com o fato de que, quando sua mãe o toma no colo e apresenta-se como aquela que agencia, aquele bebê que não apresentava sinais de “ser”, naquele momento é capaz de mamar, em alguns casos, por um período longo de tempo, em sua mãe.

A subversão desta ordem pode ser alçada na afirmação de Lacan sobre a “posição zero”, em que a fase oral, se dá, única e exclusivamente, por intermédio da demanda do agente materno:

O sujeito constitui-se, originalmente e se completando no comando da voz, não sabe nem pode saber até que ponto é esse ser chapado no peito da mãe sob a forma de mamilo, depois de ter sido o parasita que mergulhava suas vilosidades na mucosa uterina, sob a forma da placenta. Ele não sabe, não tem como saber que o seio, a placenta, isso é a realidade do limite [...]. (LACAN, (1901-1981/2005, p. 328).

⁷⁵ A ideologia da mãe “cuidadora” tem relação com o imaginário acerca do que seria uma “boa mãe”. Muitas vezes é por este caminho que a mãe incide na relação com o filho e, acredito que tal fato deve-se à “novela familiar” à qual o filho está submetido.

⁷⁶ Como foi dito anteriormente, o Programa Mãe-Canguru tem como prioridade a amamentação materna, nesse sentido, uma de suas normas determina que está terminantemente proibido o uso do bico da mamadeira. Neste caso, até que a amamentação materna possa se estabelecer como modo exclusivo de alimentação da criança, é necessário complementar a dieta alimentar utilizando-se do “copinho”. Segundo tais recomendações, a utilização de um outro bico que não o da mama materna tem como consequência o fracasso da amamentação.

Note-se que o ser humano na condição de desamparo primordial carece de um saber que lhe possibilite encontrar o objeto acertado para sua satisfação. E para que possa ter acesso a algum saber que lhe permita realizar uma escolha de objeto, passa necessariamente pelo Outro, na medida em que é simbolicamente antecipado e imaginarizado do qual fica colocado passivamente porque não se encontra em condições de realizá-lo.

É neste sentido que proponho uma inversão no termo “condições clínicas favoráveis” para a amamentação materna. Ou seja, ao invés de privilegiarmos o raciocínio clínico direcionado para o corpo-organismo do bebê, e neste caso a figura materna está a serviço, por um lado em se alinhar às exigências da rotina hospitalar e, por outro lado, em acompanhar as condições maturacionais do corpo do filho. Portanto, ambas irão especificar como a mãe irá proceder em relação à alimentação do filho, assim, inverteremos tal relação. É pela “aposta da mãe que o seu filho tem condições de mamar” é que poderá operar a “condição favorável”.

No entanto, não podemos esquecer que tal proposição de resignificação está assentada sobre a noção de sujeito e, diferentemente, a rotina institucional está estabelecida sobre a base da condição orgânica do bebê prematuro. E, neste sentido, considerando o desencontro concernente aos dois registros, sujeito e organismo, para que possa fazer valer a concepção de sujeito, utilizo de dados da realidade orgânica. Ou seja, para a equipe médica proponho a seguinte consideração “não é preciso recear pela perda de peso e eventuais problemas respiratórios já que a amamentação materna apenas se estabelecerá se o bebê puder se “precipitar como aquele que mama”, caso contrário não se dará e, assim, recuaremos para a outra medida de alimentação apropriada”.

Penso que tal modo de enunciar traz, implicitamente, a inversão operada – a amamentação materna não se dá a partir do amadurecimento do corpo, mais ao contrário o corpo amadurece porque supõe o potencial para mamar. Em outras palavras, é o Outro quem sustenta um lugar para advir o sujeito.

O que se observa é que a amamentação materna está muito além de uma condição orgânica, já que o que permite a relação mãe-filho é a sustentação, pelo agente materno, da presença de um semelhante. A adoção desta perspectiva implica na particularidade de que o homem não é redutível ao ser de necessidade e, portanto, o que impera pela relação mãe e filho está para a ordem da demanda. Neste ponto, acredito ser oportuno, retomar o termo “investimento libidinal” que se configura nesta relação da mãe com o filho a partir do desejo do sujeito materno, a saber, o falo.

Vale trazer para a discussão, nesse momento, a formulação de Lacan (1956-7/1995, p. 83) sobre a relação de objeto no primeiro tempo da constituição subjetiva estabelecida entre mãe e filho.

o sujeito, que a satisfaz, porque é em princípio, o único depositário deste objeto do desejo da mãe [...] o sujeito se encontra numa posição que podemos qualificar, segunda uma certa perspectiva [...] sucessor do objeto materno primitivo com referência ao qual ele se torna, quanto a si, o objeto indispensável, e sabendo-se indispensável. Uma parte da vida erótica dos sujeitos que participam desta vertente libidinal está inteiramente condicionada pela necessidade uma vez experimentada, e assumida, do Outro, a mulher materna, na medida em que esta tem necessidade de encontrar nele o seu objeto, que é o objeto fálico.

Trata-se da identificação imaginária, uma operação em que o *infans* se identifica ao que falta ao Outro, e por ser unificadora, antecipa a estruturação constituindo o progresso – põe a funcionar o corpo do pequeno ser – demanda do Outro presentificada nos atos de cuidados da mãe para com o filho, cuja essência está atada pelo desejo. O que se evidencia pela experiência de alienação é o corpo numa forma primordial, na medida em que é ilusório e o sujeito aceita este engodo para satisfazer o desejo do agente materno e, portanto, almejando iludir esse desejo, já que é o desvio pelo outro que permite ao sujeito apreender-se como Um. Uma operação mítica e imaginária que pode sustentar a inversão se dá pela estrutura desejante do agente materno posto em ato pelo “dito”, pelo “proferido” que o corpo-organismo pode se sustentar como ser e se precipitar como aquele que “sabe mamar no peito de sua mãe”.

Eis o momento inaugural do sujeito, em um primeiro tempo da constituição subjetiva, “a estrutura da onipotência não está, contrariamente, ao que se acredita, no sujeito, mas na mãe, isto é no Outro primitivo”(LACAN, 1956-7/1995, p. 171) na ordenação da sintaxe do corpo do *infans* com um corpo imaginário. Entretanto, por trás desse todo-poderoso encontra-se a falta última, a que está suspensa a sua potência – “perceber um mais-além [...] a figuração da falta é suporte oferecido a algo que assume ali, justamente, seu nome, o desejo” (LACAN, 1956-7/1995, p. 168) desde que o sujeito perceba esta falta que o faz, o objeto que espera esta onipotência, a ele mesmo faz impotente. É esta falta que articulará a dialética dos três objetos (criança-mãe-falo) ao quarto tempo que os abrange, ligando-os na relação simbólica, a saber, o pai. A entrada da função paterna, operação estruturante para advir o sujeito, que articulará o corpo ao simbólico⁷⁷ pela lei.

⁷⁷ Trata-se dos “tempos” da constituição subjetiva a qual iremos tocar ao longo do presente trabalho.

Retomaremos o contexto do HRA. Sob o ponto de vista institucional, a amamentação está articulada a um modo ideal de alimentação do bebê, é imprescindível, que a mãe amamente (exclusivamente) o seu filho e que permaneça em posição-canguru com o bebê o maior tempo possível. É preciso dizer que o desempenho de crianças prematuras na amamentação pode ser frustrante, já que elas não fazem contato ocular, demoram muito para mamar e, entre uma seqüência de sucção e outra, elas usualmente acabam adormecendo – é bastante comum que em alguns horários de alimentação a criança permaneça dormindo, apesar das tentativas maternas para que mamem. Desse modo, a amamentação é exigente e exaustiva porque demanda horas de dedicação da mãe, que deve permanecer alerta e disponível para alimentar o filho (dia e noite).

Problemas surgem quando há dificuldades no estabelecimento da prática da amamentação e da posição-canguru, a mulher é considerada (tanto pela equipe, quanto pelas outras mães) como uma mãe negligente, que não exerce bem a sua função. E, ao contrário, as mães que amamentam e não se opõem a ficar na posição-canguru são valorizadas por todos e ganham o destaque e liderança – são “boas mães”⁷⁸.

Um dado que merece ser destacado é que o não estabelecimento da amamentação se dá geralmente, em uma situação de embate, entre mãe e equipe. Ou seja, a introdução da mamadeira como substituto do aleitamento materno ocorre quando nenhuma medida da equipe é suficiente para apaziguar a tensão da mãe para com a alimentação do filho e, tal situação produz como efeito explícito o enunciado de “incompetência”, tanto em relação à mãe quanto à equipe.

Por parte da mãe, de alguma forma, se assim podemos dizer, não pôde sustentar a amamentação no exercício da maternidade e, neste caso, o débito com relação ao discurso dominante, de que a amamentação materna é o melhor alimento para o filho e ela não foi competente suficientemente para garantir ao filho. Da parte da equipe, tal desdobramento é tomado como uma falha da atuação profissional segundo os preceitos que sustentam o Programa Mãe-Canguru, bem como o imaginário de que tal fracasso também está relacionado à falta de dedicação da mãe para com seu filho, já que foi ela quem não se esforçou para alcançar o objetivo, a saber, a amamentação materna.

Podemos dizer que é na função da fala do sujeito se realiza o seu próprio desconhecimento daquilo que foi um efeito significante que se fundou na relação com o

⁷⁸ A adoção da metodologia Mãe canguru implica o cumprimento de suas normas para alcançar a meta que é o aleitamento materno e o “vínculo mãe-filho”. A falta de cumprimento dos seus preceitos por parte da equipe se traduz em uma equipe “despreparada” e a falta de cumprimento dos seus preceitos por parte da mãe se traduz em uma “má mãe”.

Outro, isso fala dele, uma vez que é a ordem simbólica que, pela linguagem, fundamenta a articulação do desejo humano. Encontramos uma indicação na afirmação de Leite (2005, p. 164) sobre a ética da diferença em que aponta para a vertente que queremos imprimir:

Diferentemente de um discurso sustentado por um sujeito universal e abstrato, trata-se de insistir em um discurso que não elida a responsabilidade daquele que fala, por seu próprio dizer. Importa observar que esse gesto **não se reduz a mais uma egra protocolar.**

O que está em questão no discurso sustentado pela regra protocolar é o raciocínio por oposição “bem” e “mal”, “gosta” e “não gosta”, “esforçada” e “ausência de esforços” e, portanto, posto em causa a ética da moral em que a referência à sanção na direção de uma tendência que engendra um ideal da conduta. É o dever que se apresenta como um sentimento imediato de obrigação e, a justificação do dever, não é simplesmente um mandamento específico, mas sua forma imposta encontra-se constituída pela relação imaginária.

Vejamos a propósito do que Lacan (1901-1981/2005, p. 43-44) formula a respeito do sistema das significações das relações inter-humanas:

Na relação com seu semelhante, na relação a dois, na relação narcísica, há sempre para o sujeito algo esvanecido (apagado). Ele sente que é o outro, e o outro é ele [...]. Ali onde a imagem especular é aplicada ao máximo, o sujeito não passa do reflexo de si mesmo.

Tais reflexões nos levam aos mecanismos imaginários do laço social, experiência de desconhecimento e de ilusão que abre um espaço de ficção na relação de miragem do sujeito com sua imagem, pois mascara a verdade da sua profunda divisão. Em que o homem narcísico entra na relação pela reatualização de uma posição na estrutura significante, a saber, um lugar enunciativo.

O “eu” está no campo do narcisismo, no registro das identificações imaginárias, identidade constituída em função do olhar do reconhecimento do Outro primordial, descrita por Lacan no texto “O estádio do espelho como formador da função do eu” (1949) advertindo que o filhote humano, no primeiro momento da constituição subjetiva, se ordena pela suposição do Outro que lhe confere uma imagem global e unificada de si. Trata-se de uma imagem idealizada, pela qual o sujeito se identifica com base nesta identificação primordial.

Ainda neste texto Lacan (1949/1998, p. 100) destaca que essa dialética temporal “marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental” e, portanto,

depreendemos que tal imagem-idealizada não é superada na linha do tempo enquanto constituição, mas atualizada *a posteriori* na condição de sujeito do inconsciente.

O advir do sujeito dá-se a partir da dialética instaurada pelo corte simbólico da relação primordial em que o desejo advém, além da demanda, como falta de um objeto para sempre perdido. É, portanto, pela operação de separação, pela entrada da lei da linguagem, que o sujeito falante, está condenado à divisão subjetiva. Dito de outro modo, retirado da falta no tempo anterior (identificação imaginária) é colocado em falta no momento posterior (separação), por meio do qual o sujeito reencontra no desejo do Outro a sua equivalência ao que ele é como sujeito do inconsciente, fundando, assim, o automatismo de repetição que reproduz o fracasso do sujeito na apreensão do objeto perdido. Por isso a frase célebre de Lacan “o desejo do homem é o desejo do Outro”, desejo este, que no percurso subjetivo é recalçado pela dimensão real instituída pela lei.

Deslocamos tal concepção teórica para o funcionamento institucional no intuito de marcarmos que, menos do que uma ideologia comportada pelo que apregoa o Programa Mãe-Canguru, o que depreendemos da fala de um sujeito é o afeto que lhe constitui como sujeito do inconsciente. Mesmo que de forma preliminar, acredito que seja importante sinalizar sobre o que está em pauta na relação entre profissional e mãe, pois não se trata de uma relação intersubjetiva, uma vez que tanto um como outro estão referidos ao grande Outro e, neste caso, o que está em jogo muitas vezes, na conduta profissional sobre a mãe, é o endereçamento da atualização de seu próprio mito. Uma projeção de ordem imaginária que barra a possibilidade de avançar em um manejo que auxilie o exercício da função materna trata-se, de uma relação narcísica, uma relação imaginária que constitui o Eu.

Cabe-nos dizer que está admitida no discurso a dimensão do não-idêntico e, portanto o papel decisivo do sujeito do desejo na constituição do falante relacionar **estimulação (pela equipe) → investimento materno → aleitamento → ganho de peso → alta hospitalar** em uma sucessão causal pode falhar em cada par-segmento dessa seqüência. O inesperado joga sua parte aí, apesar de todos os esforços. Em outras palavras, mesmo com todo o vigor da equipe em promover a amamentação materna, esta não se estabelece, já que a natureza deste processo está submetida à ordem psíquica e neste sentido os desdobramentos estão sobredeterminados.

Sobre o discurso materno, inúmeros motivos são postos pela mãe para justificar a dificuldade da amamentação: “ele não acorda para mamar... e quando acorda mama um pouco e logo dorme”; “ele mama, mama, mama em mim e não engorda... eu tenho pouco leite”. Sobre os dados concretos algumas vezes, mesmo que o bebê mame bem e bastante

em todas as mamadas segundo avaliação da equipe, nem sempre há o ganho de peso. É freqüente ouvir comentários e queixas como: “*O que estou fazendo de errado?*”; “*quanto tempo ainda vai levar?*”; “*eu não posso mais fazer planos!*”; “*meu filho é lerdo... parece o pai!*”; “*ele demora... eu não sabia que era assim!*”; “*eu sei que ele não tem culpa... tadinho ele é tão pequenininho!*”.

É interessante notar que a dificuldade no estabelecimento da amamentação é permeada explicitamente por um discurso materno, se assim podemos dizer, de um desencontro com o filho, os dizeres giram em torno de queixas – “*ele (a) não acorda para os horários de alimentação... e quando acorda o que ele(a) mama é insuficiente*”, “*parece que ele(a) não gosta de mamar em mim...às vezes está chorando de fome coloco no peito ele(a) dorme*”, “*eu acho que o meu leite é fraco*”.

Problematizar tal situação implica deixar-nos interrogar para o que está em causa e, portanto, considerar que tais questões, apenas podem se articular na/pela demanda de cada sujeito em particular. Na amamentação, não se trata de garantir que o bebê tenha satisfeito a fome, nesse ato de escolha do outro, bem mais do que como fornecedor de suprimento de necessidades vitais do neonato, importa o posicionamento deste ser numa rede simbólica do Outro primordial. Um primeiro momento da constituição subjetiva em que a criança em estado de prematuração extrema depara-se com “os objetos da satisfação da necessidade, oferecidos numa certa gratuidade, onde a criança recebe algo que apazigua a tensão, permitem à criança alojar-se em uma posição de alienação plena” (VORCARO, 1997, p. 74) e, neste sentido, é investida pelo agente como signo de seu desejo. O *infans*, nesta operação, é identificado como ser em falta e imaginariamente é colocado pelo agente materno como se estivesse completando a sua própria falta e, portanto complementando um ao outro. Nestes termos se o discurso materno comparece pelo “descompasso” entre a mãe e o filho, podemos dizer que estamos frente à rede que tece a pré-história do *infans*, nos referimos à estrutura e, portanto, o seu discurso, menos do que transmitir o “comportamento” do filho, revela a posição subjetiva da mãe no encontro com o real⁷⁹ do filho.

E, neste caso, os cuidados dispensados ao filho como: a alimentação, as trocas de fraldas, o banho e até mesmo o apaziguamento da tensão manifestado pelo bebê, geralmente, no choro, funcionam nesta relação como formulação da demanda e do desejo. Dito de outro

⁷⁹ O real é tomado aqui tal como é introduzido por Lacan para designar o que se produz como resto da operação de inscrição do vivente com o simbólico e, portanto, na realidade, o encontro com este registro se dá, a não ser com a forma de um encontro, que desperta o sujeito de seu estado ordinário. Definido como impossível, aquele que não pode ser simbolizado e que não cessa de se inscrever (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

modo, são efeitos de sentido em que a especificidade da presença do bebê no campo de experiência do agente materno se articula à posição que ele ocupa na rede de sentidos que antecede a sua existência. Não se trata aqui, portanto, de uma “necessidade” posta pelo corpo-organismo, mas pela significância atribuída pela mãe a este corpo.

O que se apresenta é a antecipação, em que as ações meramente reflexas do corpo são transformadas pelo discurso materno em pedido, suposição que permite a resposta ao pedido formulado por ela mesma, inscrevendo-se aí a marca da linguagem. Ocorre um funcionamento que registra a impossibilidade de coincidência entre o que se diz e o significado que o representaria, não há concordância entre o que se intenciona dizer e que outro entende do seu dito.

“O Outro, que só pode oferecer significantes, não sabe responder-lhe, porque para o Outro também falta e neste sentido não é capaz de prover plenamente ele só tem substitutos” (VORCARO, 1997, p. 80).

O que equivale a dizer que diante das situações da realidade com o filho em que, a primeira vista, a mãe irá, a partir de seu “saber”, atender às necessidades do filho. Trata-se de um saber faltoso e, portanto, uma impossibilidade de manter a satisfação. Um furo organizador na estrutura, postulado fundamental da psicanálise, o que implica que aquilo que poderia dar satisfação ao sujeito é perdido desde sempre como condição necessária ao desejo, que por definição é insatisfeito

O que se quer marcar é que o agente materno, por estar submetido à ordem da linguagem, não é capaz de prover plenamente, só tem substitutos – os significantes. Neste caso, as eventuais dificuldades maternas não devem ser tratadas sobre o eixo das rivalidades, já que o que está em pauta não é a correspondência das expectativas entorno do “ideal”, mas de como a mãe enquanto encarnação do Outro primordial pode retirar o neonato de suas insuficiências e possibilitar o seu vir-a-ser.

No que tange à atuação fonoaudiológica, vale ressaltar que o meu posicionamento profissional difere dos profissionais considerados da área da Saúde, a qual eu deveria estar inclusa, que se ocupam dos aspectos orgânico-fisiológicos e dos encargos sobre rotinas hospitalares que a mãe deve cumprir (tempo de cada alimentação do dia, ganho de peso, horário de medicamento, horário do banho, posição-canguru). Diferentemente de outros membros da equipe, sento-me próxima à mãe e espero pelos seus dizeres, procuro ouvir o que tem a dizer e auxiliá-la caso tenha alguma dificuldade na alimentação do bebê ou contornar eventuais problemas na aceitação de normas hospitalares.

Dessa minha disposição para com as mães parece decorrer outro movimento na relação fonoaudióloga-mães. Escuto as histórias que afloram em seu percurso e permanência no hospital: o que dizem da evolução de seu filho, relacionadas à alimentação, lentidão no ganho de peso, choro e, também, seus dizeres sobre suas histórias de vida que vão se tornando cada vez mais constantes no decorrer de nossos encontros.

Nesse período, nomeado como **segundo tempo**, localizado na internação da Unidade Mãe-Canguru, ocorrem mudanças no estabelecimento da relação entre a fonoaudióloga e a mãe, já que ela – a mãe – fala mais de si e de sua vida com a fonoaudióloga e, com isso, a experiência hospitalar começa a ser ultrapassada por outras conversas, até então reprimidas: a gestação não planejada, os problemas conjugais, a ausência do companheiro, a morte do outro filho. A mãe se apresenta, apresenta a família e mostra o cenário em que o filho está incluído; a mãe, neste momento, se mostra não como “agente cuidador”, mas como sujeito.

A experiência de relação estreita entre mãe e fonoaudióloga é constituída pelas visitas diárias a ela e seu filho na Unidade. Se assim posso dizer, minha oferta para ela, ainda no Hospital, é outra. O que se aposta neste sentido é que a resposta do *infans* às circunstâncias está sobredeterminada pela operação de desejo e demanda do Outro, do qual dependerá a constituição da subjetividade.

E é por esta vertente que aqui problematizaremos a experiência profissional, bem como do que dela advém. Posto que daí, o que se depreende são os movimentos lógicos da constituição do bebê e de sua mãe.

Para que nos aproximemos da dimensão clínica, ainda durante o período de internação, traremos um recorte da experiência, trata-se de M. um bebê do sexo masculino, J. sua mãe e A. seu pai.

M. nasceu com 28 semanas gestacionais, e com 900grs, considerado pela clínica médica como prematuro extremo. No entanto, foi um bebê que apresentou avanços rápidos na sua condição clínica. Em pouco tempo já respirava sozinho sem o auxílio do respirador, não apresentou infecções e, permanecia em UTI apenas porque era muito pequenino. O que chamava atenção da equipe é que raramente M. recebia a visita de seus pais e o que incomodava é que M. já se apresentava, dada as suas condições clínicas, como alguém que já poderia ter a mãe por perto. No que diz respeito aos reflexos motores orais, mesmo sendo prematuro extremo e segundo a literatura específica não deveria apresentar habilidades para tal, ele sugava durante as estimulações orais por longos períodos, com intensidade forte, permanecendo acordado durante este tempo. E foi neste contexto que, por contato telefônico, iniciou-se o pedido para que J. viesse ficar com M. no hospital.

Apesar de ter dito pelo telefone que viria na próxima semana porque estava se empenhando em organizar a vida das suas outras duas filhas com as idades de 8 e 10 anos, já que ficaria ausente por bastante tempo, não compareceu.

Neste meio tempo, considerando as ótimas condições clínicas de M., ele foi transferido para a unidade nomeada Cuidados Intermediários, e deu-se início à alimentação oral, utilizando-se do “copinho”. Novamente foi feito contato com J. para informá-la sobre as novidades de M. e também avisá-la, inclusive, que neste momento, era possível a transferência para Unidade Mãe-Canguru, posto que o avanço para a alta hospitalar estava na dependência do estabelecimento da amamentação materna e do ganho de peso de M.

Ainda, depois de alguns dias, chegaram no hospital J. e A., um casal bastante simples que reside em um sítio há aproximadamente 80 km da cidade de Assis. Contaram que tinha sido difícil organizar os cuidados das filhas em casa, mas que agora iria se ocupar de M. porque sabia que ele precisava dos cuidados dela.

A mãe recebeu as informações de que na Unidade Mãe-Canguru, apesar de haver durante todo o período o profissional da enfermagem para o seu auxílio, será ela quem se encarregará dos cuidados do filho. Quanto à alimentação, diferentemente do previsto, dado que M. era bastante voraz para se alimentar e apostávamos no bom êxito da amamentação, J. dizia que não conseguia amamentar M. E aí começaram os esforços da equipe em “ensinar” à J. “como” amamentar, a partir de algumas técnicas preconizadas por esta área, a saber: a postura corporal, a posição em que deve ficar a boca de M. na mama, os horários de dar de mamar, enfim, uma avalanche de dizeres profissionais na tentativa do estabelecimento da amamentação.

Por parte de J., o que vinha como resposta às posturas, muitas vezes, incisivas dos profissionais, constituía-se em uma “aparente” permissão, pois ela não se recusava a participar do que cada membro da equipe acreditava poder oferecer, entretanto, não havia êxito, porque M. não mamava.

Sobre a intervenção profissional, é interessante notar que a mãe fica submetida durante todo tempo da internação às intervenções técnicas e, também às intervenções discursivas, dos diferentes profissionais que compõem a equipe do atendimento materno-infantil: psicóloga, fonoaudióloga, enfermeira, auxiliar de enfermagem, profissional do banco de leite humano, terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta. O que é oferecido por parte dos profissionais, na maioria das vezes, resume-se a “conselhos” sobre a importância da amamentação. Este modo de funcionamento do serviço traz, na maioria das vezes, uma condição de dificuldade por parte da mãe em optar por um modo de lidar

com o filho, principalmente no quesito amamentação. As queixas são enunciadas assim: “eu não sei o que fazer... cada um que chega aqui fala para eu fazer de um modo... eu me sinto muito confusa com isto”

Em alguns horários em que eram feitos os manejos, M. permanecia em sono profundo, em outros, chorava tanto que não era possível dar continuidade aos procedimentos. Então, sem alternativas, já que “fazer-se mamar” não se constitui um mecanismo regido pela técnica⁸⁰, desistia-se, obrigando a mãe alimentar o filho utilizando-se do “copinho”⁸¹. Sobre os dizeres de J. o que aparecia eram justificativas do tipo: “eu não tenho mais leite”, “parece que ele não gosta de mamar em mim” e o dizer mais recorrente é que “eu não consegui amamentar nenhuma de minhas filhas e acho que com M. não será diferente”.

Em um determinado momento desta dinâmica, J. começou a dizer que M. dormia profundamente nos horários da alimentação e não aceitava nem mais o leite pelo copinho, chegou períodos em que M. passava até dois horários de alimentação sem “comer nada”. Por motivos do próprio trabalho dentro da instituição, não estava acompanhando diariamente este caso, no entanto, quando tal fato se impôs, a pergunta que emergiu da equipe foi: “– M. não mama mais, será que ele não sabe mais sugar?”. E neste contexto fui convocada para dar o parecer fonoaudiológico acerca da condição motora oral de M.

Dos poucos contatos que tivera com J., anteriormente a este episódio, porque depois disso passei a acompanhar diariamente o caso, esta aparentava certa passividade no seguinte sentido, seu discurso se assentava em uma circularidade acerca de suas justificativas em relação à alimentação de M. e, quando na tentativa de avançar para outros sentidos, por exemplo perguntando: “O que será que M. quer dizer quando ele não come nada?”, “O que você acha?” “ O que você quer para ele?”. Esclarecemos aqui, que tais questões se fazem presentes enquanto convocação à J. em como M. está implicado na rede simbólica que o antecede.

Recorrendo aos fragmentos da experiência clínica, as minhas questões – “O que é M. para você?” –, à primeira vista não surtiram efeito nenhum sobre J. e figurava junto a este modo de presença, uma “monotonia” expressada pela voz de J., não havia mudanças de tom ou de intensidade mesmo nas situações de conflitos seja com M. seja com os profissionais da

⁸⁰ Insisto na desnaturalização da concepção do “mamar”, um ato motor a ser aprendido pelo bebê, mas em uma realização no *infans* sob a modalidade de objeto do desejo do Outro primordial.

⁸¹ O “copinho” como instrumento para alimentação do bebê é um recurso utilizado como tempo de transição do aleitamento materno exclusivo. Tal recurso é uma medida do Programa Mãe-Canguru porque segundo os preceitos vigentes a utilização da mamadeira traz como consequência o não estabelecimento da amamentação materna.

equipe. Cabe aqui, portanto, a consideração sobre o que restabelece a condição insuficiente do filhote humano: “O organismo humano é, a princípio, incapaz de levar a cabo essa ação específica. Ela se efetua por meio da assistência alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é atraída pelo estado em que se encontra a criança” (FREUD, 1895/1987 p. 52).

A referência à inoperância dos instintos, ao reconhecimento do objeto de sua necessidade, marca a operação de identificação instaurada pelo agente materno no ato de significar e responder às necessidades, desde sempre transmutada em demanda, pela relação do *infans* com o objeto de desejo da mãe. Como afirma Freud (1895/1987), o primeiro Outro da criança, sua mãe, é aquele que produz alteração no mundo externo para garantir o vivo.

A hipótese que depreendemos dos fragmentos da cena clínica, é a de que provavelmente haja uma conjunção entre o “comer nada” de M. e o movimento de J. que qualificaremos aqui como uma “aparente insuficiência” materna para dar rumos, dentre outros, à alimentação do filho. Foi em um dado momento do impasse, em que não havia nenhum dizer de J. em relação a como deveria se seguir com a alimentação de M., é que tomei a iniciativa de propor à J. a introdução da mamadeira e, concomitantemente, pela insistência da questão: “O que você quer para M.?”

A sugestão do uso da mamadeira veio de minha parte como uma tentativa de introdução de um elemento na cadeia significativa que permeia a relação de J. e M., incluindo M. como “aquele que mama”, na medida em que é o Outro que atua como função vicariante das funções da criança ligada ao real orgânico.

Em resposta à questão “O que é M. para você?”, J. fez uso da palavra, em um primeiro momento, do mesmo modo, a partir de um discurso articulado no qual repetia a justificativa da recusa de M. em não mamar no peito, bem como, a entonação de voz que não marcava nenhuma diferença, mas em um determinado momento traz um dado novo: “*Eu acho bom a mamadeira, mas o pai dele não vai achar... porque ele me fez prometer que ia amamentar M., ele é o nosso primeiro filho homem*”.

Perguntei a ela: “O que isto significava” na medida em que tomei o enunciado da mãe como significante que marcava a rede simbólica a qual M. se inseria. E ela me disse: “*Sempre quis ter um filho homem e só agora tinha conseguido e, como M. é muito pequeno, um bebê prematuro, o pai dele acha que o leite materno poderia ajudar M. a se desenvolver mais rapidamente e ter boa saúde*” e continuou dizendo que “*estou em dúvida, mas já tentei e não consegui amamentar, então por isso a mamadeira*”.

Apoiando-nos na formulação de Lacan sobre anterioridade lógica ao que o *infans* está submetido na/pela relação com o significante do Outro primordial, podemos dizer que a

linguagem tem como função identificar o sujeito, uma lógica operada pela antecipação, já que muito antes da criança poder se reconhecer como instância subjetiva é produzido pelo discurso tal reconhecimento ao qual ele é capturado, e a questão que se impõe é: o que desta rede significante significa M.?

Os significantes: “homem”, “pequeno”, “pai”, “leite materno”, “boa saúde” compõem o discurso do agente materno produzindo, se assim podemos dizer, o reconhecimento de M. como sujeito. Ainda que, aderida a “palavra do pai” já que é ele quem inscreve, a partir do discurso de J., uma perspectiva de antecipação acerca de um saber sobre o que seria “bom” para M. Tal suposição se apóia, também, em dizeres de J. quando nas tentativas fracassadas de amamentação ela dizia insistentemente: *“o pai dele vai me matar porque ele me pediu tanto para amamentar, mas não tenho culpa, ele não quer”*.

Esta questão leva-nos a uma afirmação de Lacan

É por tal necessidade que se julgam as funções da mãe e do pai. Da mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo. (LACAN, 1969/2003, p. 369).

Destaca-se a radicalidade da alteridade na constituição subjetiva em que a função de transmissão do casal parental não está reduzida às satisfações das necessidades implicadas ao *infans*, mas fundamentada no/pelo exercício da função materna e paterna. É por esta sustentação de alteridade que problematizo a discursividade que perpassa a relação de J., a mãe, pela palavra do pai, articulada com o comparecimento de M. como aquele que “come nada”.

Vale dizer que minha indicação para a introdução da mamadeira, foi posta em discussão com a equipe de enfermagem e com o médico responsável pela unidade, uma vez que tal medida é considerada “abominável” pela ideologia do Programa. O uso da mamadeira, segundo tais preceitos, é impeditivo ao estabelecimento da amamentação materna e, portanto, traz no bojo todas as conseqüências negativas advindas do desmame tanto para o bebê quanto para sua mãe. A justificativa usada por mim, aos profissionais, deteve-se justamente sobre a ordem do prejuízo em que ambos – mãe e filho – se encontravam. De um lado, absolutamente prático, apesar de todos os esforços seja de J., seja da equipe, não foi possível estabelecer a amamentação materna e, por que, então, continuar alimentando M. pelo “copinho”, se este é apenas uma transição ao aleitamento materno exclusivo e neste caso parecia definitivo.

Por outro lado, a justificativa se assentou sobre a dificuldade em que se encontravam mãe e filho no estabelecimento de uma relação mais prazerosa, em especial, sobre a

alimentação, já que até aquele momento tudo tinha sido feito para cumprir uma norma da instituição, sem podermos saber que “projeto” tem J. para o seu filho. Disto, cabe-nos, portanto, situar que o termo “projeto” figura a implicação do *infans* a um desejo que “não seja anônimo” (LACAN, 1969/2003, p. 329). O que proponho é a hipótese de uma presença “prevalente” de M. como depositário deste objeto do desejo do agente materno e, neste ponto, incluirei a afirmação de Vorcaro sobre a constituição subjetiva:

O infans em seu puro real orgânico é investido pelo agente, no lugar de signo de seu desejo. Nesta operação, a condição desejante do agente materno substitui a falta por filho, ou seja, o agente materno identifica-se com status do ser em falta, sobrepondo à falta do pequeno ser o estatuto de desejante que a qualifica. (VORCARO, 1997, p. 73).

Note-se que o que está em pauta é a submissão do *infans* ao testemunho do agente materno, que naquele corpo há um ser semelhante que necessita da “potência” para lhe retirar da condição de insuficiência. Por esta perspectiva, a pulsão oral é concebida como suporte da primeira relação amorosa da criança estabelecida com mãe, a qual oferece para seu filho o objeto de necessidade em forma de seu seio⁸².

Estabelecidas as articulações com a equipe e com J., iniciamos a alimentação de M. com a mamadeira. A aposta foi que a questão (alimentação) poderia ser ressignificada com tal gesto e M. passaria, então, a se alimentar. No entanto, apenas tal empreendimento não foi suficiente, M. continuava sem “comer nada”.

Retomo aqui as considerações do discurso de J., sobre a alimentação de M., que se por um lado não era possível amamentar porque o filho “não queria” e, portanto ela não tinha participação nisso. Por outro lado ela temia muito a represália “do pai dele”, já que era a ela a quem ele tinha recomendado a amamentação materna. Neste sentido, parece-me não haver, neste momento, um dizer que traga a “marca de um interesse particularizado” (LACAN, 1969/2003, p. 369) que possa supor M. como “aquele que mama”.

É interessante notar que o fato de M. não aceitar a mamadeira, “aparentemente” não produziu efeitos em J. Tal afirmação se fundamenta pela posição a que J. se apresenta na relação com M., especialmente nos horários de alimentação. Como se trata de um hospital, a rotina instaurada no que concerne à alimentação indica horários preestabelecidos e, no caso de M., o banco de leite humano comparecia de três em três horas com o leite – horário que,

⁸² O termo “seio” conota aqui o vetor da encarnação do desejo ao qual a criança está submetida na relação com o agente materno e, portanto, objeto detentor da falta.

normalmente, as mães que necessitam do complemento do seu leite se atentam e, imediatamente, se dirigem ao gesto de alimentar os filhos. Com J., diferentemente, havia um movimento do auxiliar de enfermagem, desde o início de sua permanência no hospital, de indicar-lhe que se tratava do momento da alimentação de M. e mesmo assim, era só depois de algum tempo que J. prontificava-se ao empreendimento.

Os dizeres, tanto dos profissionais quanto das mães que ali também estavam com seus filhos, no momento da alimentação de M., voltavam-se a uma espécie de “torcida” para que ele pudesse acordar, já que na maioria das vezes permanecia dormindo – “*vamos M... é hora de mamar... olha todos os bebês estão mamando só falta você*”. Mas J., a mãe, permanecia passiva, não havia nos seus gestos a apreensão, a qual circulava visivelmente no ambiente como efeito da recusa de M. ao alimento.

O que ocorria, muitas vezes, é que na presença deste quadro “alguém” fazia o pedido para uma tentativa com M. e, na maioria das vezes, J. concedia, sem muitos rodeios, ao outro a tarefa de alimentação do filho. Mesmo sob a recusa de M. com a mamadeira, a qual produziu mal-estar sob os profissionais, cogitando pelo retorno da sonda, já que tal recurso, a despeito da falta de “vontade”, cumpriria o papel do recebimento do alimento pelo organismo garantindo, assim, a sobrevivência de M. Não pudemos apreender da parte de J. qualquer elemento que pudesse ser elevado ao estatuto de inquietação sobre a recusa de M. à alimentação. Permanecia a mesmo, inclusive a sua queixa sobre a falta de previsibilidade da alta hospitalar, já que ir para casa estava na dependência da recuperação de M.

Valer-nos-emos, neste momento, de uma afirmação de Lacan (1956-7/1995, p. 188) sobre a emergência da dialética da frustração como uma posição retroativa do *infans* à experiência da satisfação, quando uma falta é pressentida:

O que fazer no caso em que a criança não é alimentada no seio materno, e sim na mamadeira? [...] a partir de seu ingresso na dialética da frustração o objeto real não é em si mesmo indiferente, mas não tem necessidade nenhuma de ser específico mesmo que não seja o seio da mãe, nem por isso ele perderá algo do valor de seu lugar na dialética sexual, se onde se origina a erotização da zona oral. Não é o objeto que desempenha, em seu interior, o papel essencial, mas o fato de que a atividade assumiu uma função erotizada no plano do desejo, a qual ordena na ordem simbólica.

Por acompanhar esta reflexão e no sentido de alinhar a esta o que depreendemos do fragmento clínico é que trago a seguinte questão: Como poderia ser “lida” a dificuldade de M. com a alimentação? Seja pela amamentação materna, seja pela mamadeira, como nos adverte Lacan, não se trata do objeto em si, mas o que dele está articulado ao Outro primordial. Posto

que a dimensão libidinal ancora a relação primordial, uma vez que o nascimento de um sujeito implica ocupar um lugar na economia psíquica do agente materno, podemos dizer que o comparecimento de M. em “comer nada”, se trata de uma “resposta” sustentada pela relação instituída pelo Outro.

Junto à questão alimentar outras marcas se fazem presentes no corpo de M., neste período da internação hospitalar. Ele estava com dois meses e quinze dias e ainda dormia muito, e quando estava acordado não explorava o ambiente com o olhar, a cor de sua pele trazia estranhamento a todos que o olhavam, era “esverdeada” e isto tornava o semblante de M. como alguém doente. Quanto ao seu corpo, desde quando nasceu percebi que M. permanecia em posição de flexão, posição esta dificilmente encontrada em bebês prematuros, assim como, a habilidade de sucção precocemente. No entanto, o que foi ocorrendo com o tempo é que M. permanecia em tamanha flexão que dificultava as trocas de fraldas e mesmo a simples tarefa de tê-lo no colo, o corpo dele permanecia “enrolado” sem poder se moldar aos cuidados do “outro”. Se considerarmos que os termos que se apreendem constituem uma resposta de M. à relação primordial, poderíamos afirmar que as marcas presentificadas no corpo de M. estão referidas à palavra e, portanto, ao apelo, num “socorro” a um elemento simbólico singular?

Com a confirmação de recusa de se alimentar sob o “signo do nada” por parte de M., até com a mamadeira, traz à luz de modo mais explícito, a problemática que envolve M. e sua mãe. Em contato com J., pergunto lhe: *“O que acha que pode estar acontecendo com M.?”*. E ela me responde *“Não sei.”*. Insisto dizendo *“Porque será que o M. não quer crescer, deixar de ser bebê e virar um menino já que o fato de “comer nada” se coloca como impedimento para a continuidade da sua evolução?”* e, neste momento, pedi que ela o tirasse da incubadora para que eu pudesse conversar com ele.

J. pegou M. da incubadora dormindo, pedi que o desenrolasse do cobertor e comecei a falar com M. *“Você precisa comer para poder crescer, virar um menino.... lá no sítio (residência da família) vai ter bastante espaço para você brincar com suas irmãs, vai subir nas árvores e a mamãe vai dizer sai daí M. se não vai se machucar”* e neste tempo M. abriu os olhos e depois de alguns instantes fez o gesto para que J. o pegasse no colo. Continuei dizendo a J. que ela deveria tirar M. com maior frequência da incubadora que ele precisava conhecer o ambiente, as outras pessoas.

Vale assinalar que raramente M. saía da incubadora, pois, como era pequenino, o substituto da incubadora seria a “posição canguru”, o contato pele a pele entre mãe e filho, entretanto, J. se negava. A justificativa dada por ela é que, das poucas vezes que tentou a

posição canguru M. ficava chorando e às vezes até arranhava-a com as unhas para dizer que estava incomodado. E, complementava dizendo que também achava que ele iria acostumar no colo e em casa não poderia ser assim.

Sabendo, portanto, da impossibilidade de tal manejo da mãe para com o filho, solicitei junto ao médico responsável que J. pudesse retirar M. da incubadora se bem agasalhado por roupas e cobertores. E foi desse modo que negocieei com J. para que ela ficasse mais tempo com M. no colo porque acreditava que isto iria ajudá-lo a “abrir” o seu corpo e deixar de ficar tão “enrolado” como estava.

Ainda na minha presença J. repete de algum modo o meu discurso à M.: “*Você precisa mamar, viu o que a Ana tá falando...*”, a modalização de sua voz permanecia a mesma eu escutava um “mesmo” esta “passividade” a qual me referi anteriormente.

Aos poucos M. passou a se alimentar em todos os horários, J., em uma de suas muitas idas para a casa, trouxe roupas para o filho, pois até então usava aquelas fornecidas pelo hospital e a partir de um dado momento, passou a vestir suas “próprias” e também começou a ficar um tempo maior no colo de sua mãe.

O avanço de M. como sujeito, apenas pode se conjecturar, já que quase nada era dito por J. acerca de si e ou mesmo sobre sua relação com os filhos ou com o marido. O que se sabia era da sua “vontade contínua” de ir para casa, um inconveniente para as normas do hospital, porque na Unidade Mãe-Canguru o acordo estabelecido é que as mães devem cuidar de seus filhos com a supervisão do profissional de enfermagem, portanto, desde que a mãe assumiu ficar nesta unidade é necessária a sua presença contínua, entretanto, J. não mantinha o acordo. E dentre as idas e vindas de J., do hospital para sua casa, M. passou a mamar.

Mas naquele momento outro impasse estava em questão, a saber, a alta hospitalar. Vale aqui marcar que o enunciado “quero ir embora” toma dimensões absolutamente singulares no percurso da mãe enquanto moradora temporária nas dependências do HRA. De um modo geral “todas”⁸³ elas querem ir embora, no entanto, a minha disponibilidade de ouvir as histórias de vida me permitiu escutar “outros sentidos” para tal enunciado.

Trata-se de R., outro fragmento da experiência clínica, que me dizia freqüentemente, no início dos nossos encontros, “*Não sei como estou agüentando ficar aqui, quero ir embora*” e, em um determinado momento pedi para que ela falasse sobre isto. Podemos dizer, que R. estava sob o efeito do afastamento do marido, considerando que ele raramente vinha

⁸³ As aspas nos servem aqui para marcar que em alguns poucos casos empreendido na experiência clínica, a mãe ao contrário, diz ter medo de voltar para casa com seu bebê e pede para adiar a alta hospitalar. O caso C. a mãe e, I. sua filha atendida recentemente ilustra tal manifestação.

para visitas no hospital e quando presente dizia ter muito medo de pegar e mesmo se aproximar do filho. Mas naquele momento R. ainda não podia “nomear” seu mal-estar. Foi, portanto, pelo registro da fala que R. pode nominar seu estranhamento sobre o marido em relação ao filho, quando por telefone ele perguntava: *“Mas ele é normal... tem todos os dedossabe mexer o corpo”*. E também falar sobre a repetição enunciada pelo marido quando nas raras visitas no hospital demandava a ela a ratificação de uma dúvida que segundo R. era formulada pelo marido assim: *“Ele é mesmo normal, mesmo sendo assim tão pequeno”*; associada à recusa de tomar o filho no colo dizendo *“preciso voltar... o trabalho precisa de mim”*.

Junto a tal queixa de R. repetia-se uma associação sobre a sua própria dificuldade em manter um “querer”. Ela dizia que sempre gostou muito de estudar, lia muitos livros e ouvia elogios dos professores acerca de seu potencial. No entanto, não conseguiu dar seguimento aos seus estudos, pois toda vez que tinha um conflito para ser resolvido “escolhia” desistir a enfrentar a problemática surgida. E completou: *“Eu não sei como estou suportando ficar aqui (hospital) porque todas as outras vezes que eu sentia isso que estou sentindo agora, eu desistia e ia embora. Acho que isto tem a ver com ser pelo meu filho”*.

Depois de alguns contatos com R., arrisquei uma interpretação sugestiva de que ela parecia atestar a possibilidade de sustentar seu desejo naquele ser tão pequeno, absolutamente constituído, duplamente⁸⁴, pela prematuridade. R. falava da sua possibilidade em exercer a função materna, ou seja, de apostar e antecipar a presença de um sujeito naquele corpo. No entanto, o seu marido ainda não tinha tal condição. É interessante notar que a formulação da mãe, *a posteriori*, sobre sua tolerância a permanência no hospital como moradora temporária e, também, sobre a recusa do marido em se aproximar pelo estado de fragilidade do corpo real presentificado no contato com o filho, só pôde emergir como entendimento, a partir da fala de R. e de minha escuta. Tal demarcação referenciada ao fragmento da experiência clínica pode ser sustentada pela afirmação de Lacan acerca do sujeito como uma instância desconhecida a “ex-sistência”⁸⁵, o “não saber de si” – aquilo que se revela ser na experiência – uma função de desconhecimento na medida em que o “eu” e o sujeito não se coincidem.

O que quero destacar deste fragmento de atendimento é que o significante “quero ir embora” pode ser deslocado na articulação produzida por R. acerca do exercício da

⁸⁴ O termo aqui serve-nos para dizer que R. podia sustentar um lugar para um filho pela sua estrutura desejante a despeito da sua vinda “duplamente” prematura. Por um lado, do desamparo original no qual um bebê se encontra ao nascer e, por outro, o fato do nascimento muito antes que deixava seu filho ainda mais despreparado para a sobrevivência.

⁸⁵ O termo ex-sistência é cunhado por Lacan para se referir à anterioridade do sujeito em relação ao discurso do Outro, a saber, a inscrição no ser para outrem.

maternidade e da paternidade a partir de sua ‘fala’ e, do outro lado a ‘escuta’ em que emergiram os “furos” de sentido no próprio ato de fala, os quais fizeram o sujeito vacilar e retomá-lo como questão para-além do que se constituía como certeza.

Retomando o encadeamento que sustentamos sobre J., esta não falava em outra coisa a não ser em “ir embora para casa”, o impeditivo agora é que M. ainda era muito pequeno, estava com o peso de 1.400grs. e neste caso era preciso esperar ainda algum tempo. M., apesar de aceitar o alimento nos horários prescritos, não acordava espontaneamente, era preciso que J. o acordasse para lhe dar de mamar, e um outro fato se tornava cada vez mais recorrente M. chorava bastante e isto incomodava muito a sua mãe.

Ela dizia que não tinha paciência com choro e que tinha noites que nem conseguia dormir tal era a intensidade do choro de M. Diante disso perguntei-lhe: *“O que acha que pode ser esse choro?”*. E a resposta: *“Só pode ser alguma dor, mas eu dou o remédio para cólica, o médico já pediu todos os exames e não deu em nada”*. Insisti perguntando *“O que pode ser então?”* e ela faz um gesto com a face como se dissesse “não sei”; falei então *“pode ser que M. seja uma criança sensível e que talvez precisasse ter mais paciência com ele”* J. não fez nenhum comentário acerca do meu dito e continuou dizendo *“Não estou agüentando esta situação”*.

O que é relevante neste caso, também, é que a relação entre eu e J. permaneceu em um “mesmo”, nada era dito entre nós fora dos acontecimentos concretos da unidade hospitalar. Não tivemos em nenhum momento do contato uma proximidade tal que pudesse exceder aos ditos sobre os cuidados com M. Somente em uma única conversa quando estávamos eu, a assistente social da unidade e J., em que combinávamos qual seria o tempo que permaneceria em visita na sua casa. Já que a liberação de J. para passar o final de semana fora do hospital implicava em transferir M. para uma outra unidade hospitalar já que por algum tempo um profissional substituiria os cuidados de J. para com M.

E foi neste contato que J. expôs a justificativa de sua ausência, que não tinha ninguém para lhe ajudar ou para contar em alguma emergência e, que portanto, as filhas e os afazeres de casa só poderiam ser feitos por ela. Contou que não tinha família, pois sua mãe, por algum motivo que não sabe, “deu-os”, ela e os seus irmãos a famílias distintas quando tinham apenas três anos de idade e, desde então, não tem nenhuma notícia deles.

A alta hospitalar se deu quando M. estava com 1.700 grs, aos três meses de idade. Apesar de todas as dificuldades “encenadas entre J. e M.”, do ponto de vista da clínica médica tudo estava bem, portanto, eles poderiam ir para casa.

Sobre o funcionamento da dinâmica hospitalar, enfim, chega o tão aguardado “dia da alta”, o qual é comemorado na Unidade Mãe-Canguru como a finalização de uma etapa da vida do bebê e de sua mãe, bem como, a coroação de todos os esforços empreendidos pela equipe de profissionais e pelas mães⁸⁶. Depois dela, tem início o **terceiro tempo**, aquele dos retornos periódicos ao hospital para o acompanhamento clínico do bebê. A mãe, ao sair, leva consigo um documento com toda a história hospitalar do filho, dados que poderão ser úteis aos profissionais que eventualmente vierem a ter contato com a criança.

A decisão médica da alta hospitalar dispara, portanto, um outro dispositivo de atendimento: o de agendamentos específicos com diferentes profissionais (pediatra, fonoaudióloga, oftalmologista, neurologista e outros). E é na esteira destes agendamentos, e, portanto, assentado em uma discursividade ligada ao risco que os acompanhamentos do pós-alta hospitalar estão calcados.

É preciso marcar, que no discurso da equipe, o atendimento fonoaudiológico também está incluso, entretanto, no encontro propriamente dito é desvelado um outro atendimento, com contornos bastante singulares em função do privilégio que tenho atribuído ao discurso materno e, porque não dizer, discurso dos pais.

Ainda sobre a alta hospitalar, no que diz respeito a J., há algum tempo já havia dito e reforçou no dia da alta que gostaria que os retornos de M. fossem feitos na sua cidade e, portanto, não aceitou nenhum dos acompanhamentos disponibilizados pelo HRA. E a última vez que tive contato com J. foi quando eu estava chegando para o trabalho no hospital e ela saindo com M. no colo, suas duas filhas e A., seu marido, todos com um sorvete na mão.

⁸⁶ É bastante comum o estabelecimento de forte ligação entre as mães que permanecem no mesmo período como “**acompanhantes**” – apesar de eventuais desentendimentos. Entre elas, quando é percebido que alguma postura depressiva, de inapetência, isolamento algum profissional da equipe é informado. Entretanto, sempre que uma companheira deixa o hospital com seu bebê, há notável mal-estar no grupo de mães.

2.3 Uma Dinâmica de Acompanhamento

2.3.1 Sobre o acompanhamento no pós-alta hospitalar

Apoiada no testemunho da clínica, questiono a certeza prévia de que crianças nascidas prematuramente seriam necessariamente mais propensas a apresentar problemas de desenvolvimento, especialmente em relação à linguagem. Portanto, parece-me equivocado patologizar a prematuridade e/ou supô-la como causa de eventuais problemas de desenvolvimento. Não me parece mesmo adequado projetar sobre o risco de vida aspectos e questões que extrapolam a problemática da sobrevivência.

Podemos dizer que esta foi a estrutura básica da discussão do mestrado, a partir de minha própria prática clínica em consonância com a área fonoaudiológica na atuação com bebês nascidos prematuramente. Por um lado, assentado no discurso organicista em que se privilegia a relação do risco de alterações na aquisição da linguagem advindo de lesões e/ou imaturidade neurológica dado ao submetimento da fala ao funcionamento cerebral.

Ainda, por outro lado, assentada em uma discursividade que dá relevo a problemática do vínculo entre mãe-bebê prematuro, pelas adversidades implicadas nas vicissitudes da internação hospitalar. Postula-se a noção de “apego” e considera-se que o fato de o bebê nascer antes do tempo levará à quebra do processo de vínculo e terá conseqüências nas relações afetivas entre os pais e o bebê.

Algumas outras justificativas do atraso na linguagem residem nos “déficits interacionais” entre mãe e filho prematuro, que traz como conseqüência vários efeitos negativos na relação mãe e filho, incluindo atitudes de superproteção.

Sustenta-se, a partir dessa noção, que a mãe do bebê nascido a termo, difere de uma mãe que tem um filho nascido prematuramente. No primeiro caso, a mãe reforça a autonomia da criança deixando que ela tente novas experiências, incentivando-a a novas aquisições. Já no segundo caso, por não tolerar a frustração das problemáticas que envolveram o nascimento prematuro filho, o mantém protegido sob atenção exagerada, interferindo negativamente no desenvolvimento do “senso de competência” da criança levando-a a atrasos no desenvolvimento.

Foi no interior desse debate que pude identificar que, apesar das posições aparentemente distintas, havia um princípio norteador comum da clínica fonoaudiológica – o nascimento prematuro e os diversos desdobramentos desta condição como risco para o desenvolvimento futuro por uma **relação de causalidade**. Em outras palavras, via de regra, a prematuridade é admitida pela área, como “critério de risco” para a linguagem.

Notamos, como uma das conclusões da dissertação, que o bebê prematuro é edificado com base na sustentação de uma suposição de risco, e todo aparato da clínica visa checar as evoluções da criança na linha do tempo cronológico a partir de escalas padronizadas. E, especificamente sobre a linguagem, o que está em questão na área é a tentativa da apreensão de um passo a passo para precisar a margem do risco.

Confesso que, inicialmente, as ações fonoaudiológicas se constituíam pela pressuposição teórica da noção de risco advinda do corpo biológico e, portanto, calcada no determinismo orgânico das possíveis seqüelas por ocasião do nascimento prematuro de um bebê. De um ponto de vista metodológico, critiquei/critico⁸⁷ a aplicação do instrumento-escala de desenvolvimento como representante de um desenvolvimento admitido como normal. Há uma distância que não se supera entre uma regularidade ideal, representada por escalas de desenvolvimento, e o acontecimento singular de cada processo. Reitero que, na clínica empreendida por mim no acompanhamento dos bebês após alta hospitalar, nem uma linearidade das aquisições, nem uma regularidade de evoluções de manifestações lingüísticas entre crianças da mesma idade pôde ser sustentada. Em outras palavras, não se encontrou a homogeneidade prevista e esperada – o que inviabilizou “classificações”, ou seja, o estabelecimento de semblantes.⁸⁸ Em cena e ato, a realidade de cada criança desafia insistentemente o ideal de homogeneidade.

Outra discussão promovida, ainda no trabalho de mestrado, foi a inquietação surgida⁸⁹ em virtude de que mães de bebês prematuros estão submetidas ao discurso do profissional (fonoaudiológico e médico), sobre os problemas (riscos) da gestação, do parto, do período de

⁸⁷ Ainda que bastante preliminar, iniciei esta crítica na dissertação de mestrado. E neste presente trabalho traremos tal discussão a partir da proposta de Cláudia Lemos, na área de Aquisição da Linguagem, cujos desdobramentos, no campo do Projeto *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* sob a coordenação de Maria Francisca Lier-DeVitto.

⁸⁸ Supõe-se que, a cada aplicação, manifestações semelhantes serão reencontradas de forma permanente e quase idêntica de um indivíduo para outro. Desse pensamento decorre a busca da normatização cronológica do desenvolvimento, busca de estágios estáveis que serão tomados como padrões de normalidade. Por esse caminho, a prática-clínica relaciona a criança à linearidade do tempo – ela é situada em *lugares coincidentes* com normalidade ou patologia, de acordo com escalas de equivalência ou discrepância.

⁸⁹ É preciso marcar que esta questão se deu durante o percurso de escritura da dissertação quando percebi que a minha posição como fonoaudióloga estava assentada sobre a estrutura do “risco”.

internação e mesmo do pós-alta hospitalar. E esta, pode ser parafraseada da seguinte forma: *Qual o efeito do discurso sobre risco no discurso das mães?*

Com o objetivo de explorar o *discurso materno*, implementei, no mestrado, instrumentais analíticos da Análise de Discurso (AD) de linha francesa. Naquele momento, a minha posição profissional sustentava ainda um valor no “sentido” que o risco poderia desdobrar no discurso materno e influenciar na natureza e na qualidade do investimento que as mães poderiam ter em relação a seus bebês prematuros. Podemos dizer que, se de um lado avancei sobre a participação decisiva do discurso materno sobre a estruturação do *infans*, por outro ainda estava fortemente impregnada pela noção de causalidade psíquica.

No contexto da clínica tradicional, a criança é representada no seu vir-a-ser em face de: “conhecê-la por todos os ângulos, cuidá-la para que se previna de todos os riscos, superar os efeitos danosos do meio familiar ao seu florescimento eficaz.” (VORCARO, 1997), é aposta para garantir o futuro, o *adulto ideal*. De acordo com Cirino (2001, p. 22):

A emergência do “sentimento da infância” é o que possibilita que a criança passe a ser pensada como o “homem de amanhã”, sendo destacada e recortada como objeto de teorização e de práticas educacionais, higiênicas e científicas. É nesta perspectiva que possibilitará o desenvolvimento, em momentos diferentes, da pedagogia da pediatria, da puericultura, da psicologia do desenvolvimento, e de uma série de “especialistas”, que legitimados por uma posição de autoridade pelo saber científico, falarão e, de fato, construirão a infância.

Os interesses dos estudos dirigem-se a abordagens em que se privilegiam os acontecimentos do nascimento (prematuidade), inato (determinações genéticas), em oposição ao adquirido (efeito da cultura e do social). O normal em oposição ao patológico é unidade de medida que define previamente por meio das manifestações das crianças, o que ela devesse atingir em um determinado tempo do seu processo de maturação. O que se estabelece, são estágios de desenvolvimento como ordem de sucessão fixa, distinguida por etapas sucessivas, tendo como referente o tempo cronológico. A suposição é que instrumentos desta natureza podem acompanhar a normalidade e o progresso da criança, no que tange à quantidade e à qualidade em seus diversos aspectos do desenvolvimento.

Retomando a nossa proposição sobre a clínica com bebês, nesta tentativa pela qual iremos nos aventurar, cernir diferenças para a configuração do espaço clínico que se dá no Hospital Regional há 14 anos, a partir da própria experiência clínica. É preciso sublinhar, que se neste momento posso afirmar a minha recusa sobre a suposição do risco. Isto se deve a uma posição: deixar-me interrogar pelo que desafiou/desafia a “realidade” do encontro clínico.

O que quero dizer com isso é que as conclusões e a mudança de posição que assumi junto à equipe e às mães só foram possíveis pelo fato de que grande parte delas continuava a retornar às consultas fonoaudiológicas, a despeito de seus filhos estarem se desenvolvendo sem qualquer suspeita de problema e/ou dificuldade. Mas dessa situação emergiu uma questão: “O quê determinava que as mães continuassem trazendo seus filhos (por três, quatro e até seis anos), se a questão do risco estava plenamente superada?”.

A primeira resposta foi a de que persistia uma fragilidade adquirida frente ao temor de perda do filho, que promovia e sustentava o conseqüente apoio num saber e poder profissionais supostos ao fonoaudiólogo⁹⁰ sobre como agir para atingir um desenvolvimento adequado.

Podemos dizer que esta primeira inferência ocorreu mais como um efeito, “impregnada” pela noção de causalidade, já que o que estava em questão, ainda, era o raciocínio do assujeitamento decisivo do discurso ao risco que porventura pudesse estar permeando a relação entre a mãe e a fonoaudióloga e, conseqüentemente, influenciando nos investimentos da mãe para com o filho. Entretanto, as procuras por atendimento continuavam acontecendo no decorrer de períodos relativamente longos, o que me permite suspeitar dessa solução. Neste caso o que mais poderia estar em jogo nesta relação entre fonoaudióloga e mãe?

Tal elaboração se desdobra em mais um dos “passos lógicos”⁹¹ e modifica o modo de me constituir como profissional. Acredito que o que faz as mães efetivamente retornarem às consultas fonoaudiológicas, a despeito do “adequado” desenvolvimento de seus filhos, é a possibilidade de terem “ali” um espaço de escuta.

Espaço esse que se constitui na medida da minha oferta, já que inicialmente, o retorno para as consultas fonoaudiológicas tem o mesmo estatuto das outras especialidades como: pediatria, neurologia, oftalmologia, entre outras; agendadas após alta hospitalar. O que quero dizer é que o contato que se estabelece entre instituição e pais na alta hospitalar se naturaliza pelo registro do “risco”. É, portanto, por este viés que os retornos estão assentados, incluindo a consulta fonoaudiológica.

⁹⁰ Admito que parte do que ocorria nos encontros agendados girava, no início, em torno do risco e, as consultas se voltavam, muitas vezes, para a investigação de alguma defasagem do desenvolvimento da criança e de eventuais esclarecimentos sobre a necessidade de modificação de algumas condutas maternas no sentido de favorecer a criança. Como, por exemplo, dizer que ela deveria oferecer brinquedos à criança, brincar com ela; explicar algum procedimento de estimulação para o desenvolvimento motor; realizar a testagem auditiva. Outra preocupação era a de estar atenta à necessidade de algum encaminhamento para alguma especialidade, como por exemplo: neurologia, fisioterapia, entre outras.

⁹¹ Refiro-me à minha própria posição subjetiva.

É muito comum inicialmente que apenas as mães venham às consultas com os filhos depois de alguns encontros, geralmente, muitos pais também passam a frequentar. O que ocorre da prática propriamente dita, é que ofereço, para os pais se acomodarem, cadeiras que ficam em torno de um colchonete assentado em uma base de madeira⁹² onde, no decorrer do atendimento, a criança é acomodada, ou para dormir, ou para brincarmos com ela já que também permanecem à disposição os brinquedos, para o caso de algum de nós quisermos utilizá-los com o bebê.

Sento-me geralmente no colchonete e/ou na cadeira, próximo aos pais. E aí começam os nossos encontros e a produção de dizeres. Pergunto como estão se sentindo em casa depois do longo período da internação. As respostas iniciais, geralmente, são sobre aspectos práticos referentes aos cuidados dedicados aos filhos: sobre intercorrências relativas à alimentação, sobre os horários dos medicamentos e seus efeitos. Aparecem também comentários sobre medos ou inseguranças ligadas a este primeiro momento de retorno à casa⁹³.

O período de internação também é assunto constante. Nos primeiros encontros, as mães falam detalhadamente sobre esse tempo: da quantidade de dias que o bebê permaneceu internado na UTI, na unidade Mãe-Canguru; do tempo e das dificuldades do filho para aprender a respirar sozinho; lembram os nomes dos profissionais (principalmente da equipe de enfermagem que as “ensinaram” a cuidar do filho) e do tempo esperado para o estabelecimento da amamentação materna.

A alimentação é tema central dos primeiros encontros, se é o aleitamento materno que está em vigor às tentativas de precisar se o leite está sendo suficiente ao bebê, conta sobre os horários de mamada, o tempo de duração, o pedido incessante da criança para as mamadas em alguns horários e em outro o sono profundo por várias horas sem acordar, os choros constantes que geralmente são interpretados como uma insuficiência da amamentação materna. Nesta primeira fase há muito temor sobre os possíveis engasgos, as apnéias (parada respiratória), a perda de peso, o retorno da icterícia que pode ser motivos de re-internação.

O que aparece inicialmente é uma demanda dos pais de que como profissional eu possa atestar se os cuidados prestados ao filho estão adequados. Neste caso, o discurso fica circunscrito em uma descrição de como estão procedendo, o que aparentemente poderia ser

⁹² Esta superfície é utilizada por profissionais de Terapia ocupacional e Fisioterapia para exercícios específicos.

⁹³ Como já mencionado, o ganho de peso é considerado como o indício mais importante para a avaliação do estado clínico do bebê. No HRA, a amamentação materna é condição *sine qua non* para garantir a saúde da criança. Neste caso, não é de estranhar que depois da internação, esse tema persista. As mães temem a re-intenação de seus filhos. É, portanto, muito comum uma vigilância contínua da mãe após a alimentação para evitar este acontecimento.

considerado como a “realidade”⁹⁴ da criança no contato com os pais. Entretanto, tais dizeres são interpretados por mim com certa “hesitação” dos pais sobre aquele corpo ainda tão marcado pelas vicissitudes entre a vida e a morte assistida pelos pais no período de internação hospitalar.

O nascimento prematuro, como mencionado anteriormente, é permeado por tempos distintos visto que, inicialmente, não é possível atestar pelo discurso médico a garantia de uma vida e, portanto, o que nos resta é uma aposta da presença de uma criança que está “resistindo bravamente” aos percalços de seu tratamento e que logo tudo estará bem. É muito comum as famílias nomearem suas filhas de “Vitória”, para demonstrarem por meio do nome próprio a “força” que reside naquele corpo. É por este caminho que acredito que os pedidos dos pais são endereçados a mim como profissional.

Comumente, a história da gestação é introduzida por elas, os problemas médicos, que desencadearam, com frequência, a abertura de relatos sobre suas histórias de vida⁹⁵, contados com detalhes: dificuldades com o companheiro, com a família de origem ou com a do companheiro. Ali aparecem aflições relacionadas aos outros filhos como, por exemplo, a reação dele(s) frente à chegada da nova criança, sobre as modificações na dinâmica familiar. Elas contam como (re)organizaram as diversas tarefas do dia: os serviços domésticos, os cuidados com os outros filhos e como está a relação com o companheiro a partir do nascimento de sua criança ocorrido prematuramente e da nova rotina instalada.

As consultas são agendadas, geralmente, antes da alta hospitalar, como foi dito anteriormente, o Hospital Regional de Assis é uma instituição que atende a 25 municípios e, por isso, muitos pais têm que se deslocar de outras cidades, para comparecerem às consultas. Muitos deles pedem para que a consulta fonoaudiológica coincida com a consulta da pediatria e ou de outras especialidades. O que faço é geralmente negociar neste primeiro momento que apesar de reconhecer a dificuldade de dias distintos considerando a distância, digo que tentaremos, mas que muitas vezes não será possível tal organização.

Ao mesmo tempo, explícito a minha disponibilidade em respeitar os horários que favorecem a vinda dos pais, assim como, a preocupação em atendê-los no horário agendado. Devo dizer que, tal modo de condução se estabeleceu na medida em que percebi que a implicação dos pais, a este espaço oferecido por mim, apenas se dava quando havia um engajamento por parte deles em assumir de fato o acompanhamento.

⁹⁴ Mais adiante retomaremos este ponto.

⁹⁵ A história gestacional, na maioria das vezes, é marcada por dizeres sobre problemas médicos, sobre uma “gestação de risco”. O momento do parto contado como uma experiência muito sofrida porque pairava sobre aquele momento o temor da perda do bebê.

O que recolhi dos anos da experiência é que quando se atendia a este primeiro pedido – vir para o hospital e em forma de “pacote”, “passar” pelas consultas –, o trabalho fonoaudiológico ficava localizado em um registro eminentemente mecânico. Na maioria das vezes não era possível estruturar nenhuma demanda que sustentasse de fato o “acompanhamento”.

Acredito, nesta perspectiva, que há uma “virada” do que a primeira vista as consultas fonoaudiológicas poderiam se prestar, a saber, parte de uma rotina instaurada pela instituição hospitalar. Posso atestar que uma demanda outra se impõe, diferentemente das outras disciplinas que se apóiam no discurso do risco, o que veicula neste espaço é o “acolhimento” da vacilação discursiva dos pais que emerge sobre a hipótese do “despreparo”, da “imaturidade” do filho para a assunção de um sujeito.

Vale aqui nos envolvermos com fragmentos de atendimento, pela experiência clínica, uma vez que foi/é por meio desta que conseqüências teóricas puderam ser movimentadas. Descreverei episódios que envolvem J. e sua mãe, participantes de um caso que atendo desde o período de internação e que se encontra em acompanhamento, e J., atualmente, está com a idade de 2 anos e seis meses.

J. nasceu no Hospital Regional de Assis, mais especificamente no elevador da instituição, pois não deu tempo de chegar à sala de parto, ficou internado por 25 dias juntamente com sua mãe E. Nasceu de 31 semanas gestacionais e com 1860grs. Um dado que merece ser destacado foi a necessidade de re-internação do menino devido à persistência da “icterícia”, uma patologia que acomete o sistema hepático devido à imaturidade orgânica; alteração esta que marca o corpo da criança com a cor amarela.

No período de internação, um contato restrito foi mantido entre eu e E., apenas uma pergunta nos unia: “*Quando vou embora?*”. Tal questão era endereçada a mim na medida em que ela me pedia que outorgasse a amamentação do filho, já que dentre outros aspectos, o êxito da amamentação materna é um dos critérios da alta hospitalar.

Desde as primeiras consultas em ambulatório, mãe e pai (E. e S.) vieram juntos para trazer J. e os dizeres, neste momento, ficaram circunscritos ao período de internação, sobretudo, a relevância na cor amarelada de J. que, segundo os médicos, não era mais problemático, entretanto, E. e S. temiam uma nova internação.

Durante a consulta, J. chorava muito e a interpretação de E. e S. se assentava sobre o desconforto biológico e, portanto, a ação recaía em tentativas de alimentá-lo, fazê-lo dormir, sem nenhum sucesso, pois o menino chorava cada vez mais forte.

O que ocorria é que quando E. e S. chegavam, J. permanecia ora no colo da mãe ora no colo do pai, sem se fazer notar. Um bebê com expressão séria, dificilmente sorria e, num dado momento, começava a chorar e não parava mais, motivo, muitas vezes, para a interrupção da consulta, considerando o grau de sofrimento que a criança transmitia pelo choro. A criança em um primeiro momento fazia presença pela passividade e depois por um choro implacável. Perguntava a E. e S. o que eles achavam que podia ser isto, e eles nomearam como “manha” ou sono, por isso precisava do berço para dormir. Esta cena se repetiu em várias consultas juntamente com os dizeres recorrentes do período de internação, principalmente de E., a mãe, sobre o sofrimento “*em ver o estado de J.*”.

J. já estava com a idade de 7 meses e, naquela oportunidade, E. se queixou do filho que chorava muito, daí o seu cansaço. Contou que pensava em deixar de amamentar porque a sua produção de leite havia diminuído muito. Depois de algum tempo S. chegou à consulta e logo o envolvi no assunto, abrindo-se então uma questão: “O que poderia estar acontecendo?” E. tomou a palavra e revelou o seu descontentamento de ficar em casa quase que todo tempo; S. apenas sorriu sem dizer nada.

O desenvolvimento de J. nesta esteira de associações foi posto em pauta, já que tanto E. quanto S. disseram que o filho não se sentava, dormia muito durante o dia e quase não brincava. Durante a conversa chegaram ao “consenso” de que J. precisava de mais estímulo. E. contou que S. “sai para trabalhar” e que ela e J. ficavam em casa muito sozinhos. Perguntei a S. o que achava dessa queixa de E. e ele me respondeu com uma pergunta: “Você acha que J. está atrasado?”. Respondi que tanto o choro quanto a demora para algumas aquisições “falavam” em uma certa monotonia e que, portanto, sair de casa, ter contato com outras pessoas, mostrar o “mundo para J. podia ajudá-lo a crescer”. E completei que de algum modo a queixa de E. e o choro de J. se alinhavam ao que nomeei de “monotonia”.

Trata-se de uma clínica em que está em jogo os primórdios da constituição do sujeito, o que quero dizer é que me deparo com alguém que ainda irá se estruturar, o bebê. E neste caso, o que se sustenta, de fato em cena clínica, é um vir-a-ser, literalmente pela boca do “outro”, sobre aquele que irá se precipitar como sujeito falante. Em outras palavras, menos do que reduzir o bebê na cena clínica à “observação” de suas reações frente ao meio, este encontro posicionou-me frente ao enigma do desejo do Outro a partir de uma discursividade linguageira dos pais e que, aos poucos (a partir da continuidade de nossos encontros), vai se delineando enquanto estrutura que compõe a anterioridade que marca a existência subjetiva deste filho.

Além disso, outro aspecto a ser considerado sobre o “acompanhamento” é a suposição irreduzível que deposita⁹⁶ naquele corpo (o bebê): a presença de um “ser” pela filiação concedida na estrutura de demanda e desejo de seus pais.

Sobre isto podemos dizer que houve/há⁹⁷ de minha parte uma antecipação de que o nascimento de um filho constitui-se em uma conjuntura que está para muito além de um biológico ou de um produto de uma “linhagem”:

O nascimento introduz uma dialética entre continuidade e descontinuidade: continuidade da descendência, descontinuidade como sujeito. De um lado, uma determinação linguageira que constitui o sujeito como sujeito ao significante, submetido a primazia do simbólico que precede. De outro um furo, um intransmissível, incalculável, e que depende de suas escolhas [...] há também uma criação. Algo surge de novo [...] é dela aliás que o sujeito pode esperar extrair alguma liberdade. (AMSERMET, 2003, p. 30).

O que acompanhamos nesta citação é que o *infans* está envolto por condições enigmáticas, ainda que marcado pela anterioridade que se conjugam na estrutura. Podemos dizer que introduzir a questão do sujeito obriga-nos a enfrentar que o que “acompanhamos” na clínica é o efeito sujeito, uma precipitação que “escuto” também no/pelo discurso dos pais.

Outro fragmento de atendimento que gostaria de apresentar foi vivenciado com L., filha de A. e R., o pai, dezesseis anos mais velho do que sua esposa. L. é a segunda filha, de sua segunda união, o primeiro filho tem onze anos de idade. O casal, a filha e o seu irmão moram na cidade de M., aproximadamente quarenta quilômetros de distância da cidade de Assis e, freqüentaram as consultas fonoaudiológicas até os 4 anos e seis meses da criança. L. nasceu prematuramente, parto cesária com o peso de 1630 gramas e permaneceu internada após o nascimento, no Hospital Regional de Assis, por 36 dias, e sua mãe permaneceu 30 dias junto a ela na unidade como mãe acompanhante.

Nas consultas, de forma recorrente, A., a mãe, falava sobre a sua felicidade em “ter” a filha e que desde o nascimento dela passava os seus dias em função dos cuidados. Quase não saía de casa, dizia sentir-se “completa” e que havia por parte da filha uma exigência constante de sua presença, e o fato de amamentar tornava-a imprescindível. A estruturação de L. seja em relação ao desenvolvimento motor (sentar, engatinhar, andar) seja referente ao

⁹⁶ Refiro-me ao que, como sujeito, revestida pelo profissional, antecipo/suponho a presença de um semelhante no corpo inconstituído do bebê.

⁹⁷ Quero dizer que mesmo antes de minha aproximação com a Psicanálise, enquanto elaboração teórica, havia uma escuta que me permitiu suspeitar desta conseqüência direta entre risco de vida e risco de estruturação do sujeito enquanto uma fatalidade. Desta minha disponibilidade para “ouvir” as histórias de vida presente nos meus encontros, principalmente com as mães, remeteu-me a singularidade que permeia a relação entre o bebê e seus pais.

aparecimento das primeiras palavras, foram ocorrendo, segundo o preconizado, por atrasos na linha do tempo cronológico. Entretanto, isto não era tomado pela mãe como questão que permanecia em torno da criança para os cuidados e para a amamentação materna.

Foi aproximadamente com a idade de 1 ano e quatro meses que A. começou a queixar-se sobre a dificuldade em “lidar” com a filha: “*Quando quer algo ela não desiste até que consiga*”. E continua dizendo que tal dificuldade é potencializada na medida em que não tem o apoio do marido para a reprovação das atitudes de L que frente às situações, não respeita o que lhe é imposto. É preciso acentuar que as referências sobre o marido (o pai) eram assunto até então raro em nossas consultas. Perguntei se não seria possível que o marido viesse no próximo encontro para que ele participasse de nossas discussões acerca da criança, mas A. disse que “*não*”, porque ele se negava a participar de qualquer consulta, que mesmo nas consultas médicas ele nunca quis estar presente. Ainda nesta consulta A. falou sobre a relação estreita dela com a filha e de quanto isto era prazeroso, e fez a observação de que a criança não se dispunha ao colo de ninguém, a não ser o dela. E sobre a dificuldade que estava tendo para “desmamar”, pois continuava amamentando.

Em uma de nossas consultas, quando L. estava com um ano e 10 meses, pela primeira vez A. contou que a filha dorme com o casal para que ela possa amamentar no período da madrugada. Falou em seguida sobre o quanto gosta de amamentar e que não consegue interromper, neste dia, fez diferença no dizer, quando reconheceu que mais do que o apego da filha para com ela, era a mãe quem não conseguia ficar sem a presença dela.

É preciso dizer que quanto às aquisições motoras de L., estas foram superadas e sua posição como falante se instituiu. Os assuntos constantes nos nossos encontros foram às dificuldades de L. em relação às leis. Não tem tolerância com “o que não dá certo”, pois quando está brincando e surge alguma dificuldade ela chora e desiste da brincadeira. A. observa que L. gosta apenas de brincar com crianças mais velhas porque geralmente “*fazem os seus gostos*”, já com crianças da mesma idade ela se desentende e agride fisicamente, justamente quando precisa disputar algo. E é deste modo que L. age dentro de casa tanto com ela, quanto com o pai e o irmão, ou seja, quando é contrariada “*chora, fica muito nervosa, bate a cabeça na parede, até que ela consiga o que quer*”.

L. estava com dois anos e sete meses e na consulta a criança estava bastante descontraída, brincou de “casinha” – fazia de conta que estava fazendo comida, passando roupa, fazendo a boneca dormir – e o tempo todo solicitava a mim e a sua mãe que brincássemos com ela ou incluía-nos na brincadeira. Falou o tempo todo enquanto brincava. Diferentemente dos outros encontros, apesar de L. brincar, dificilmente solicitava a minha

participação, geralmente permanecia voltada para a sua mãe. A mãe relatou nesta sessão que a situação estava cada vez mais tensa e que se sentia muito cansada pela persistência dos choros e do nervosismo da filha. Mas que R., o marido, tem auxiliado, *“ajudando a corrigir e não deixando que ela faça tudo que quer”*. Segundo A., apesar de R. não comparecer às consultas ele é informado sobre o que conversamos no sentido de poder colaborar na “educação” de L. Contou que L. não dorme mais com o casal e que passou a dormir no seu quarto, mas que ainda pela madrugada a criança vai para a cama deles (pais). No entanto, a amamentação materna, ainda é uma realidade. E foi neste momento que A. fez uma associação: *“Eu sinto que sufoco L.”*, pois, *“não deixo que ela saia do meu lado... eu acho que estou atrapalhando o desenvolvimento dela”*.

Podemos dizer que é pela possibilidade de um espaço de fala que vão se localizando as diferenças na elaboração de questões no exercício da função materna. Um ponto essencial é que deslocamentos de dizeres se delineiam na/pela estruturação da criança ao longo do tempo em uma lógica que definitivamente se sucede do fundamento da constituição do sujeito. E neste sentido é fundamental na clínica que se sustente a dimensão de um “não saber” e de deixar-se interrogar pelo que se convoca na presença da criança e de seus pais.

Cabe esclarecer que o encontro está voltado para como se estabelecem as funções de parentalidade e, convém ressaltar que essa escuta se concebe a partir do registro do filho enquanto suporte da função materna e paterna. É preciso destacar que a despeito do pai de L. não estar presente nas consultas “fisicamente” ele comparecia na “palavra” da mãe tecendo as redes textuais que conjugam a estruturação do ser.

Outro ponto que merece ser apontado no sentido de esquadrihar o que é próprio desta clínica é que o oferecimento de “acompanhamento” está quase que exclusivamente restrito aos pais de bebês prematuros e, portanto, não atinge crianças que prescindem da presença de uma marca orgânica no corpo, a saber, a síndrome, a paralisia cerebral, a deficiência auditiva, entre outras⁹⁸, tradicionalmente nomeada pela área como Intervenção precoce. Sobre esse aspecto, vale destacar que acesso ao diagnóstico precoce impulsionou o investimento de várias disciplinas voltadas para o desenvolvimento infantil (Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, entre outras), a meta é oferecer, ao bebê e à sua família, condições que minimizem e/ou sanem eventuais problemas hereditários ou aqueles provocados pela ocasião do nascimento. Esta modalidade clínica, especialmente na Psicanálise, produz muitas discussões e críticas acerca da oposição que se faz à vertente

⁹⁸ Quanto as marcas orgânicas do corpo é preciso admitir que, irremediavelmente, produz efeitos sobre a subjetividade, mas que sabemos não é veredicto à estruturação do sujeito.

educativa na intervenção clínica com bebê. Considerando que vir-a-ser sujeito comporta uma transmissão para além de querer “ensinar” um conteúdo.

O filhote humano está antecipado imaginariamente em uma estrutura que o precede e, é pela aposta simbólica operada na/pela relação dos pais com o bebê, que ele advém enquanto sujeito desejante. De acordo com Laznik (1997) falar em sujeito desejante implica a operação do enlaçamento pulsional que se dá pelo campo do Outro.

Trata-se do que Lacan, pelo texto freudiano, institui como o terceiro tempo da pulsão em que o *infans*, enquanto posição de sujeito oferece-se como o que falta à plenitude do Outro. Em um primeiro momento, o Outro primordial encarna o lugar do “tesouro dos significantes e, portanto, a identificação é tomada como imagem de uma potência totalizadora que o antecipa, recobrando sua condição inconstituída:

[...] a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem [...]. Esse assumir jubilatório de sua imagem especular ainda mergulhado na impotência motora [...] nos parecerá manifestar, em uma situação exemplar, a matriz simbólica na qual o eu se precipita em uma forma primordial antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua sua função de sujeito. (LACAN, 1949/1998, p. 97).

A criança assume uma determinada imagem de si pelo processo de identificação, a partir do olhar dirigido a ela, ou seja, ao se “agarrar” à referência daquele que o olha, se vê aparecer. Este é o campo da narcisização, fundador da imagem do corpo da criança e seu estatuto narcisista. Nesse sentido, o eu ideal é a imagem suporte da identificação primária da criança com seu semelhante, e constitui o ponto inaugural da alienação do sujeito na captura imaginária.

O primeiro tempo da relação mãe-bebê constitui-se como “não pulsionalizado” (VORCARO, 1997) no sentido de que o caráter de alternância, presença e ausência, é obturado pelo princípio do prazer, entretanto, isto não se sustenta uma vez que a mãe, encarnada como Outro primordial, é atravessada pela ordem simbólica e inevitavelmente se presentifica como real ao estado de potência, inaugurando, assim, o agente da frustração.

Quando o agente materno não responde mais, quando, de certa forma, só responde ao seu critério, ela se torna uma potência. A partir do momento que a mãe vira potência, esses objetos que eram até então pura e simplesmente objetos de satisfação, tornam-se, objetos de dom. Em outras palavras, as respostas da mãe à demanda do *infans* apresentam marcas do valor dessa potência – não responder ou apenas responder a seu critério representam o seu ato de dom.

A necessidade é subvertida pelo significante na medida em que há assimilação da dimensão da alteridade radical, ou seja, a incorporação do sistema simbólico como substituto da primeira experiência de satisfação. “*Nas voltas da demanda, insinua-se a falta de significante, onde nada equivale à coisa perdida e, portanto, obriga o ser ao deslocamento do gozo esperado, para a demanda de um dom que articula a coisa perdida*” (VORCARO, 1997, p. 92).

O sujeito se constitui no campo do significante a partir da imagem do corpo homologado pelo agente materno é, portanto, no nível do desejo escópico que a estrutura do desejo encontra sua forma mais desenvolvida em sua alienação fundamental. Assim, o *infans* engaja-se a si mesmo enquanto objeto que poderia faltar ao Outro e, portanto, submete o seu desejo à lei do desejo da mãe permitindo “que o *infans* aí se aloque: se faça ver, ouvir, chupar” (VORCARO, 1997, p. 85).

Entretanto, o “passo” é possibilitado pela percepção de um mais-além, insinua-se aí a figuração da falta, “[...] suporte oferecido a algo que assume ali, justamente, seu nome, o desejo” (LACAN, 1956-7/1995, p. 168). A “coisa” perdida pode ser representada pelo traço unário que é o primeiro significante, o entalhe que marca o *infans* como tatuagem “o dito decreta, legifera, sentencia, é oráculo, confere ao outro real sua obscura autoridade” (LACAN, 1956-7/1995, p. 84). Quando esse significante, esse Um, é instituído, permite que a criança se distinga do signo e, portanto, de começo, pode se constituir como sujeito.

É aí que está a função, a mola, o instrumento eficaz que constitui o ideal do eu, em que o pai vem apoiar a função simbólica. Que será o tronco das identificações secundárias em que o “Eu” se objetiva, em sua relação com a cultura e a linguagem, pela mediação do outro, cuja função, no plano simbólico, é de regular a estrutura imaginária do eu, as identificações e os conflitos que regem suas relações com seus semelhantes. “O pai introduz a relação simbólica, e com ela a possibilidade de transcender a relação da frustração ou de falta de objeto na relação de castração” (LACAN, 1960/1998, p. 822). Trata-se, aqui, de outra função, que institui uma identificação de natureza singularmente diferente introduzida pelo processo de separação.

O processo de separação é uma operação de defesa do sujeito. O termo “*separare*”, “*separar-se*”, produz o equívoco do “*se parare*”, “*se parer*”, pelos sentidos flutuantes que tem na língua francesa, “*munir-se para pôr-se em guarda*”, ou mesmo “*se parere*”, “*engendrar-se*” (LACAN, 1964/1998, p. 202). Uma vez que se tornar objeto do Outro é também por ele ser engolido em um gozo mortal e, portanto, sair desse primeiro impasse faz-

se premente a função do Nome – do Pai –, cuja operação lhe permite engendrar-se como sujeito desejante.

O eu é, então, efeito de uma série de identificações que representaram, para o sujeito, uma referência essencial a cada momento “lógico” de sua estruturação, ou melhor, da sua causa. De acordo com Lacan (1964/1998, p. 207):

[...] o sujeito aparece primeiro no Outro, [...], o significante unário, [...] donde o sujeito aparece em algum lugar como sentido, em outro lugar ele se manifesta como desaparecimento [...]. Pela separação o sujeito acha, se assim podemos dizer, o ponto fraco do casal primitivo da articulação significante, no que ela é de essência alienante. É no intervalo entre esses dois significantes que vige o desejo oferecido ao balizamento do sujeito na experiência do discurso do Outro, no primeiro Outro com o qual ele tem de lidar, ponhamos para ilustrá-lo, a mãe, no caso. É no que seu desejo está para além ou para quem no que ela diz, do que ela intima, do que ela faz surgir como sentido, é no que seu desejo é desconhecido, é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito.

É a transformação produzida num sujeito quando ele assume um significante do Outro para se representar e, portanto, se distinguir de todos os outros em uma resposta singular. Para que haja a organização com sua trama de simbólico é preciso o pai simbólico, elemento mediador essencial no mundo simbólico e de sua estruturação. “Ele é necessário a este desmame primitivo, pela qual a criança as de seu puro e simples acoplamento com a onipotência materna [...] é essencial a toda articulação de linguagem humana” (LACAN, 1956-7/1995, p. 374).

A possibilidade do nascimento de um “sujeito” se dá pelos percalços do que se institui pelo Outro, num processo de identificação *a priori* imaginária, fundadora da instância do eu. E, *a posteriori* pela identificação simbólica, considerada como ponto concreto do sujeito ao significante, inaugurando-o ao plano simbólico.

A ordem simbólica constituinte do sujeito se dá a partir da função da falta que se estabelece na/pela relação com o Outro. Em outros termos, se o sujeito depende do significante, e este se encontra no campo do Outro, o processo de engendramento do sujeito implica “no recobrimento de duas faltas” – no sujeito, uma vez que invocado a ser na linguagem pelo significante, configura-se uma falta real, e no Outro que também carece do significante “último” que possa responder pela significação. “A relação do sujeito como o Outro se engendra por um processo de hiância. O que falta a um não se encontra no Outro a não ser como falta” (LEITE, 2000, p. 45). Portanto, o que está em jogo na constituição do sujeito falante é o que resulta da transmissão simbólica operada pela parentalidade numa temporalidade lógica.

Retomando o encadeamento que estamos tentando produzir sobre a clínica com bebês, é fundamental expor que, destacar estes pressupostos da psicanálise lacaniana, a princípio, poder-se-ia pensar em um recurso de “escuta” que permita à sustentação da presença da temporalidade lógica instaurada na/pela dialética entre o *infans* e o Outro. Medida esta que acredito estar em consonância com o que se desvela na clínica, pois, nos encontros entre fonoaudióloga/pais/bebê, produções do casal parental são movimentadas. Podemos dizer que, de alguma forma, o que anima os encontros sucessivos são os passos/impasses do que se define tradicionalmente como o “comportamento” da criança frente à relação instituída com os pais, na medida em que vão se superpondo os elementos que conjugam a complexidade vigente nos laços instaurados entre pais e filhos.

Talvez possamos entender o “mal-estar” que acompanha os pais, em relação às contingências do vivido com os filhos, a partir das operações lógicas de causação do sujeito que configuram o falante. Esta suposição advém de vários aspectos que compõem a clínica, mas um fato, em particular, quero destacar: por anos da vida da criança, mesmo na ausência de qualquer “queixa” sobre a constituição do seu filho, enquanto falante da língua, os pais continuam investindo nas consultas fonoaudiológicas.

Acredito que é justamente por não tomar na clínica os acontecimentos/movimentos em que pais e bebê estão implicados⁹⁹, enquanto dado da temporalidade cronológica, como de “checar” as manifestações adquiridas pela criança com o passar do tempo e em seguida comunicar aos pais o possível atraso de seu filho. Associada a “orientações” sobre como atingir o adequado desenvolvimento segundo uma verdade instituída pelos instrumentos de padronização. É assim que podemos, nos encontros, produzir um “laço” que excede a natureza estritamente da estruturação da criança enquanto um falante da língua.

O encontro na clínica se dá por meio do que se impõe pela fala destes. O que quero dizer, é que menos do que fazer perguntas sobre os acontecimentos passados e/ou atuais, espero, pelos dizeres dos pais, já que, para além das circunstâncias locais, o que está em pauta é o filhote humano em seu desamparo e, portanto, assujeitado ao Outro enquanto sujeito do inconsciente. Deste modo, destituímos desta clínica, o julgamento acerca da “qualidade” do papel exercido pelos pais e mesmo qualquer proposta que inclua a “orientação” sobre um suposto modo de exercer a função parental.

Propomo-nos suportar um desconhecimento acerca do real que se instaura na cena clínica quando os pais comparecem a uma consulta, trazendo seu filho nos braços, de algum modo, pela expectativa, do dito profissional acerca do “risco”.

⁹⁹ Vale dizer que tratamos a implicação dos pais como radical, na medida em que, na Clínica de Acompanhamento, nos deparamos com os primórdios da constituição do “ser”.

Recorreremos a fragmentos de atendimento, já que a busca por elaborações teóricas é fruto das inquietações da prática clínica.

W. nasceu prematuramente de parto normal, com o peso de dois quilos. Ele permaneceu internado por cinco dias, no Hospital Regional de Assis, com sua mãe de acompanhante. W. é o segundo filho de I., a mãe, que tem dezessete anos de idade e de V. o pai, com vinte anos. O primeiro filho estava com um ano e quatro meses naquele período. A família mora na cidade de P. que fica a 30 trinta quilômetros de Assis.

O acompanhamento iniciou-se quando W. estava com 1 mês e quinze dias, e os atendimentos sucediam-se sem quaisquer problemas em relação à estruturação da criança. Aos dez meses, no que diz respeito ao desenvolvimento motor, mais sucessos: dava passos apoiado, procurava subir em objetos mais altos. No entanto, a criança era mesmo muito quieta, apesar de receber e manipular objetos que lhe eram oferecidos, e de mostrar curiosidade para explorá-lo. Espontaneamente, contudo, não parecia ter interesse por nada no ambiente. W. permanecia sentado no chão (em um colchonete) durante a sessão toda, sem procurar chamar a minha atenção ou a da mãe.

No período em que a criança tinha um ano e quatro meses, uma primeira queixa foi instituída por I., a mãe, dizia que ele “*não falava nada*” e que era “*muito pacato*”, e nem brincava com o irmão mais velho de dois anos e oito meses. A criança preferia, segundo ela, ficar sozinha. A mãe contou, também, que a criança dormia muito, quase o dia todo, caía com muita facilidade, tinha diarréias freqüentes e, que, na semana anterior, uma delas havia sido acompanhada por vômito.

E também se queixou que o pai ficava pouco com a criança, quase não lhe dava atenção. Na seqüência, apontei que era a primeira vez que fazia menção sobre outros aspectos da vida de W. que não as referentes ao desenvolvimento dele. Por outro lado, chamei a atenção de I. sobre o modo de presença do seu filho na sessão: silencioso e alienado em relação à situação em curso, e foi precisamente nesse momento que ela contou que o pai não havia aceitado o nascimento do filho e que o avô paterno também preferia seu filho mais velho ao caçula.

Ainda nesta sessão I. disse que sua família morava “nos fundos da casa da sogra” e que não havia respeito para com o seu modo de conduzir a educação dos filhos, e críticas freqüentes se faziam presentes sobre como realizava os serviços domésticos. O marido não a apoiava, pois ele (marido) “*era muito apegado à sua mãe*” e não se sentia com “*forças*” para dizer a respeito, portanto, ela se calava.

Propus, então, que o marido (pai da criança) viesse à próxima consulta e nos dedicaríamos aos problemas concernentes às dificuldades de relação na família.

Vieram para consulta apenas mãe e pai e, nesse tempo, a criança estava com um ano e seis meses. O pai falou do seu apego para com a mãe, da separação dos seus pais quando ele tinha três anos e da sua gratidão à mãe, que tinha sido responsável pela sua criação e de seus irmãos. Falou sobre fracasso profissional, sobre a tentativa em trabalhar como gerente de uma fazenda – período em que o casal morou separado da família paterna. Depois, tiveram, por dificuldades financeiras, necessidade de retornar para os fundos da casa de sua mãe. A mãe pouco falou durante a sessão, deixou o espaço para o marido e ele, realmente, “tomou conta desse espaço”. Ouvi suas queixas pessoais, que culminaram na declaração da dificuldade em aceitar o nascimento do seu segundo filho, pois, não se sentia preparado para ser pai novamente.

As consultas se sucediam e com um ano e nove meses vieram para consulta a mãe, o pai, o irmão mais velho e W. A criança se apresentou de modo diferente das consultas anteriores, pois teve a iniciativa de pegar os brinquedos que estavam à vista para brincar com o irmão; mudava de atividades com frequência; chamava a atenção dos pais enquanto conversávamos (eu e pais). Os pais reconheceram a melhora da criança, no entanto, a mãe estava preocupada com o fato da criança ainda não falar.

A criança estava já com dois anos e sete meses e sua fala não se apresentava mais como obstáculo, mas neste período surgia outra inquietação por parte de I., a mãe, em relação ao início da “escolaridade” do filho – “não se sentia segura em deixar a criança sozinha”. W. lhe parecia ainda “muito indefeso”, comparou-o com o filho mais velho, que frequenta a escola desde esta idade. Mas, que segundo a mãe, diferentemente, é esperto “sabe enfrentar os perigos” é até “meio bruto”, faz a hipótese de que isto se deve ao modo de ser – “mais desapegado”, portanto, independente. Já, W., confessa, ainda não brincava na rua (como o irmão) porque é “molão”.

No final da consulta, a mãe perguntou se deveria colocar W. na escola; se ele se desenvolveria melhor. Respondi sua pergunta procurando chamar sua atenção para a forma como ela antevia a presença de W. e “os excessos de cuidados” que ela parecia julgar necessários para com a criança. Fiz menção às oposições que haviam aparecido em sua fala sobre os filhos: *bruto x molão, forte x indefeso, desapegado x apegado*. Depois, disse que a decisão de pôr ou não o filho na escola naquele ano, contudo, era dela (e não minha). Antes do final da consulta, perguntei sobre o marido e ela disse não haver mais a interferência da sogra em sua casa, apesar de ainda morarem nos fundos, limitando-se a essa observação.

A criança estava com três anos e onze meses e vieram para sessão, ela e a mãe. W. estava bem na escola, gostava de ir para lá, porém, a professora mencionou à mãe que a criança conversava demais durante as aulas e isso atrapalhava a classe. A mãe disse que a família havia se mudado e que estava morando longe da casa da avó paterna. Acrescentou que o marido, depois que se afastou da mãe, havia melhorado; que brincava mais e que estava “*mais amoroso com os filhos*”.

A criança estava com quatro anos e três meses, vieram a mãe e W. para a consulta. A criança pareceu-me bastante diferente dos outros encontros: conversou bastante, movimentando-se na sala com desembaraço; procurou abrir as portas do armário para pegar os brinquedos e solicitou insistentemente minha presença em suas brincadeiras.

A mãe falou pouco sobre W. Segundo ela, “*tudo estava muito bem*”. Entretanto, outra inquietação passou a fazer parte dos ditos de I.: o filho mais velho, atualmente com cinco anos e quatro meses, é que a estava preocupando, ela “*não tinha mais controle sobre ele*”, pois ele “*não a obedecia*”; “*só queria brincar na rua*” e já havia recebido reclamações da escola sobre sua indisciplina. E novamente insisti com o dito: “*a falta do pai*”.

Dizia estar preocupada com o futuro de seus filhos, principalmente do mais velho, porque sabia que um sobrinho “*usava drogas*” e tinha muito medo que isso viesse a acontecer na sua família. Desta vez, disse que o marido não a auxiliava na educação dos filhos – “*O pai é necessário*” – “*Ele é homem*”. Comentou que até então, enquanto os filhos ainda eram pequenos, ela pôde dar conta sozinha da educação deles, porém eles estavam crescidos e “*como são homens*”, precisavam de um homem – “*do pai*”.

Sobre o que vigora nesta clínica é preciso apontar uma característica comum. De fato, inicialmente, não há uma demanda instaurada. Penso que, *a priori*, os pais vêm à consulta na expectativa de saber sobre o “risco” que poderá assolar o futuro de seu filho e, portanto, o deles próprios. De minha parte, o que está definido é que estou diante de *infans* que só poderão se estruturar na ordem da filiação e, neste caso radicalmente em dependência da relação com a alteridade.

Ainda sobre os atendimentos, reconheço que a clínica não se sustenta por uma demanda explícita, pois, como já mencionamos, não há de minha parte a suposição de um possível “risco”, já que qualquer trajetória de constituição subjetiva está sobredeterminada. Também não há, por parte dos pais, um pedido de ajuda formulado, todavia, mesmo que em um registro bastante incipiente, algo se processe em nossos encontros. De forma recorrente durante o período do acompanhamento, é trazido pelos pais uma certa inquietação que se traduz em um querer “saber mais”. **Talvez possamos dizer que minha oferta de “escuta”**

produz uma demanda de fala. E nesse ponto vale adentrarmos pela dimensão da transferência.

A transferência é o estabelecimento de um “certo” vínculo afetivo, incontornável e independente de todo o contexto de realidade, passível de ser encontrada nas relações profissionais, hierárquicas, amorosas; presentificando-se pelo registro do imaginário, da imagem que se faz do “outro”, pautada muitas vezes pela rivalidade. Trata-se de uma ordem de fenômenos que, pelo funcionamento do psiquismo humano, torna-se inevitável. É sustentada na psicanálise pelos pedidos de amor da infância que testemunham a constituição subjetiva do sujeito.

Freud, no texto intitulado “Observações sobre o amor transferencial”, retoma o conceito como um fundamento da teoria psicanalítica, e esclarece que o enamoramento por parte do paciente se instaura com o analista atualizando “a escolha objetual infantil do paciente e as fantasias tecidas ao redor dela” (FREUD, 1915/1987, p. 217). Nesse sentido, a transferência entra em cena “quando algo” das “imagos infantis” é “transferido para a figura do médico, [...] realizada” (FREUD, 1915/1987, p. 115) em ato pela “compulsão a repetição” e, que “o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou reprimiu [...] ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem saber que o está repetindo” (FREUD, 1915/1987, p. 196). Freud, no entanto, nos alerta para o fato de que tal repetição não deve ser tratada como um acontecimento do passado, mas como uma força atual, já que o que o sujeito põe em ato, no amor transferencial, são atualizações da sua própria novela familiar.

De acordo com Lebrun e Stryckman (1997), a transferência se estrutura pela fala – demanda atualizada da historicidade do sujeito – calcada na suposição de saber sobre o desejo ao objeto que lhe falta. O sujeito suposto saber é elevado, em um primeiro momento, pelo analisante, à posição de objeto de valor, a objeto de amor. Logo, a fala está endereçada a uma imagem do analista, a partir de uma demanda que ele supõe poder ser respondida, entretanto, não há autenticação do imaginário. Esta transferência de lugar, posta na relação, presentifica o real do analista, ou seja, faz ruptura ao imaginário, dado que está em questão é o assujeitamento do sujeito ao significante de sua demanda, que é transferido em subjetivação ao analista disto que lhe causa, o desejo.

O sujeito da análise, ao ser confrontado com esse real impossível, diante da presença do analista, substitui esse elemento pelo amor. É neste sentido que a transferência, por não comportar nenhuma reciprocidade da posição dos sujeitos em presença, é referida por Lacan como atualização da realidade do inconsciente e como demanda de amor.

Conforme Lebrun e Stryckman (1997), a demanda de amor é retomada por Lacan no Seminário “A transferência”, a partir de um longo comentário sobre o Banquete de Platão, “um diálogo sobre o amor” no qual a atitude de Sócrates a Alcebiades é comparada à posição do analista na medida em que, correlativamente ao amor, está posta a noção de falta. Sócrates recusa-se a entrar no jogo de sedução de Alcebiades afirmando que não há nada nele de particular que poderia ser oferecido e, portanto, preserva a “imperfeição”, não cede à demanda de amor.

O atributo reconhecido por Lacan – recusa ao “ideal do mestre perfeito” – pelo gesto de Sócrates, é que é comparado ao analista. O fato oferecer um lugar vazio, sem a pretensão imaginária do preenchimento a que falta ao outro, é que permite ao sujeito articular uma condição, necessariamente em impasse, desconhecida, necessariamente insatisfeita, a saber, o desejo. Com efeito, é a fantasia que dará sustentação ao enredo que, por sua vez, constituirá o sujeito como “mais ou menos reconhecível”, ou seja, o sujeito se sustenta como desejante em relação ao significante – “a função do desejo é resíduo último do efeito do significante no sujeito” (LACAN, 1964/1998, p. 147) –, tributário, enquanto efeito do significante pela valência do Outro. Logo, as determinações das significações do inconsciente estão dialetizadas na relação do desejo do Outro: “o desejo do homem é o desejo do Outro”.

É sobre o desejo que o sujeito se centra na transferência, endereçando ao outro que tem um saber sobre ele, o sujeito suposto saber. Na análise, a transferência é situada como ponto privilegiado, “é absoluto [...] por não ser nenhum saber, mas o ponto de encaixe que liga seu próprio desejo à resolução daquilo que se trata de revelar” (LACAN, 1964/1998, p. 239), o analista intervém como suporte fundamental de causa de desejo e, portanto, testemunha de que não há resposta absoluta ou definitiva.

Retomando nossa questão acerca da clínica com bebês, podemos dizer que a “ligação” estabelecida entre fonoaudióloga e pais apresenta estatuto de transferência? Por ora consideramos que o encontro com a fala dos pais não está assentado pela ordem das relações pessoais cotidianas, visto que minha escuta pode sustentar outro lugar que não aquele em que se depositam as rivalidades e/ou o discurso do mestre, por exemplo, concernentes a estratégias de orientações, ditas preventivas. Entretanto, deixaremos esta pergunta em aberto e, faremos considerações sobre o que concernem os três fragmentos de atendimento apresentados anteriormente.

Os fragmentos da experiência clínica, a nosso ver, possuem alguns aspectos em comum os quais iremos destacar. A continuidade nas consultas fonoaudiológicas por um longo período de tempo, em uma natureza desta, excede a estruturação do *infans* como sujeito

falante na medida em que mesmo que superados “estranhamentos” instituídos pela escuta dos pais sobre a fala dos filhos, em alguns casos, não se produzem este estranhamento, há continuidade nos encontros. Continuidade esta que se sustenta de um lado pelo discurso dos pais, na maioria das vezes, da mãe, acerca das questões que envolvem a posição deles enquanto agente da função materna e paterna. Por outro lado, pela posição da fonoaudióloga na clínica, que é sustentar no/pelo bebê a suposição de um sujeito. Esta designação engendra esclarecimentos: o *infans* só poderá vir-a-ser a partir do circuito de desejo e demanda de seus pais, em uma ordem de filiação que produz a posição do agente materno como Outro primordial, “tesouro dos significantes”, fundante da subjetividade. Uma vez que aí se produz significação: “a presença do bebê se reveste de significação e a suposição de um falante se realiza aí [...] na condição de objeto para o agente materno” (LEITE, 2001, p. 270).

Em relação ao pai enquanto aquele que agencia o processo de significação porque permite, a partir da operação do Nome-do-Pai, a saída da posição do *infans* como objeto, “a intervenção da lei do pai que barra o gozo incestuoso de um momento mítico em que se supõe ter havido uma copulação perfeita das palavras com o corpo” (LEITE, 2001, p. 271), constituindo-o como sujeito desejante, porque não dizer, sujeito falante.

Ainda sobre a posição clínica da fonoaudióloga, podemos dizer que os encontros são marcados pelas vicissitudes de uma temporalidade lógica na qual o filho está enlaçado pela parentalidade. Em um primeiro momento, como declaramos anteriormente, fica circunscrito no “organismo” – alimentação, peso – e isto é lido por mim como um pedido de “outorgar” a presença de uma criança a despeito de sua inconstituição. É neste ponto que acredito que a consulta fonoaudiológica faz diferença, porque interpreto que, para além de um pedido, o que está posto pelo discurso é uma demanda que implica o desejo do sujeito e, portanto não é tangível a uma resposta.

O que se quer dizer com isto é que a demanda sempre pede alguma coisa a mais do que ela apela porque se trata do desejo, daí o caráter problemático e ambíguo do lugar onde se situa o desejo

seu caráter essencial [...] se organiza no intervalo interno entre os dois planos da demanda, o plano significado e o plano significante [...] é aí que exerce a todo instante a contradição [...] possuído por um desejo – um desejo que inaugural e fundamentalmente estranho ao sujeito (LACAN, 1956-7/1995, p. 419).

O desejo se situa na dependência da demanda que, em última instância, comporta a dimensão do impossível na medida em que, atendida ou não, a demanda se aniquila e logo se

projeta noutra coisa. Dado que o objeto é, para o sujeito, ao mesmo tempo, algo que é ele e que não é ele, e com o qual jamais poderá satisfazer-se. Reconhece-se, portanto, a falta como fundante da constituição subjetiva: “uma condição ao mesmo tempo absoluta e impegável, elemento necessariamente em impasse, insatisfeito, impossível, desconhecido, elemento que se chama desejo” (LACAN, 1964/1998, p. 146).

Uma vez assentada pela perspectiva teórica da psicanálise, entendo que o “ato” de fala não pede uma resposta, mas sim a sustentação de um lugar para o desejo. Especificamente, na clínica com bebês, sustento a presença de um “projeto”, ainda que desconhecido, dos pais endereçado ao *infans*. O termo “desconhecido” marca um paradoxo, porque, se por um lado, a cada consulta deixo-me interrogar pela presença convocada pelo bebê e pela fala dos pais acerca do projeto que vigora, menos do que qualificá-lo como “bom” ou “ruim”, agencio a existência deste. Por outro, por parte dos pais, é endereçado a mim uma “suposição de saber”. Ainda é preciso dizer que na esteira destes encontros os pais não aparecem, apenas, enquanto lugar de parentalidade, mas também, há um deslocamento do dizer para a sua própria posição como sujeito. Estou me referindo a uma demanda de fala atada a seus próprios percursos na relação com a família de origem (pais, irmãos, avós), bem como do que se institui como casal.

O contraponto com a análise é que a transferência assume um lugar de manejo na situação de um trabalho analítico e nisto não estamos incluídos. Talvez possamos dizer que o “espaço de escuta” oferecido na clínica com bebês se apresenta como suporte/sustentação do “projeto” que aparece no discurso atado ora enquanto parentalidade, ora enquanto casal e outras vezes, ainda, enquanto formulações relacionadas à sua própria família de origem, desvelados pela fala dos pais nos nossos encontros. Acredito que seja por/pela “aposta” – a presença de um projeto – que se institui a “ligação”, a transferência que se estabelece entre fonoaudióloga e os pais.

CONCLUSÃO

Neste trabalho procurei problematizar, dado o meu percurso profissional como fonoaudióloga em um hospital do interior do Estado de São Paulo, a atuação fonoaudiológica com bebês, especialmente aqueles nascidos prematuramente. Em que duas instâncias estão envolvidas, a saber: o período de internação hospitalar cujo enfoque está na abordagem alimentar e na condição de pós-alta hospitalar; em pauta também está a questão do acompanhamento do desenvolvimento da linguagem.

O cerne da questão funda-se numa espécie de prognóstico intuitivo de que crianças nascidas prematuramente apresentariam, necessariamente, problemas e, portanto, de antemão consideradas de risco. É preciso dizer que a Fonoaudiologia adere incondicionalmente tal pressuposto da clínica médica, especialmente da neonatologia, e produz protocolos de avaliação e estratégias de intervenções em consonância com os dados médicos relacionados ao nascimento prematuro para estabelecer parâmetros de sua própria atuação. Mas foi a partir das interrogações suscitadas pela clínica, particularmente pelo encontro entre bebê e seus pais, bem como pelos dados discursivos que emergiram desta conjuntura, que pude como fonoaudióloga me interessar pelas produções do bebê enquanto uma precipitação que se dá pela incidência do simbólico. Neste sentido, menos do que investir no funcionamento do corpo-organismo, o que esteve em questão foi à circunscrição dos efeitos deste corpo atada aos “gestos” impressos pela parentalidade.

Sobre o aspecto alimentar, atuação que se estabelece no período de internação, o fato marcante que determinou meu afastamento da discursividade da Fonoaudiologia sobre o privilégio das manobras utilizadas para a “capacitação” do bebê para alimentação oral, foi atestar, pela experiência, que não havia nenhuma relação de causalidade que pudesse identificar os padrões de sucção (intensidade, ritmo), de deglutição e de coordenação entre os reflexos que sancionasse o momento da transição da alimentação via sonda para a alimentação oral, garantindo a segurança do bebê nos horários da alimentação. Para além disso, o que se presentificava como resposta – “se fazer mamar” – estava sob o efeito de sentido atribuído ao bebê no campo de experiência do agente materno.

Quanto à questão do acompanhamento do bebê pós-alta hospitalar, nesta mesma esteira de reflexões, pude apreender que a clínica desafia o raciocínio pautado na primazia da causalidade direta e imediata entre problemas orgânicos e alterações na fala. Pelo testemunho

da clínica posso dizer que não houve compatibilidade entre os instrumentos forjados na Fonoaudiologia, movidos por uma necessidade de responder pelo crescimento ou pelo desenvolvimento da criança, e o acontecimento singular do processo de estruturação do *infans* na linguagem. Parto da premissa de que não se pode adotar a noção de “risco de vida ou de seqüelas”, quando se tem no horizonte a clínica fonoaudiológica, que é instituída, exatamente, pelo que escapa à determinação orgânica, ou seja, com o que diz respeito ao sujeito e à linguagem.

Como procurei explorar neste trabalho o bebê, ao nascer, está em “desamparo psíquico”, além de físico, é claro, e é o laço simbólico que liga o agente materno e paterno ao bebê que abrirá a possibilidade do nascimento de um sujeito. É certo que alguns trabalhos na Fonoaudiologia incluem a parentalidade como suporte para a estruturação do *infans* como sujeito falante. Todavia, o que observamos em alguns trabalhos do campo, a que tivemos acesso, uma tendência de que a qualidade do desenvolvimento do bebê é influenciada fortemente pela “competência” dos pais na interação com o filho. Já que o que está posto de saída é que se trata de bebês de “risco” e de acordo com o que vigora no meio no qual a criança está incluída seja concernente ao ambiente, situação socioeconômica, atitudes em relação ao estímulo e aos cuidados voltados para a criança podem minimizar ou potencializar a condição de risco. E neste raciocínio cabem medidas educacionais e ou terapêuticas tanto para os pais por meio de orientações, quanto para o bebê a partir da exercitação de funções sejam elas motoras, cognitivas, sensoriais com o objetivo de intervenção precoce.

Entendemos que é incontornável para o campo fonoaudiológico não confundir o quê é do *organismo* e o quê é do *sujeito* e, além disso, ter em mente que essas instâncias *não coincidem* – diferentes são as determinações envolvidas em cada uma delas. Como qualquer outro percurso de estruturação do ser, que tenha nascido prematuramente ou não, preexiste enquanto discurso. Portanto, a criança, no seu processo de estruturação da linguagem, é “capturada pela instância de funcionamento lingüístico-discursivo” (LEMOS, 2002) que discursivamente incide sobre o corpo do bebê e marca o seu devir como sujeito.

A noção de captura afasta qualquer possibilidade de ação consciente e deliberada da criança na “aquisição” da linguagem e, ou mesmo um outro que tem a função de apresentar/prover a linguagem à criança a partir da interação, ao mesmo tempo, inclui o corpo enquanto uma materialidade implicada no e pelo processo de subjetivação, a saber, “o corpo pulsional”.

Sujeito e linguagem são conceitos aqui ressignificados, neste sentido, o que tradicionalmente na Fonoaudiologia é instituído como perfil comportamental dado pelo

desenvolvimento¹⁰⁰, tomaremos aqui, como uma resposta do bebê à certeza antecipada, operada na estrutura a partir da demanda e do reconhecimento do Outro que ocupa a posição mestra para o estabelecimento de um sujeito.

Vale dizer que a temporalidade implicada nesta constituição não equivale à simples passagem do tempo, mas o que se destila neste movimento é o “efeito de retroversão pelo qual o sujeito, em cada etapa, transforma-se naquilo que era, como antes, e só se anuncia ‘ele terá sido’, no futuro anterior” (LACAN, 1960/1998, p. 823).

A segunda conseqüência é a definição da abordagem do Outro nesta clínica que pretendemos imprimir, uma vez que o que assegura a existência do ser são as marcas instituídas pela relação com o significante que está no campo do Outro. É preciso marcar que o Outro funciona sob a lei do significante e, nesta perspectiva, se por um lado determina a causação do *infans*, por outro ignora sua própria causa. Deste modo, para além de um saber consciente que rege esta relação, há a submissão às leis do inconsciente. Implicada, portanto, a esta concepção teórica, a direção dada na condução de nosso encontro na consulta parte da fala dos pais, enquanto marca que se institui numa estrutura de ficção, introduzida pela divisão subjetiva. Desse modo, menos do que tomar a fala no seu sentido de realidade o que se reconhece, é o que, naquele momento, estes pais puderam, remetidos a suas identificações primordiais, formular sobre as suas funções da parentalidade.

Por esta dimensão, a “identidade” posta pelo discurso dos pais tem função de enigma, considerando que não há uma autoria, mas um modo de presença que é impressa na relação estabelecida com o filho. Neste entorno, portanto, não cabe a medida de orientação de como proceder na relação com a criança, já que estamos, como clínicos, diante de uma transmissão operada pela lógica do registro de demanda e do desejo do Outro, assentado sobre as questões da mulher e do homem que ocupam o lugar de mãe e pai desta criança.

Por último, tendo afirmado que este trabalho de doutorado foi uma alternativa para a busca de uma reflexão teórica que pudesse ser “sensível” à irremediável singularidade de percursos que “acompanho” na clínica com bebês, à qual estou envolvida há 14 anos no Hospital Regional de Assis. Devo concluir que a filiação à Psicanálise lacaniana, a partir de Freud, se deu por esta perspectiva, como um recurso de “escuta” na medida em que “ampara” esta clínica que permeia o discurso do risco e o laço com a parentalidade.

¹⁰⁰ Trata-se do que a Fonoaudiologia investiga sobre as manifestações do comportamento global do bebê: perfil motor, visual, cognitivo, auditivo e lingüístico com o intuito de checar se os achados estão em consonância com o padrão de normalidade. E atribuindo as possíveis falhas à condição de risco imposta pela prematuridade.

O que quero dizer com isto é que o real instaurado pelo nascimento prematuro impõe uma posição de entremeio do discurso do risco, que implica a possibilidade desse bebê “não vingar” pelas condições orgânicas. Mas que ao lado disto convoca ao que deste corpo “fisga”, faz laço no discurso dos pais. Logo, a despeito da condição de risco, no registro de intervenção clínica, talvez possa dizer, que acompanho um trajeto entre o bebê e seus pais que vai se moldando pela aposta de um semelhante que “quer” viver e “precisa” de nossa ajuda para “suportar” a longa jornada que implica as mais variadas intervenções médicas do período de internação.

É por/nestes percalços que acredito que o fenômeno de transferência se produz entre fonoaudióloga e pais, pois, como declarei anteriormente, se consegui recolher dados e inquietações da clínica foi graças a continuidade de uma convocação, especialmente das mães, no acompanhamento dos percalços do laço com o filho. É preciso salientar que tratei de abrir uma discussão a partir de minha própria experiência clínica e que encaminhei até o limite do que pude analisar neste momento. Apontei para a complexidade que vigora sobre a clínica com bebês, entretanto, esta conclusão não é ponto final. Reconhecemos, também, que muito pouco foi tematizado sobre a hipótese da instauração da transferência como recurso de “escuta” na clínica fonoaudiológica, talvez esse possa ser um próximo investimento para a circunscrição da posição do clínico na prática relacionada aos bebês.

REFERÊNCIAS

- ALS, H.; GILKERSON, L. The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. **Seminars of Perinatology**, v. 21, n. 3, p. 178-189, 1997.
- ALVES, A. C. P.; TAQUES, M. I. M.; XAVIER, C. Acompanhamento de crianças com história de prematuridade no ambulatório da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. In: GOMES, I. C. D.; MARCHESAN, I. Q.; ZORZI, J. L. **Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1996. v. III.
- AMSERMET, F. **Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.
- ANDRADE, L. Procedimentos de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 349-360.
- _____. Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica. **Letras de Hoje**, Porto Alegre: EDIPUCRS, v. 36, n. 3, p. 262-265, 2001.
- _____. **Ouvir e escutar na constituição na clínica de linguagem**. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.
- AQUINO, M. F. P. **O Fonoaudiólogo como Facilitador da Relação Mãe-Bebê de Alto Risco**. 2005. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ARAN, D.; EKELMAN, B.; NATION, J. Preschoolers with language disorders: 10 years late. **Journal of Speech and Hearing, Research**, n. 27, p. 232-44, 1984.
- ARANTES, L. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- _____. Impasses na distinção entre produções desviantes sintomáticas e não sintomáticas. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 217-226.
- _____. O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. In: LIER-DEVITTO, M. F. (Org.). **Fonoaudiologia: no Sentido da Linguagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 23-38.

ARANTES, L. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de linguagem. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 315-330.

ARAÚJO, S. **O fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças: uma posição terapêutica?** 2002. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002..

ARVEDSON, J. Management of pediatrics dysphagia. **Otolaryngol. Clin. North Am.**, v. 31, n. 3, p. 453-476, jun. 1998.

AZEVEDO, M. F. Avaliação e Acompanhamento de Neonatos de Risco. **Acta Awho**, v. 10, n. 3, p. 107-16, 1991.

_____. Avaliação subjetiva da audição no primeiro ano de vida. **Temas sobre o desenvolvimento**, v. 1, n. 3, p. 11-14, nov./dez. 1991.

_____. **Desenvolvimento auditivo de Crianças Normais e de Alto Risco: Estudo Comparativo de Respostas Comportamentais a Estímulos Sonoros**. 1993. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1993.

AZEVEDO, M. F. et al. Avaliação do Processamento Auditivo Central: Identificação de crianças de risco para alteração de linguagem e aprendizado durante o primeiro ano de vida. **Tópico em Fonoaudiologia**. São Paulo, v. II, 1995.

BASSETO, M. C. A.; AZEVEDO, M. F.; CHIARI, B. M. Crianças nascidas pré-termo e de baixo peso: Estudo de aspectos auditivos e lingüísticos. In: BASSETO, M. C. A.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R.. **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica**. São Paulo: Lovise, 1998. p. 311-327.

BAYLEY, N. **Bayley scales of infant development**. New York: Psychological Corporation, 1969.

BENINE, R. B. **Distúrbios Articulatorios, Dislalias, Desvios Fonológicos: de que falamos esses nomes?** 2001. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

BERBAUM, J. et al. Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. **Pediatrics**, v. 712, n. 1, p. 41-45, 1983.

BEREZIN, A. et al. Resultado de um programa de estimulação de prematuros com estímulo de sucção não-nutritiva e interação mãe-RN: avaliação do ganho ponderal. **Revista Paulista Pediátrica**. v. 1, n. 2, p. 178-181, 1992.

BERGÈS, J.; BALBO, G. **Jogo de posições da mãe e da criança: ensaio sobre o transitivismo**. Porto Alegre: CMC, 2002.

BRADLEY, R. H. et al. Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environment of low birthweight, premature children living in poverty. **Child Development**, n. 65, p. 346-360, 1994.

_____. Maternal IQ, the home environment, and child IQ in low birthweight, premature children. **International Journal of Behavioral Development**, n. 16, p. 61-74, 1993.

BRADLEY, R. H.; CALDWELL, B. M. Home observation for measurement of the environment: a validation study of screening efficiency. **American Journal of Mental Dericiency**, v. 81, n. 5, p. 417-420, 1977.

BRADLEY, R. H.; CASEY, P. H. Family environment and behavioral development of low-birthweight children. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 34, n. 9, p. 822-833, 1992.

BRANDT, P. et al. Learning and behavioral-emotional problems of children born preterm at second grade. **Journal of Pediatric Psychology**, n. 17, p. 291-311, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde 2002. Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru – Manual Técnico. Brasília.

BRAZELTON, T. B. et al. **A Dinâmica do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

BRAZELTON, T. B. **Neonatal Behavioral Assessment Scale**. 2. ed. London: Spastics International Medical, 1984.

_____. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

_____. **O que todo bebê sabe**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. **O desenvolvimento do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BROCK, R. Distúrbios respiratórios em recém nascidos In: BASSETTO, M. C. A.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica**. São Paulo: Lovise, 1998. p. 119-126.

BROOKS-GUNN, J.; LIAW, F.; KLEBANOV, P. K. Effects of early intervention on cognitive function of low-weight preterm infants. **The Journal of Paediatrics**, v. 120, n. 3, p. 736-753, mar. 1992.

BÜHLER, K. E. B.; LIMONGI, S. C. O. Fatores associados à transição da alimentação via oral em recém-nascidos prétermo. **Pró-Fono - Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 16, n. 3, p. 301-310, set./dez. 2004.

CAETANO, L. C.; FUJINAGA, C. I.; SCOCHI, C. G. S. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. **Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 232-236, mar./abr. 2003.

CARDINALLI, A. I.; XAVIER C. Aspectos da linguagem em crianças com história de prematuridade. **Temas sobre o desenvolvimento**, v. 4, n. 22, 1995.

CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M.; MARTINEZ, F. E. História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras de baixo peso (<1500g). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, p. 1-33, 2001.

CASTRO, A. G. et al. Desenvolvimento do sistema sensório motor oral e motor global em lactentes pré-termo. **Pró-Fono - Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 19, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2007.

CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. Dicionário de psicanálise. São Leopoldo: Unisinos, 2007.

CHOMSKY, N. **Knowledge of language**. New York: Praeger, 1986.

CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças – desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

CLAVREUL, J. **A ordem médica-poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COMITÊ de Follow-up do recém-nascido de risco. **Novo manual de follow-up do recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: Nestlé Serviço de Informação Científica, 1994.

COPLAN, J. **The early language milestone scale**. Austin: Pro-Ed, 1983.

COSTA, J. A. et al. Roteiro de diagnóstico e acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 36 meses de idade. **Pró-Fono - Revista Atualização Científica**, Barueri, v. 4, n. 2, p. 9-15, 1992.

CRESTI, L.; LAPI, I. O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? In: LACROIX, M.; MONMAYRANT, M. (Org.). **A observação de bebês**. Os laços do encantamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DAMMAN, O. et al. Development of a regional cohort of very low-birthweight children at six years cognitive abilities are associated with neurological disability and social background. **Developmental Medicine and Child Neurology**, n. 38, p. 97-108, 1996.

DELGADO, S. E.; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 17, n. 2, maio/ago. 2005.

DELGADO, S. E.; HALPERN, R. Possibilidade de intervenção fonoaudiológica na facilitação do vínculo mãe-bebê, através do aleitamento materno. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 53-57, mar. 2003.

DIAMANT, A. J. Exame neurológico do lactente In: **Neurologia infantil**. São Paulo: Sarvier, 1980. p. 11-40.

DOWLING, D. A. Physiological responses of preterm infants to breast-feeding and bottle-feeding with the orthodontic nipple. **Nursing Research**, v. 48, n. 2, p. 78-85, 1999.

EINARSSON-BACKES, L. M. et al. The Effect of Oral Support on Sucking Efficiency in Preterm Infants. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 48, n. 6, p. 490-498, 1994.

FACCHINI, L. C.; ALMEIDA, S. T.; DELGADO, S. E. O perfil da demanda para intervenção fonoaudiológica na UTI neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Pró-Fono - Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 12, n. 1, p. 17-23, 2000.

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

FERRAZ, S. B. T. **Estudo sobre o Atendimento Fonoaudiológico na Neonatal: o bebê, a mãe e o fonoaudiólogo**. 2003. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

FIELD, T. M. - Stimulation of Preterm Infants. **Pediatrics in Review**, v. 24, n. 1, p. 4-11, 2003.

FIGUEIREDO, H. et al. Avaliação de um Programa de Intervenção Oral em Recém-nascidos Pré-termo de Muito Baixo Peso. **EssFisiOnline**, v. 3, n. 2, 2007.

FINGERMANN, D.; DIAS, M. M. **Por causa do pior**. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FITZHARDINZE, P. M.; STEVEN, E. M. The small-for-date infant II. Neurological and intellectual sequelae. **Pediatrics**, v. 50, n. 1, p. 50-57, 1992.

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

_____. Afasia: algumas questões. In: LIER-DEVITTO, M. F. (Org.). **Fonoaudiologia: no Sentido da Linguagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 103-112.

_____. **O afásico na clínica de linguagem**. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FONSECA, S. C. O estatuto da entrevista no processo diagnóstico da afasia. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 331-340.

FRANKENBURG, W. F.; DODDS, J. B. The denver developmental screening test. **The Journal of Pediatrics**, v. 71, n. 2, p. 181-191, 1967.

FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: _____. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. I.

_____. (1912). A dinâmica da transferência. In: _____. **Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 111-188.

_____. (1914). Introdução ao narcisismo. In: _____. **Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV. p. 81-108.

_____. (1915). Observações sobre o amor transferencial. In: _____. **Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 208-221

_____. (1924). Recordar, repetir e elaborar. In: _____. **Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 193-203.

FUCILE, S.; GISEL, E.; LAU, C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 141, n. 2, p. 230-236, Aug. 2002.

GADET, F.; HAK, T. **Por uma Análise Automática do Discurso**: uma introdução a obra de Michel Pêcheux. São Paulo: Unicamp, 1993.

GAEBLER, C. P.; HANZLIK, J. R. The Effects of a Prefeeding Stimulation Program on Preterm Infants. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 50, n. 3, p. 184-192, 1995.

GIRARDI, A. L. **O bebê prematuro no discurso de suas mães**. 2003. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

GOMES, A. Nutrição Entérica do Recém-nascido Pré-termo, **Consensos Nacionais em Neonatologia**, Coimbra, p. 109-112, 2004.

GOULART, A. L. et al. Avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor e fonoaudiológico em recém-nascido pré-termo. In: REUNIÃO DE ENFERMAGEM PERINATAL, XI., 1984, **Anais...** 1984.

GURALNICK, M. J. Implication for family involvement. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 9, n. 3, p. 1-18, 1989.

HERNANDEZ, A. M. Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia: Uma Proposta de Intervenção. In: ANDRADE, C. R. F. (Org.). **Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco**. São Paulo: Lovise, 1996. p. 43-98. v. 1.

_____. O neonato de alto risco: proposta de intervenção global. In: HERNANDEZ, A. M. **Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato**. São Paulo: Pulso, 2003. p. 15-23.

HOLDGRAFER, G. Syntactic abilities of neurologically normal and suspect preterm children. **Percept Mot Skills**, n. 83, p. 615-618, 1996.

JENNISCHE, M.; SEDIN, G. Linguistic skill at 6, 5 years of age in children who required neonatal intensive care in 1986-1989. **Acta Paediatr**, n. 90, p. 199-212, 2001.

JOINT Committe on Infant Hearing- 1994- Position statement. **Audiology Today**, v. 6, n. 6, Nov/Dec. 1994.

KARMILOFF-SMITH, A. Some fundamental aspects of language development after age five. In: FLETCHER, P.; GARMAN, M. **Language Acquisition**. 2. ed. Cambridge: University Press, 1986.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê**. A formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KLAUS, M. H.; KLAUS, P. H.; KENNEL, J. H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLEBERG, A.; WESTRUP, B.; STJERNQVIST, K. Developmental outcome, childbehavior and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) intervention. **Early Human Development**, v. 60, n. 2, p. 123-135, 2000.

KLIEGMAN, R. M. Experimental Validation of Neonatal Feeding Practices. **Paediatrics**, v. 103, n. 2, p. 492-493, 1999.

LACAN, J. (1901-1981). **Nomes-Do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96-103

_____. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-324.

_____. (1956-7). **O Seminário** – livro 4. A relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. (1960). Subversão do Sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 807-841.

_____. (1960-1964). Posição do inconsciente no Congresso de Bonneval In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 834-864.

_____. (1964). **O Seminário** – livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1969). **Nota sobre a criança**. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 369-370.

_____. **O Seminário (1901-1981)**. livro 10. A angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.

LANDI, R. **Sob Efeito da Afasia: A Interdisciplinaridade como Sintoma nas Teorizações**. 2000. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - LAEL/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LAU, C.; SCHANLER, J. Oral motor function in the neonates. **Clinics in Perinatology**, v. 23, n. 2, p. 161-178, 1997.

LAZNIK, M. C. Por uma teoria lacaniana das pulsões. In: DORGEUILLE, C. D.; CHEMAMA, R. **Freud & Lacan Dicionário de Psicanálise**. Salvador: Ágalma, 1997. p. 209-224.

LEBRUN, T; STRYCKMAN, N. Transferência. In: DORGEUILLE, C. D.; CHEMAMA, R. **Freud & Lacan Dicionário de Psicanálise**. Salvador: Ágalma, 1997. p. 286-305.

LEITE, L. **Sobre o Efeito Sintomático e as Produções Escritas de Crianças**. 2000. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - LAEL/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

LEITE, N. **A ética da diferença**. Campinas: Mercado de Letras, 2005.

LEITE, N. V. A. Do *infans* ao falante: o tempo para se contar. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 267-272, 2001.

_____. A. Sema Soma. In: BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKL, C. M. F. **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 85-90.

LEMONS, C. T. G. Apresentação. In: LIER-DEVITTO, M. F. **Os monólogos da criança: 'delírios da língua'**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 1998. p. 11-14.

_____. Corpo e Corpus. In: LEITE, N. V. de A. (Org.). **Corpolinguagem: gestos e afetos**. Campinas: Mercado de Letras, 2003. p. 21-30.

_____. Corpo e linguagem Corpo-mente: uma fronteira móvel. In: JUNQUEIRA FILHO, L. C. U. (Org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 235-247.

_____. Das vicissitudes da fala da criança e sua investigação. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

_____. Língua e discurso na teorização sobre aquisição de linguagem. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 102, p. 9-29, 1995.

_____. Los procesos metafórico y metonímico como mecanismos de cambio. **Substratum**, Barcelona, v. 1, p. 121-136, 1992.

_____. Sobre a aquisição da escrita: algumas questões. In: ROXANE R. (Org.). **Alfabetização e Letramento**. Campinas: Mercado de Letras, 1998.

_____. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. **Boletim da Abralin**, Recife, v. 3, p. 97-136, 1982.

_____. Uma crítica radical a noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (Orgs.). **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 21-33.

LEVY-SHIFF, R. et al. Biological and environments correlates of developmental outcome of prematurely born infants in early adolescence. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 19, n. 1, p. 63-78, 1994.

LEWIS, R. J. et al. Children at risk for emotional disorders: risk and dimensions. **Clinical Psychology Review**, n. 8, p. 417-440, 1988.

LIAW, F. R.; BROOKS-GUNN, J. Patterns of low-birth-weight children's cognitive development. **Developmental Psychology**, v. 29, n. 6, p. 1024-1035, 1993.

LIER-DEVITTO, M. F. The symptomatic status of symptoms: pathological errors and cognitive approaches to language usage. In: INTERNATIONAL PRAGMATICS CONFERENCE, 7., 2000a, Budapeste. **Anais...** Budapeste: Editora, 2000a. Comunicação em Pannel.

_____. A confluência língua-discurso nos monólogos da criança. In: ALFAL, 23., 2002, Costa Rica. **Anais...** Costa Rica: Editora, 2002b.

_____. Apresentação. In: LIER-DEVITTO, M. F. (Org.). **Fonoaudiologia: no Sentido da Linguagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 1-22.

_____. Aquisição de linguagem, distúrbios de linguagem e psiquismo: um estudo de caso. In: LIER-DEVITTO, M. F. (Org.). **Fonoaudiologia: no Sentido da Linguagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 137-144.

_____. As margens da Lingüística: falas patológicas e a história de um desencontro. In: International Conference on the History of Language Sciences, 9., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Editora da USP, 2002c.

_____. Falas sintomáticas: um problema antigo, uma questão contemporânea. In: FREIRE, M. M.; ABRAÃO, M. H. V.; BARCELOS, A. M. F.. **Lingüística Aplicada e Contemporaneidade**. Campinas: Pontes, 2005. p. 318-327.

_____. Sobre o sintoma - déficit de linguagem, efeito de fala no outro, ou ainda....? **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 245-251, set. 2001.

_____. Subversão posto em ato. In: LEITE, N. V. de A. (Org.). **Corpolinguagem: gestos e afetos**. Campinas: Mercado de Letras, 2003. p. 233-245.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. Sobre os Efeitos da Fala da Criança: da Heterogeneidade desses Efeitos. **Letras de Hoje**, Porto Alegre: EDIPUC-RS, v. 33, n. 2, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F.; CARVALHO, G. M. M.. Interacionismo: um esforço de teorização em aquisição da linguagem. In: FINGER, I.; QUADROS, R. M. (Org.). **Teorias de Aquisição da Linguagem**. 1. ed. Florianópolis: Editora da UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. v. 1, p. 100-127.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Reformulação ou Ressignificação. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, Campinas. v. 27, 1998.

LIMA, M. C. M. P. **Avaliação de fala de lactentes no período pré-lingüístico**: uma proposta para triagem de problemas auditivos. 1997. Tese Doutorado em Curso de pós Graduação, da Faculdade de Ciências médicas - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

LINDNER, A. Measurement of intra-oral negative air pressure during dummy sucking in human newborn. **Eur. J. Orthodontics**, London, v. 13, n. 4, p. 317-321, aug. 1991.

MCBRIDE, M. C.; DANNER, S. C. Sucking disorders in neurologically impaired infants: assessment and facilitation of breastfeeding. **Clin. Perinatol.**, v. 14, p. 109-130, 1987.

MCCAIN, G. C. et al. A feeding protocol for healthy preterm infants that shortens time to oral feeding. **J Paediatric**, n. 139, p. 374-379, 2001.

MEDOFF-COOPER, B.; VERKLAN, T.; CARLSON, S. The Development of Sucking Patterns and Physiologic Correlates in Very-Low-Birth-Weight Infants. **Nursing Research**. v. 42, n. 2, p. 100-105, mar./apr. 1993.

MENYUK, P. et al. Pattern early lexical and cognitive development in premature and full-term infants. **Journal of Speech and Hearing Research**, n. 34, p. 88-94, feb. 1991.

MILLER, M. J.; KIATCHOOSAKUN, P. Relationship between respiratory control and feeding in the developing infant. **Seminars Neonatol.**, London, v. 9, n. 3, p. 221-227, jun. 2004.

MILLER, M. Relevance of resilience to individuals with learning disabilities. **International Journal of Disability and Education**, v. 43, n. 3, p. 255-269, 1996.

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

MORIZOT, R. A relação mãe-bebê e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Fonoaudiologia Brasileira**, v. 2, n. 2, p. 22-26, 1999.

MORRIS, S.; KLEIN, M. **Pre-feeding skills**: a comprehensive resource for feeding development, therapy skill builders. Arizona: Tucson, 1987.

MORSELLI, A. A.; SILVA, I. C. I.; BASSETTO, M. C. A. Comparação da Avaliação audiológica comportamental em neonatos de risco nascidos a termo e pré termo. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA, III., 1993, São Paulo, **Anais...** São Paulo, 1993. (Temas Livres).

NEIVA, F. C. B. Aleitamento Materno em recém-nascidos. In: HERNANDEZ, A. M. **Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato**. São Paulo: Pulso, 2003a. p. 97-105.

_____. Amamentação do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos: atuação fonoaudiológica. In: FERFEBAUM, R.; FALCÃO, M. C. **Nutrição do Recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 2003b. p. 257-264.

_____. **Análise do padrão de sucção em RNT e RNPT em idade gestacional de 34 a 36 6/7 semanas**. 1999. CD. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. **Análise evolutiva do padrão de sucção e a influência da estimulação através da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo**. 2003c. 181 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003c.

NEIVA, F. C. B. Neonatologia: papel do fonoaudiólogo no berçário. In: COMITÊ DE MOTRICIDADE ORAL: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. **Motricidade orofacial**: como atuam os especialistas. São José dos Campos: Pulso, 2004. p. 225-234.

_____. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. **Pediatr.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 264-270, 2000b.

NEIVA, F. C. B.; LEONE, C. R. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. **Pró-Fono - Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 18, n. 2, p. 125-224, mai/ago., 2006.

O'BRIEN, M.; SOLIDAY, E.; MCCLUSKEY-FAWCETT, K. Prematurity and the Neonatal Intensive Care Unit. In: ROBERTS, M. C. **Handbook of Pediatric Psychology**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 1995. p. 463-478.

ODDY, W. H.; GLENN, K. Implementing the Baby Friendly Hospital Initiative: the role of finger feeding. **Breastfeeding Review**, Nunawading, v. 11, n. 1, p. 5-10, mar. 2003.

OLIVEIRA, C. G. **Enfoque Fonoaudiológico no Acompanhamento Ambulatorial de Bebês de Alto-Risco**. 1993. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

OLIVEIRA, L. N.; LIMA, M. C. M. P.; GONÇALVES, V. M. G. Acompanhamento de lactentes de baixo peso ao nascimento: aquisição de linguagem. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 802-807, 2003.

PASSO, M. M. **Recém nascido pré-termo com asfixia e/ou hemorragia ventricular ao nascimento**: características do comportamento da linguagem dos dezesseis aos trinta meses. 1994. Monografia (Especialização em Distúrbios da Comunicação Humana: Campo Fonoaudiológico) - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994.

PÊGO, J. A. **O Trabalho realizado em UTI pediátrica com Bebês pré-termos e suas Mães**: contribuições ao método clínico fonoaudiológico. 2005. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

PEREIRA, M. R.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Bebês pré-termo: algumas considerações sobre o desenvolvimento da linguagem a partir da observação fonoaudiológica. **Pró-Fono - Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 5, n. 2, p. 29-32, 1993.

PERISSINOTO, J. Atuação fonoaudiológica com o bebê prematuro: Acompanhamento do desenvolvimento. In: ANDRADE, C. R. F. de. (Org.). **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. São Paulo: Lovise, 1996. p. 129-148.

PIAGET, J. **Seis estudos de Psicologia**. Rio de Janeiro: Forense, 1967.

PIEUCH, R. E. et al. Outcome of extremely low birth weight (500 to 900 grams) over 12-year period. **Pediatrics**, v. 100, n. 4, p. 633-639, 1997.

POPE, S. K. et al. Low-birthweight infants born to adolescent mothers. Effects of coresidency with grandmother on child development. **JAMA (Journal of the American Medical Association)**, v. 269, n. 11, p. 1396-1400, 1993.

PRADE, L. S. **Recém-nascido Pré-termo: Critérios para Introdução da Alimentação por Via Oral.** 2006, 131f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

RAMEY, C. T. et al. Infant health and development program for low-birth-weight, premature infants. **Pediatrics**, n. 3, mar. 1992.

ROCHA, A. D. **Efeitos da sucção não-nutritiva durante a alimentação enteral em crianças prematuras.** 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

ROCHA, A. D. et al. Efeitos da sucção não-nutritiva durante a alimentação enteral nos parâmetros temporais da sucção de neonatos pré-termo. **J. Brás. Fonoaudiol.**, Curitiba, v. 3, n. 13, p. 298-303, out./dez. 2002.

RODRIGUES, G. Sucção nutritiva e não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo: ritmo e taxa de sucção. 2005. Monografia Especialização em Fonoaudiologia - Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005.

ROSS, G.; LIPPER, E.; AULD, P. A. M. Cognitive abilities and early precursors of learning disabilities in very-low birthweight children with normal intelligence and normal neurological status. **International Journal of Behavioral Development**, v. 19, n. 3, p. 563-580, 1996.

RUBINO, R. Entre ver e ler: o olhar do fonoaudiólogo em questão. In: LIER-DEVITTO, M. F. (Org.). **Fonoaudiologia: no Sentido da Linguagem.** São Paulo: Cortez, 1997.

SAIGAL, S. et al. Impact of extreme prematurity on families of adolescent children. **Journal of Pediatrics**, v. 137, n. 5, p. 701-706, 2000.

SAUSSURE, F. (1916). **Curso de Lingüística Geral.** São Paulo: Cultrix, 1991.

SCHANLER, R. J. et al. Feeding Strategies for Premature Infants: Randomized Trial of Gastrointestinal Priming and Tubefeeding Method. **Paediatrics**, v. 103, n. 2, p. 434-439, 1999.

SEHGAL, S. K. et al. Evaluation of beneficial effects of nonnutritive sucking in preterm infants. **Indian Pediatr.**, New Delhi, v. 27, n. 3, p. 263-266, mar. 1990.

SILVA, O. P. V. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-24, 2002.

SIMPSON, C.; SCHANLER, R. J.; LAU, C. Early Introduction of Oral Feeding in Preterm Infants. **Paediatrics**, v. 110, n. 3, p. 517-522, 2002.

SINGER, L. T. et al. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birthweight infant. **JAMA (Journal of the American Medical Association)**, v. 281, n. 9, p. 799-805, 1999.

SKINNER, B. F. (1957). **O comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix, EDUSP, 1978.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SYMINGTON, A.; PINELLI, J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. **Cochrane Review**, n. 2, p. 1-22, 2002.

TAYLOR, H. G. et al. Achievement in children with birth weight less than 750 with normal cognitive abilities: evidence for specific learning disabilities. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 20, n. 6, p. 703-719, 1995.

UVNÄS-MORBERG, K. Dyspepsia: update on etiologic mechanisms and current therapies. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, n. 22, p. 138-46, 1987.

VASCONCELLOS, J. V. Baixa produção de leite. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 245-263.

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

VIEIRA, R. M. **A mente Humana: uma aproximação filosófica no seu conhecimento**. 1985. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1985.

VORCARO, A. **Crianças na Psicanálise**. Clínica, Instituição, Laço Social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 1997.

_____. Incidência da matriz simbolizante no organismo: o advento da fala. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, 2001.

WABER, D. P.; MCCORNICK, M. C. Late neuropsychological outcomes in preterm infants of normal IQ: selective vulnerability of the visual system. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 20, n. 6, p. 721-735, 1995.

WABER, D. P.; MCCORNICK, M. C. Late neuropsychological outcomes in preterm infants of normal IQ: selective vulnerability of the visual system. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 20, n. 6, p. 721-735, 1995.

WAJNSZTEJN, R.; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M. Desenvolvimento neurológico no segundo ano de vida de crianças nascidas pré-termo e de baixo peso. In: BASSETTO, M. C. A.; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica**.

São Paulo: Lovise, 1998. p. 238-246.

WEISSMER, S. E.; MURRAY-BRAMCH, J.; LILLER, J. F. A prospective longitudinal study of language development in late talkers. **Journal of Speech and Hearing Research**, n. 37, p. 852-867, Aug. 1994.

WERNER, E. E. A longitudinal study of perinatal risk. In: FARRAN, D. C.; MCKINNEY, J. D. (Orgs.). **Risk in intellectual and psychosocial development**. Orlando: Academic Press, 1986. p. 61-81

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e o processo de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. **Os bebês e suas Mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

XAVIER C. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: BASSETO, M. C. A.; BROCK, R., WAJNSZTEJN, R. (Org.). **Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica**. São Paulo: Lovise, 1998. p. 255-275.

_____. **Trabalho fonoaudiológico em berçário**. Tratado de Fonoaudiologia São Paulo: Roca; 1997.

_____. Intervenção Fonoaudiológica em Bebês de Risco. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (Editors.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, 2004, p. 415-438

_____. Trabalho fonoaudiológico com bebês durante a fase hospitalar. In: LIMONGI, S. C. O. Paralisia cerebral: processo terapêutico em linguagem e cognição. **Pró-Fono - Revista de Atualização Científica**, Barueri, p. 75-118, 2000.

YUNES, M. A. M., et al. A resiliência. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação**. São Paulo: Cortez, 2000.

ZANCHETA, S. et al. Identificação de alterações auditivas centrais em crianças de alto risco. **Acta Awho**, v. 14, n. 2, p. 65-68, 1995.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)