

## RESUMO

*Este trabalho traz uma reflexão a partir de minha trajetória profissional, desde 1994, no Hospital Regional de Assis/SP sobre a clínica com bebês nascidos prematuramente. No início, as ações fonoaudiológicas com bebês estiveram inspiradas pela legitimidade do discurso do risco, em que se apoia a área. Entretanto, o comprometimento com a clínica ocasionou o meu afastamento desse discurso e, conseqüentemente, engendrou 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.*

**Descritores:** bebês prematuros; fonoaudiologia; subjetividade; parentalidade.

# INTERVENÇÃO PRECOCE E A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

Ana Lúcia F. Nobile Girardi

## 1. Apresentação da questão

O estatuto de criança e, portanto, de infância se modificou ao longo da história. Se, atualmente, a concepção de *adulto constituído* e de *criança em constituição* comporta sentidos específicos e claramente discerníveis, podemos dizer que o que se operou foi um desdobramento de sentido na e pela história. De acordo com Ariès (1981), no período medieval, a criança não tinha inscrição social devido à sua fragilidade, aos seus embaraços físicos e aos riscos de sobrevivência em que se encontrava. Cirino esclarece que: “O destino de cada homem estava praticamente traçado a partir de sua posição na hierarquia (vassalo ou senhor). Assim, cada criança vinda ao mundo ocupava lugar definido numa rede social bem articulada e estabelecida pela tradição” (2001, p. 21).

Tal condição da criança apenas seria modificada a partir do momento em que ela se mostrava apta

■ Fonoaudióloga, doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP, membro da equipe do Hospital Regional de Assis (SP).

para *partilhar trabalho e participar de jogos coletivos* com os adultos. Nessa direção, deve-se admitir que a infância, no século XVI, não era uma figura jurídica e nem vista como uma etapa da vida que merecesse ser caracterizada de forma diferenciada daquela do adulto, uma vez que a criança passava a ter visibilidade social no momento em que, de certa maneira, como vimos, ela se equiparava aos adultos (no trabalho e nos jogos).

No final do século XVII, emerge uma concepção de infância decorrente de um movimento da Igreja e do Estado. Tendo em vista a finalidade de garantir a ordem pública pelo viés da educação, escolas são instituídas e a criança é elevada ao estatuto de *adulto em potencial*, e, portanto, um *estágio prévio* à vida madura é antevisto. A infância passa a ser o período de *preparação moral* do homem e a finalidade clara era a de fazer da criança um cidadão melhor, responsável pela sustentação de uma nova ordem. Concomitantemente a esses novos rumos, a família, investida da função de transmissão de preceitos morais e espirituais, passa a ser vista como um núcleo potencial de afeição (entre os cônjuges e entre eles e seus filhos).

Esse estado de coisas persiste com variações até o final do século XIX, quando surgem outras concepções de criança/infância. Estamos, agora, sob efeito da revolução industrial e científica. Vige, nesse período, o entendimento de que a criança, das suas características físicas, com-

portamentais e morais particulares, se diferencia do adulto. A infância começa, não sem razão, como se vê, a ser representada como uma etapa distinta e diversa da vida adulta. Cresce, nesse contexto e naquele século, o interesse dos pais pela educação e pela formação dos filhos. Crianças são vistas como o futuro de uma sociedade e devem, assim, receber cuidados e atenção especiais.

Será, contudo, no início do século XX, que a oposição efetiva entre infância e maturidade adquire solidez e sentido sedimentado. Esse passo proporciona, diz Ariès (1981), o investimento de certas disciplinas nas investigações de peculiaridades desse tempo da vida, denominado infância, período marcado ou caracterizado, desde então, como de *desenvolvimento geral* da criança: como processo de constituição (anátomo-fisiológico, psicológico/social). Nascem, no século XX, assim, diferentes modalidades clínicas ocupadas exclusivamente com os problemas da infância. A criança, nesse contexto, é representada, de acordo com Vorcaro, pelo seu vir-a-ser e, portanto, “conhecê-la por todos os ângulos, cuidá-la para que se previnam todos os riscos, superar os efeitos danosos do meio familiar ao seu florescimento eficaz” (1997, p. 35) é aposta para garantir o futuro, o *adulto ideal*.

Os interesses dos estudos, nesse período, dirigem-se a abordagens em que se privilegia o inato (determinações genéticas) em oposição ao ad-

quirido (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 deveria 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 dessa natureza podem acompanhar a normalidade e o progresso da criança, no que tange a quantidade e a qualidade em seus diversos aspectos do desenvolvimento. De acordo com Cirino: “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” (2001, p. 22).

O breve preâmbulo que trouxemos acima teve como objetivo situar a questão da *intervenção precoce* – uma novidade recente e que pressiona o olhar do clínico para o período inicial da vida. Trata-se de uma *especialidade clínica* voltada para o *bebê*. Note-se que

temos, portanto, uma diferenciação na infância, ou seja, uma distinção entre uma criança e um bebê, pois, ainda que o tempo de *ser bebê* seja parte da infância, as características desse período *primeiro* contêm, admitem especialistas, especificidades que merecem ser destacadas.

Podemos dizer que a clínica de intervenção precoce pode ser abordada como demanda de um contexto sócio-histórico em que médicos e pais passam a ter *acesso a diagnósticos precoces de patologias*, em decorrência de avanços científicos e tecnológicos. O acesso ao diagnóstico precoce dá impulso ao surgimento de outras disciplinas voltadas ao desenvolvimento infantil e à intervenção específica – 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. Essa modalidade clínica – Intervenção Precoce – marca um momento particular na abordagem da criança, que envolve uma outra ideia de família. Podemos dizer, com a Psicanálise, que essa clínica instaura (ou faz complemento, ou atende a) uma *aposta narcísica* dos pais. Dito de outra forma: há forte investimento no bebê, visto como lugar de realização dos pais. Como disse Vorcaro: “a modernidade atestou a criança à posição de extremo privilégio – lugar próprio para a aposta no futuro da civilização. É o que faz da criança uma valência futura – representação que resgata o que não foi possível realizar no passado, projetada para o futuro do futuro do adulto Ideal que, no narcisismo dos pais, encontra sua singularização” (1997, p. 34).

A Fonoaudiologia foi uma das disciplinas fortemente influenciadas pelo ideal do trabalho preventivo, que dominou a década de 1980. Esse campo clínico inicia a atuação em *UTI neonatal* e em *berçário patológico* buscando, dentro de sua especialidade, propiciar qualidade de vida aos bebês, principalmente àqueles portadores de síndromes ou de patologias graves como Paralisia Cerebral. As ações profissionais centram-se, por exemplo, na intervenção nos problemas de alimentação apresentados por essas crianças e, também, no atendimento precoce com vistas a minimizar ou evitar *problemas de desenvolvimento* (como de linguagem, por exemplo). De acordo com Xavier, “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” (1997, p. 1020).

Nesse mesmo período, a Fonoaudiologia passa a atuar em unidade hospitalar, também, com os neonatos pré-termo, uma população que, no período pós-natal, geralmente, apresenta problemas para alimentar-se oralmente. E concomitantemente, resultados de pesquisas médicas indicam que o aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros é acompanhado por uma elevação do índice de deficiências e procuram mostrar que elas atingem diversas áreas do desenvolvimento da criança. Ou seja, o que tais trabalhos deixam lançada é uma incerteza quanto à qualidade de vida futura do bebê nascido prematuramente, já que de acordo com Wjnsztein, Vilanova e Vieira, “o índice de mortalidade dos recém-nascidos de risco (incluindo o bebê prematuro e baixo peso), vem progressivamente diminuindo devido aos avanços tecnológicos de terapia intensiva neonatal ... Nos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, alguns fatores agravantes, como imaturidade dos órgãos e sistemas, podem determinar o aparecimento de alterações no exame neurológico, possibilitando a instalação de sequelas” (1998, p. 239).

O bebê prematuro é absorvido pela clínica fonoaudiológica, porque, como sugerido acima, há uma *condição de risco para o desenvolvimento, incluindo o da linguagem*. Nesse sentido, tem cabido à Fonoaudiologia realizar o acompanhamento do bebê prematuro, com o objetivo de detectar, além de eventuais *problemas auditivos*, tam-

bém *alterações de linguagem*. A meta clínica é iniciar a intervenção terapêutica tão cedo quanto possível (se necessário) e, com isso, minimizar e/ou sanar problemas que possam perturbar o desenvolvimento da criança. Como afirma Xavier, “várias pesquisas mostram como sequelas destes bebês considerados de ‘risco’ as alterações globais de desenvolvimento, como atraso motor relevante, paralisia cerebral, deficiência auditiva; também mostram como sequelas menos evidentes as alterações de fala, linguagem, desenvolvimento cognitivo, dificuldades de aprendizagem, problemas comportamentais, entre outros (Andrada, 1989; Azevedo, 1993; Bassetto, 1994; Xavier & Cardinalli, 1995; Xavier, Taques & Alves, 1996)” (1997, p. 1020).

Esclareço que no ano de 1994 o Hospital Regional de Assis (HRA) inaugurou a unidade de UTI neonatal, destinada ao atendimento da população de recém-nascidos da cidade e da região.

Naquele mesmo ano, ali iniciei minhas atividades profissionais como fonoaudióloga e participei, juntamente com a equipe médica, do processo de implantação do serviço. Por concordar, naquela época, com a ideia de que os bebês nascidos prematuramente *eram de risco*, inaugurei o Ambulatório Fonoaudiológico de Estimulação Precoce, visando evitar dificuldades na aquisição de linguagem. Eu levava em conta, como se vê, aquilo que considerava ser a demanda potencial para

a área fonoaudiológica. Quanto a essa proposta, eu estava ancorada na literatura dessa área, ou melhor, inspirei-me em perspectivas teóricas e clínicas de alguns autores que haviam se dedicado ao estudo do desenvolvimento de bebês nascidos prematuramente, dentre esses: Xavier & Cardinalli (1995), Hernandez (1996), Perissinoto (1996), Xavier (1996, 1998), Bassetto, Azevedo & Chiari (1998). Procurei, também, autores da área psicológica, como: Brazelton (1987, 1988, 1992), Klaus & Kennell (1992), Spitz (1993).

Segundo tais orientações, o acompanhamento fonoaudiológico se justificava pela suposição de que bebês nascidos prematuramente corriam sérios riscos de apresentarem problemas de desenvolvimento que comprometeriam a linguagem. Insisto em assinalar que tal prática institucional visava contornar possíveis *riscos* que a criança prematura poderia vir a apresentar (distúrbios de natureza sensorial, intelectual e motora) – riscos estes que, admite-se, afetariam o desenvolvimento da linguagem e, por isso, interfeririam negativamente na estruturação subjetiva. Nesse sentido, sustenta-se a necessidade de manter o acompanhamento *após a alta hospitalar*.

No Hospital de Assis, propúnhamos avaliações trimestrais, tendo como *instrumento diagnóstico* uma escala assumida como de desenvolvimento normal. Tratava-se de um elenco de comportamentos organizados de

acordo com áreas específicas, a saber: função expressiva, função receptiva, função interativa/comunicativa, função visual, função motora e cognitiva. A avaliação fonoaudiológica consistia em comparar as produções sonoras e interativas da criança com a escala de comportamento normal estabelecida. Ou seja, a partir do que se podia observar do *desempenho* da criança durante a consulta, comportamentos registrados eram comparados com aquele esperado para determinada faixa etária. A fonoaudióloga deveria, ao final, emitir uma apreciação sobre a qualidade do desenvolvimento da criança. Dito de outro modo, esperava-se determinar *a margem de risco* com base na defasagem (ou não) entre o comportamento efetivo da criança e o comportamento-meta para cada período.

Parece-me oportuno sublinhar que essa prática clínica fonoaudiológica está relacionada ao momento histórico em que as orientações clínicas visam a garantir a vida, mas não só – elas são dirigidas pelo ideal de manutenção da demanda social da criança como *promessa*. A meta, de acordo com Vorcaro, é prevenir “todos os riscos e otimizar potencialidades que assegurem o controle das incertezas do futuro da civilização e também esperança de garantia da ordem social” (1997, p. 33). Em outras palavras, a criança, em nossos tempos, prevalece enquanto sustentação de expectativas parentais e sociais: “a criança situa-se como sinonímia de esperança de solução das mazelas da civilização e projeto de realização do que seus ancestrais não fizeram” (Vorcaro, 1997, p. 44).

Talvez se possa dizer que, nessa perspectiva, a legitimidade da prática clínica fonoaudiológica apoia-se na ideia de universalidade e de regularidade, tendo como ideal a normatização cronológica do desenvolvimento da criança. Ou seja, orientam-se no rigor de uma ciência idealizada em que privilégio é dado à determinação da constância e da invariância da espécie humana de que resulta à busca de definições de parâmetros de normalidade (e, conseqüentemente, de patologia).<sup>1</sup>

Após essa breve digressão, volto outra vez o olhar para minha atuação fonoaudiológica. Saliento que, no cerne da questão, parece estar uma contradição entre aquilo que se esperava e aquilo que emergiu da prática clínica – entre o almejado e o realizado. Digamos que o *prognóstico* era o de que crianças nascidas prematuramente apresentariam, *necessariamente*, problemas de desenvolvimento, especialmente de linguagem – o que, pôde-se atestar, não ocorria na prática clínica. Os resultados dessas avaliações, de fato, *não* confir-

maram a hipótese negativa: apenas uma pequena parte das crianças acompanhadas vieram a apresentar patologia de linguagem, e esse resultado afastava a possibilidade de atribuir à prematuridade a causa do problema. Mesmo em casos *patológicos*, notou-se que muitos dos *atrasos* foram superados na evolução.

Outra questão, não menos importante e igualmente surpreendente, veio à tona. A prática clínica mostrou a *dificuldade em apreender regularidades* na aplicação do instrumento de avaliação, ou seja, não havia estabilidade ou sistematicidade de resultados – entre o parâmetro esperado e as produções efetivas das crianças. A escala não traduziu, como suposto, a previsão da ordem gradual das aquisições indicadas no instrumento, dada a marcante heterogeneidade das evoluções assumidas como *normais*, nem quanto daquelas anotadas como *em atraso*. Enfim, a *realidade (verdade)* da criança desafiou insistentemente o ideal de parâmetro de desenvolvimento e frustrou a possibilidade de *avaliar o risco* com base no procedimento/instrumento adotado.

## 2. Discussão do problema e direções

Frente aos resultados dessa experiência e do pano de fundo teórico que a orientou, pretendo, neste artigo, problematizar a vertente teórico-



metodológica que tem orientado, em larga medida, a atuação fonoaudiológica. Trata-se de uma direção que sustenta-se, como disse acima, em um ideal da modernidade, que aposta na força da observação e na possibilidade de descrições voltadas ao estabelecimento de tipologias/nosografias. Como procurei mostrar, na base está uma certeza na *universalidade* – na 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*. A objetividade científica faz previsões, adianta-se à realidade, e reduz a realidade a apenas o que dela se ajusta ao previsto.

Minha experiência clínica leva-me a questionar, precisamente, a *certeza prévia* de que crianças, nascidas prematuramente, seriam necessariamente mais propensas a apresentar problemas de desenvolvimento, especialmente em relação à linguagem. Os resultados, observados em minha prática, mencionados no item precedente, não me permitem, absolutamente, concordar com essa hipótese. Em outras palavras, o *prognóstico de risco* está em desacordo com o que testemunha a clínica: apenas uma parcela mínima das crianças acompanhadas apresentaram atraso ou patologia de linguagem (o que não difere do que ocorre com crianças nascidas no tempo esperado). É com base em muitos anos de clínica, quase 15 anos, no Hospital Regional de Assis, que afasto-me da *hipótese da prematuridade* como causa de problemas de desenvolvimento e tomo distância, também, da *hipótese de risco* de desenvolvimento porque a criança é prematura.

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 ideia de que sequelas 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. Saliento, apoiada, como disse, naquilo que testemunha a clínica, que diferentes são as determinações envolvidas no que se concebe como *risco de vida* e constituição do *sujeito falante*.

Do ponto de vista das aplicações de instrumentos de avaliação, coloco em questão sua eficácia, pelas razões já apontadas acima –

questiono o modelo diagnóstico-fonoaudiológico, como o adotado no Ambulatório de Estimulação Precoce, já que ele ignora a *realidade (verdade)*<sup>2</sup> da criança na clínica e pode cegar ou afastar o clínico dessa realidade. Reitero: nenhuma linearidade das aquisições, nenhuma regularidade de evoluções de manifestações linguísticas 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.<sup>3</sup>

Quanto a tal perspectiva, Clavreul (1993) afirma que a medicina faz previsão em razão de seu ideal de objetividade científica, previsão (ou prognóstico) tornada possível devido ao estabelecimento de um quadro nosográfico, definido a partir da determinação etiológica dos sinais e sintomas característicos de doenças. Etiologia, nosografia e prognóstico articulam-se e sustentam o saber médico (Arantes, 2001; Girardi, 2003).

Na experiência clínica fonoaudiológica, diferentemente, não se atinge essa possibilidade – ela não opera com as variáveis relativamente estáveis do organismo, mas enfrenta, a cada passo, uma incontornável imprevisibilidade sobre o futuro desenvolvimento da criança, ou melhor, enfrenta singularidades. Podemos dizer que a prática clínica fonoaudiológica contraria o tripé sobre o qual se sustenta a clínica médica (etiologia, nosografia e prognóstico) –, não é pos-

sível prever o futuro de um destino subjetivo, sempre afetado por contingências, mesmo sendo a criança um bebê prematuro. Parece-me, portanto, reconhecer uma diferença radical entre essas duas clínicas, diferença caracterizada/caracterizável pela *oposição* entre a *previsibilidade* relativa à clínica médica e a *imprevisibilidade* relativa à clínica fonoaudiológica.

O modelo médico, como diz 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 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. A problematização que procuro iniciar neste trabalho envolve, além disso, 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*. Como afirma Lier-DeVitto (no prelo), 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.

Acreditamos, de fato, por razões clínicas e teóricas, que seria funda-

mental ressignificar o investimento fonoaudiológico sobre a linguagem e seus fenômenos patológicos. Propomos a retirada de um padrão comum que privilegia a observação, o *quantum* de conhecimento da língua apresentado pela criança, a outro passo – a *realidade* da criança (De Lemos, 1992), que privilegia então – “a mudança de posição da criança em relação ao outro, à língua e a sua própria fala” (De Lemos, 2002, p. 55). Nesse ponto, uma consequência enquanto investigador/clínico se faz premente – a problematização da perspectiva estrutural em oposição à perspectiva de desenvolvimento.

Podemos dizer que uma perspectiva de desenvolvimento, que *não* seja de natureza estrutural, se alinha à da ideia contida no processo maturacional (orgânico) do corpo. Ou melhor, está filiada 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 *atraso*, *desvio*, *patologia* ou, então, o desenvolvimento da criança estará *em risco*. Falar em estrutura, diferentemente, implica um raciocínio em que a 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 (1916/1974) sobre a linguagem, diz respeito à introdução do *movimento simbólico* como definidor do *objeto* da linguística: “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]” (1916/1974, p. 13). *Elementos* estão, desse modo, submetidos às *forças em jogo*, às *leis gerais*, ao movimento da língua. Se subordinados, 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 dar à língua o estatuto de estrutura, a qual é regida por leis próprias e universais, dadas de antemão e que recortam a realidade pela sua incidência: “nada é distinto antes do aparecimento da língua” (Saussure, 1916/1974, p. 130); trata-se, como afirma Milner, 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” (1987, p. 11). Nessa perspectiva, a rigor, tais *propriedades enunciáveis*, a saber, a linguagem, não se constituem como unidades parceláveis as quais estão disponíveis à mensuração, mas se apresenta enquanto *alteridade radical*. Formula-se, aí, outra concepção – a criança assujeitada ao efeito determinante da relação com a língua. E, portanto, retira a linguagem da condição simplista de que limita-se à comunicação entre os falantes de uma língua específica,<sup>4</sup> enquanto, somente, um sistema de significações ao qual a criança poderia apreendê-la, quer seja pela sua experiência no mundo, quer seja com a ajuda do adulto, mero provedor de *input*, a partir de conquistas progressivas e hierarquizadas cronologicamente. A esse respeito, De Lemos, através de seu texto *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” (2008, p. 24), ou seja, estamos face ao movimento simbólico e, portanto, submetidos às suas leis. Nesse contexto, língua/linguagem têm função de “*captura*” (De Lemos, 2002, p. 55) 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 Linguística 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*. E 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 a “instância do funcionamento linguístico discursivo”, diz De Lemos, 1992, p. 134) que discursivamente incide sobre o corpo do bebê e marca seu devir como sujeito. 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.

Como assinala Vorcaro, “o campo simbólico que precede o neonato recorta sua condição de real e faz dele um semelhante ao torná-lo representável ao campo de alguém” (2001, p. 275), nesse momento inaugural, definida como tempo de alienação. Nessa perspectiva, as vicissitudes do corpo-linguagem estabelecem-se como singularidade e, portanto, em discrepância com a padronização cronológica. E diferentemente disso, pode-se dizer que é da suposição, por alguém, de que aquele ser é um *ser desejante* que um sujeito poderá estruturar-se. A psicanálise lacaniana, de que me aproximo, postula que a possibilidade de *ser-sujeito* implica um primeiro momento da estruturação subjetiva, *ser-no-Outro*,<sup>5</sup> ou seja, momento de encarnar em seu corpo o desejo deste Outro. Entende-se, assim, o sentido de *alienação* como uma operação necessária à constituição do sujeito. O segundo tempo é o de outra operação – a de *separação*. É preciso, então, que o desejo materno seja interditado para que o sujeito advenha (não aprisionado ao desejo da mãe). A possibilidade de tornar-se sujeito e, portanto, falante, capaz de sustentar-se

numa fala e sustentar certa consistência e coerência dessa fala depende do deslocamento (*para fora*) da posição de alienação.

O movimento estrutural dado pela psicanálise lacaniana é definido por uma organização caracterizada por posições a ser ocupadas pelo sujeito; nesse sentido, a relação que se estabelece entre mãe-pai-filho não está reduzida à existência empírica, o qual envolve a interação entre eles, mas aos lugares que cada um desses *personagens* ocupa nessa relação. Vale ressaltar que esses lugares já estão configurados antes mesmo do nascimento do filho, estamos falando de *lugar* na economia psíquica, o qual é fundante da subjetividade, uma vez que aí se instala o campo da significância. A presença do bebê se reveste de significação e a suposição de um *ser* aí se realiza. Acompanhamos isso a partir de Freud quando, em seu texto *Sobre o narcisismo: uma introdução*, afirma que: “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 que 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” (1914/1996, p. 97).

E Freud afirma mais à frente: “O amor dos pais, tão comovedor ... nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido ... o qual revela sua natureza anterior” (1914/1996, p. 98). O que está em jogo nessa formulação é a concepção de sujeito compatível à natureza simbólica da linguagem, na qual a noção do Eu é tida como uma instância de um desconhecimento. O que se introduz é um sujeito condenado à condição de tensão entre eu e outro, contrariando a ideia de que a criança caminha para a maturidade em que não haverá confusão entre eu e outro.

Ressalta-se a relevância da concepção: o *outro* como condição do eu, na medida em que é a transmissão simbólica constituída pelo desejo do Outro que sustenta a *ex-sistência* – um termo cunhado por Lacan para definir o advento do sujeito em que o *eu* se dá pela anterioridade do discurso do Outro. Em outras palavras, o que se opera é a *existência* sustentada pelo desejo dos pais, com a qual a criança se identifica imaginariamente para assim se constituir como *eu*. Há, portanto, um olhar que transcende a existência real da criança, um corpo desprovido de qualquer maturidade, substituindo-o por um objeto de *valor* presente no universo psíquico dos pais.

Seguindo as palavras de Lacan, “a instância do eu como uma identi-

ficação ... 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). Há nesta convocação de Lacan um momento mítico do sujeito, a criança pequena que reconhece sua imagem no espelho e fica fascinada. Uma imagem vista pelo olhar do Outro que permite a constituição de uma imagem unitária. Imagem essa que não advém do olhar do sujeito, mas que *ele* se vê, visto pelo Outro a partir de uma captação imaginária. Reconhece-se, nesse contexto, a linguagem enquanto operação estruturante de um sujeito, que não tem controle de si, e, portanto, *não sabe que sabe*. O sujeito da Psicanálise é aquele que não é causa de si mesmo, mas que depende do campo do Outro.

Tanto o campo da Aquisição da Linguagem quanto a Psicanálise operam com a dimensão do simbólico. Poderia a clínica fonoaudiológica com linguagem e em especial aquela que envolve o atendimento de bebês tomar distância de questões referentes à linguagem e à constituição do sujeito pela linguagem? Essa é uma questão que deixo, em parte,<sup>6</sup> respondida por mim. Quero dizer, com isso, que



minha resposta já está dada e lançada para discussão. Adianto que ela norteia um outro trabalho. ■

#### EARLY INTERVENTION AND SPEECH THERAPY CLINICAL

##### ABSTRACT

*This paper presents a reflection based on my professional career since 1994 at the Hospital Regional of Assis/SP concerning the clinic with babies born prematurely. Initially, the speech-therapy application in babies were inspired by the legitimacy of the risk discourse, which supports the area. However, the commitment to the clinic caused my remoteness to this speech and, consequently, engendered the wager on determining the strength of language in subjective structuring, i.e., the strength of the “speech” as a source of opportunity for a come to be subject of human creation, acting as the anticipated position introduced by the link with parenthood.*

**Index terms:** *premature babies; speech therapy, subjectivity, parenthood.*

#### LA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y LA CLÍNICA DE FONIATRÍA

##### RESUMEN

*Este trabajo presenta una reflexión de mi carrera profesional, desde 1994, en el Hospital Regional de Assis/SP, sobre la clínica con bebés que nacen prematuramente. Inicialmente, las acciones de foniatría con bebés fueron inspiradas por la legitimidad del discurso de riesgo, que soporta el área. Sin embargo, el comprometimiento con la clínica ocasionó mi alejamiento de este discurso y, en consecuencia, ha surgido la apuesta en la fuerza determinante del lenguaje en la estructuración subjetiva, es decir, en la fuerza del “discurso” como fuente de posibilidad de un venir-a-ser-sujeto de cría humana, actuando como posición de anticipación introducida por el lazo con la parentalidad.*

**Palabras clave:** *bebés prematuros; foniatría; subjetividad; parentalidad.*

#### REFERÊNCIAS

- Arantes, L. (2001). *Diagnóstico e clínica de linguagem*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação de Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ariés, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Basseto, M. C. A., Azevedo M. F. & Chiari, B. M. (1998). Crianças nascidas pré-termo e de baixo peso: Estudo de aspectos auditivos e linguísticos. In M. C. A. Basseto, R. Brock & R. Wajnsztein (Orgs.), *Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica* (pp. 311-327). São Paulo: Lovise.
- Brazelton, T. B, Cramer, B; Kreisler, L., Schappi, R. & Soulé, M. (1987). *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. (1992). *O que todo bebê sabe*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Cardinali, A. I. & Xavier, C. (1995). Aspectos da linguagem em crianças com história de prematuridade. *Temas sobre o desenvolvimento*, 4 (22).
- Cirino, O. (2001). *Psicanálise e psiquiatria com crianças – desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Clavreul, J. (1893). *A ordem médica – poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- De Lemos, C. T. G. (1992). Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, 1, 121-135.
- \_\_\_\_\_ (2002). Das vicissitudes da fala da criança e sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, 42, 41-69.
- \_\_\_\_\_ (2007). Uma crítica radical à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. In M. F. Lier DeVitto & L. Arantes (Orgs.), *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* (pp. 21-33). São Paulo: Educ/Fapesp.
- Freud, S. (1996) Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Girardi, A. L. (2003). *O bebê prematuro no discurso de suas mães*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- \_\_\_\_\_ (2008). *A clínica com bebês: entre o discurso do risco e o laço com a parentalidade*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Hernandez A. M. (1996). Fonoaudiologia em berçário normal e de risco – atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In C. R. F. Andrade (Org.), *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco* (pp. 43-98). São Paulo: Lovise.

- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1992). *Pais/ Bebê. A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In J. Lacan, *Escritos* (Vera Ribeiro, trad., pp. 97-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1949).
- Lier-DeVitto, M. F. (2002) As margens da Linguística: falas patológicas e a história de um desencontro. In *Anais, 9. International Conference on the History of Language Sciences*, 2002, São Paulo: Edusp.
- Milner, J. L. (1987). *O amor da língua*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Perissinoto, J. (1996). Atuação fonoaudiológica com o bebê prematuro: Acompanhamento do desenvolvimento. In C. R. F. Andrade (Org.), *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco* (pp. 129-148). São Paulo: Lovise.
- Saussure, F. (1991). *Curso de Linguística Geral*. (A. Cheline, J. P. Paes & I. Blikstein, trad.). São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1916).
- Spitz, R. A. (1993). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vorcaro, A (2001). Incidência da matriz simbolizante no organismo: o advento da fala. *Letras de Hoje*, 36 (3), 273-280.
- \_\_\_\_\_ (1997). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Wajnsztein, R., Vilanova, L. C. P. & Vieira, R. M. (1998). Desenvolvimento neurológico no segundo ano de vida de crianças nascidas pré-termo e de baixo peso. In M. C. A. Bassetto, R. Brock & R. Wajnsztein (Orgs.), *Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica* (pp. 238-246). São Paulo: Lovise.
- Xavier, C. (1998). Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In M. C. A. Bassetto, R., Brock & R. Wajnsztein (Orgs.), *Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica* (pp. 255-275). São Paulo: Lovise.

\_\_\_\_\_. (1996). Atuação fonoaudiológica em berçário: aspectos teóricos e práticos da relação mãe-bebê. In C. R. F. Andrade (Org.), *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco* (pp. 99-127). São Paulo: Lovise.

## NOTAS

1 O normal e patológico se definem aqui como conceitos de valoração – o normal como o tipo ideal e o patológico aquilo que desvia da norma e, portanto, valor de negatividade.

2 A expressão “verdade” refere-se à relação do investigador/clínico com o fenômeno linguístico na constituição daquilo que chamamos o dado e que tratamos como um gesto teórico que implica em uma interpretação do clínico. Chamamos atenção aqui para o desencontro entre o empírico enquanto recorte do fenômeno (determinado por uma teoria) e aponta-se para uma outra linha de teorização que permite enfrentar essa questão, a saber, a inclusão dessa heterogeneidade como recorte constitutivo da empiria da aquisição da linguagem.

3 Supõe-se que, a cada aplicação, mesmas manifestações serão reencontradas de forma permanente e quase idêntica de um indivíduo a 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.

4 Vale ressaltar que língua aqui, como diz Milner, não se trata de um conjunto de realidades, mas a 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, in-

definidamente sobrecarregada de acidentes diversos, mas somente como uma forma, invariante através de suas atualizações, visto que ela é definida em termo de relações” (1987, p. 12).

5 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.

6 Reconhece-se que neste artigo apresentamos nas elaborações teóricas um percurso reduzido da Psicanálise no sentido de indicar caminhos para a clínica destinada ao atendimento de bebês. Entretanto, pretende-se o avanço de tal proposta em minha tese de doutorado defendida em 2008 intitulada *A clínica com bebês: entre o discurso de risco e o laço com a parentalidade*.

algirardi@uol.com.br

Recebido em agosto/2009.  
Aceito em dezembro/2009.