

A CLÍNICA COM BEBÊS NO LAÇO COM A PARENTALIDADE

Girardi Ana Lúcia F. Nobile Hospital Regional de Assis / SP

I. Apresentação da questão

Este trabalho traz um recorte de minha tese de doutorado defendida em dezembro/2008 em que empreendo um esforço de elaboração em direção a um dizer teórico que tangencie a singularidade de um percurso clínico de 14 anos na clínica com bebês. Tal empreendimento dá-se a partir de minha filiação à Clínica de Linguagem¹ (que me introduziu a Saussure (1916) e ao Interacionismo conforme o pensamento de Claudia Lemos²) e a minha aproximação à Psicanálise lacaniana, a saber, decisivas na realização da meta proposta. A reflexão que pretendo aqui desenvolver está circunscrita à minha trajetória profissional como fonoaudióloga, num programa central de atendimento materno-infantil, o Método Mãe-Canguru, em um hospital do interior do Estado de São Paulo, em que está em pauta o atendimento de bebês nascidos prematuramente tanto no período de internação hospitalar quanto no pós-alta hospitalar na modalidade ambulatorial.

O ponto de partida desse trabalho é a discussão da clínica fonoaudiológica com bebês 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 dessa perspectiva que me afastou.

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. Tudo é muito incerto, só o passar do tempo pode trazer algum indício da vida.

E, é por esta perspectiva que a atuação fonoaudiológica tradicional com bebês, nascidos prematuros atrela-se, um tipo de intervenção conhecida como “preventiva” diretamente relacionada ao discurso médico de “*risco de morte*”. Se, de fato, a prematuridade pode envolver essa possibilidade, “risco” deslizou e se transformou em “*risco de desenvolvimento*”. Assim, a *hipótese do risco* tem dirigido à atuação fonoaudiológica que aceita a idéia de que seqüelas neurológicas e/ou sensoriais devidas ao despreparo anatômico e fisiológico do bebê ocasionem patologias de linguagem. A linguagem fica, desse modo, ligada à ordem orgânica por uma relação causa-efeito – o organismo tem peso de determinação nas vicissitudes do processo de aquisição da linguagem.

¹ Interessamo-nos pelos desdobramentos teóricos e clínicos realizados por pesquisadores do Grupo de Pesquisa LAEL- PUC/SP - CNPq (522002/97-8) - *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. Nele, posições, tendências e argumentos do campo da Fonoaudiologia têm sido revisitados e criticamente discutidos desde 1998. Uma bibliografia consistente e original deu origem a uma abordagem teórico-clínica particular, que foi intitulada “Clínica de Linguagem”.

² Para maior aprofundamento dessa questão, recomendo a leitura de De Lemos, “Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem” (1998 [2006]).

Sobre a clínica com bebês com a qual estou envolvida há 14 anos, no Hospital Regional de Assis, podemos dizer que estivera atada a presença dos 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 mudanças na minha prática clínica.

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. 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.

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*. Um dos pontos abordados neste trabalho foi à questão metodológica, critiquei/crítico³ a aplicação do instrumento-escala de desenvolvimento como representante de um desenvolvimento admitido como normal na clínica com bebês. Há uma distância que não se supera entre uma regularidade ideal, representada por escalas de desenvolvimento, e o acontecimento singular de cada processo. Em outras palavras, não se encontrou a homogeneidade prevista e esperada – o que inviabilizou “classificações”, ou seja, o estabelecimento de semblantes.⁴ Em cena e ato, a realidade de cada criança desafia insistentemente o ideal de homogeneidade.

Notamos, como uma das conclusões da dissertação que a prática vigente, voltada aos bebês nascidos prematuramente⁵ é edificada com base na sustentação de uma suposição de risco, e todo aparato

³ Iniciei esta crítica na dissertação de mestrado defendida em 2003 intitulada “O bebê prematuro no discurso de suas mães”.

⁴ 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.

⁵ Inclui-se também a minha própria atuação fonoaudiológica, naquela ocasião, instituída no Hospital Regional de Assis.

da clínica visa checar as evoluções da criança na linha do tempo cronológico a partir de escalas padronizadas. Neste sentido podemos dizer que 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 Vorcaro:

O discurso social, através de seus agentes e de seus aparelhos, propõe a segurança de métodos rigorosamente científicos, para detectar o entrave que a criança pode apresentar para o projeto social. De um modo geral, são indícios relativos ao não falar ou mal falar, inibições pedagógicas ou do brincar, descoordenação motora, temores ou agitação intensos, dificuldades nas aquisições de hábitos cotidianos, além dos efeitos psíquicos imputáveis a uma fragilidade neurológica de difícil objetivação. (VORCARO,1997, p.35)

Os interesses dos estudos dirigem-se a abordagens em que se privilegiam os acontecimentos do nascimento (prematuridade), 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.

Quanto ao meu trabalho, este não ficou ileso aos efeitos e às elaborações que pude incorporar e que modificaram radicalmente meu perfil profissional. Esclareço, ainda, que o apontamento sobre a desmesura, sobre a singularidade, produziu efeito de interpretação, na medida em que me deixei tocar pelo enigma imposto de minha clínica. Entendo que esse novo “fazer” ocasionou o meu afastamento do discurso centrado nas condições orgânicas do prematuro, engendrando, conseqüentemente, 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 sentido, podemos dizer que destituímos a concepção do “risco” na constituição do *infans* como sujeito falante. No campo da Fonoaudiologia, como nos referimos anteriormente, 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.

II. Discussão do problema e direções

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 (refiro-me aqui a alteridade da língua nos moldes em que Lacan a partir da retomada do texto freudiano em articulação a Lingüística estruturalista em Saussure (1916), estabeleceu o conceito de estrutura em Psicanálise). Afirmamos 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.

Convocamos a clínica pela dimensão simbólica na medida em que, num estágio ultraprecoce, é pelo adulto, quer como outro (semelhante) quer como grande Outro, que o bebê tem acesso ao mundo provido essencialmente pela fala. O corpo e o que se depura de seu funcionamento, portanto, são marcas significantes inscritas pela presença do Outro primordial e, neste sentido, a linguagem não é vista como veículo de

comunicação ou compreensão de mensagens. Assume-se que ela tem a função de identificar o sujeito, de incluí-lo na ordem simbólica. Uma transmissão operada pela lógica da antecipação, muito antes da criança poder se reconhecer como instância subjetiva produz-se pelo discurso tal reconhecimento, ao qual ele é capturado.

Esta questão leva-nos a uma afirmação de Lacan:

A função de resíduo exercida (e, ao mesmo tempo, mantida) pela família conjugal na evolução das sociedades destaca a irredutibilidade de uma transmissão- que é de outra ordem que não a vida segundo as satisfações das necessidades, mas é de uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo. (LACAN, 1963, p. 369).

A adoção desta perspectiva implica na particularidade de que o homem não é redutível ao ser de necessidade, 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 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 [...] sucessor do objeto materno primitivo [...] objeto indispensável”. E isto, “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. (LACAN, 1956-7, p. 83)

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.

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, p. 171) que ordena a sintaxe do corpo do *infans* com um corpo imaginário. Por trás, entretanto, 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, p. 168). 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 simbólico pela lei.

Retomando a clínica com bebês, esta que pretendo aqui defender, trata-se de uma clínica em que o que está em jogo são 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 grande outro, sobre aquele que irá se precipitar como sujeito falante. Pois, o ser não está em posição de poder operar como resposta de simbolização de sua existência e, portanto, a posição de maestria está na dependência da função da parentalidade que organiza o circuito pulsional do *infans*. 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.

Na clínica, portanto, menos do que reduzir o bebê na cena clínica à “observação” de suas reações frente ao meio, posiciono-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. Podemos dizer que é pela

possibilidade de um espaço de fala que vão se localizando elaborações de questões sobre o exercício da função materna e da função paterna.

Um ponto essencial é que em nossos encontros 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.

Sobre isto podemos dizer que houve/há 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”. (quero dizer que mesmo antes de minha aproximação com a Psicanálise, enquanto elaboração teórica, havia uma escuta que me permitiu suspeitar desta consequência 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).

O que estou querendo dizer é que o nascimento introduz de um lado, uma determinação linguageira que constitui o sujeito como “sujeito ao significante”, submetido à primazia do simbólico que precede. E, de outro, um furo, um intransmissível, incalculável que depende da escolha do sujeito que se pode esperar extrair alguma liberdade, a sua própria “criação”. Na clínica isto pode ser traduzido assim: ainda que marcado pela anterioridade que se conjugam na estrutura, introduzir a questão do sujeito obriga-nos a enfrentar na clínica o efeito sujeito ao longo de sua estruturação (o que constitui o sujeito não está somente do lado da anterioridade lógica, ma há algo de cada um de nós que diz da “invenção” da estruturação subjetiva).

De fato, a clínica desafia um raciocínio guiado pela idéia de causalidade direta ou imediata entre problemas orgânicos e alterações na fala. Podemos dizer que este trabalho é um testemunho da clínica que indicou não haver relação entre os instrumentos diagnósticos, forjados na Fonoaudiologia, e o acontecimento singular do processo de estruturação do *infans* na linguagem. E, portanto, que se tem como horizonte o que escapa à determinação orgânica, ou seja: o sujeito e a linguagem.

Para finalizar - em linhas gerais, neste trabalho, procurei sustentar que *organismo* e *sujeito* são instâncias *não-coincidentes* – tese fundamental da Psicanálise, que funda a hipótese do inconsciente (Freud, 1900).

Referências bibliográficas

FREUD, S. (1990-1991). *Interpretação dos sonhos*. In: Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, v. 5, 2006.

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.

_____. *A clínica com bebês: entre o discurso do risco e o laço com a parentalidade*. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

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

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

SAUSSURE, F. (1916). *Curso de Lingüística Geral*. São Paulo: Cultrix, 1991.

VORCARO, A. *Crianças na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 1997.