

Cad.Est.Ling., Campinas, 50(1):103-116, 2008

O BEBÊ PREMATURO NO DISCURSO DE SUAS MÃES

ANA LUCIA F. NOBILE GIRARDI
(USP-SP)
REGINA MARIA A. C. FREIRE
(PUC-SP)

RESUMO: Ce travail propose une réflexion sur les sens discursifs impliqués dans la notion de risque - concept de grande circulation à la clinique neonatologique et incorporé à la clinique phonoaudiologique aux bébés prématurés – et une discussion sur les effets suscités aux familiers de ces enfants, surtout aux mères.

La proposition de ce travail apparut de la contradiction entre les résultats observés dans la pratique clinique et les notions théoriques qui la soutenait. On prévoyait que des enfants nés prématurés seraient plus enclins (*ou plus prédisposés) à présenter des problèmes dans leur développement et, en ce qui concerne le domaine de la phonoaudiologie, des modifications dans leur processus de l'acquisition du langage. Néanmoins, seulement une petite partie d'entre les prématurés assistés présentait des problèmes dans cette sphère, ce qui éloigna la prématurité comme la cause principale ou l'unique du problème. On attendait encore l'établissement d'un modèle commun de l'acquisition du langage parmi les enfants assistés, basé sur la comparaison entre les données cliniques et l'instrument correspondant à une supposée normalité. Pourtant, l'échelle ne fut pas capable de traduire, comme on attendait, une linéarité dans les acquisitions. On peut dire alors que le concept de risque employé est incompatible avec la pratique clinique puisqu'il est impossible de prévoir le développement du langage chez les enfants.

Dans ce contexte, l'objectif de ce travail est d'analyser le discours de trois mères dont les enfants nés prématurés reçoivent l'assistance ambulatoire de la phonoaudiologie afin d'observer l'effet du sens du terme risque dans leurs discours. Pour réaliser cette recherche, on utilisa comme procédé théorique méthodologique des concepts de l'Analyse du Discours de la Théorie Française. Les conclusions de la recherche démontrent le besoin de réévaluer les notions des termes risque et temps en ce qui concerne l'assistance de la phonoaudiologie.

INTRODUÇÃO

O trabalho de prevenção na área fonoaudiológica requer que os chamados “bebês de risco” sejam colocados sob o seu foco de atenção. Tal inclusão justifica-se pela grande possibilidade de ocorrência de alterações na linguagem, na deglutição e na audição, decorrentes dos efeitos negativos da prematuridade sobre o desenvolvimento do bebê. A prematuridade é uma das condições de risco para o aparecimento de alterações a curto e a longo prazo, mais citadas pela literatura especializada. Nesse sentido, interessa à Fonoaudiologia o acompanhamento da criança nascida prematuramente para detectar problemas em seu campo e, precocemente, iniciar a intervenção.

No ano de 1994, o Hospital Regional de Assis (HRA) inaugurou a unidade de UTI neonatal para o atendimento de recém-nascidos da cidade e da região. O estudo sobre a

eficácia da UTI neonatal, realizado por Wajnsztein, Vilanova e Vieira (1998), confirma que o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos acompanha o crescimento no índice de deficiências que atingem diversas áreas do desenvolvimento. As aquisições tardias e ou alterações de linguagem das crianças nascidas prematuramente são explicadas pela relação de causalidade estabelecida entre a linguagem e a imaturidade neurológica e/ou as possíveis lesões neurológicas ocorridas por ocasião do nascimento.

Dada à concordância de que bebês nascidos prematuramente pertencem a um “grupo de risco”, não só para a medicina que assim os nomeia, mas também para a área fonoaudiológica, foi implantado, no mesmo ano, no HRA, o Ambulatório Fonoaudiológico de Estimulação Precoce, concebido sob o viés da prevenção.

A proposta de atendimento aos bebês prematuros do HRA foi desenvolvida com base em estudos feitos por fonoaudiólogos clínicos, entre os quais: Hernandez (1996); Xavier (1996; 1998); Cardinalli e Xavier (1995); Bassetto, Azevedo e Chiari (1998); Pereira e colaboradores (1993). Pesquisadores da área psicológica como Brazelton (1982; 1987) e Cramer, Kreisler, Schappi e Souleé (1987), também ofereceram suporte ao trabalho.

As ações foram estruturadas em duas vertentes. Na primeira priorizou-se a alimentação por via oral, já que bebês prematuros, freqüentemente, fazem uso da sonda. Para tanto, utilizou-se a estratégia de estimulação dos reflexos orais do bebê, durante a administração do alimento pela sonda. Tal procedimento era acompanhado pela mãe, orientada a repeti-lo durante os horários de alimentação. O segundo momento da atuação fonoaudiológica – o acompanhamento ambulatorial do bebê –, visava observar o processo de aquisição de linguagem e prevenir a ocorrência de alterações relacionadas ao campo fonoaudiológico. Partindo desses objetivos, os bebês foram submetidos a avaliações trimestrais constituídas por um conjunto de comportamentos de linguagem, agrupados de acordo com suas funções (expressiva, receptiva, interativa/comunicativa, visual, motora e cognitiva) e organizados em uma escala de desenvolvimento. Tanto o diagnóstico quanto o prognóstico fonoaudiológico estavam pautados na equivalência ou disparidade entre o observado e o esperado em determinada idade, segundo a escala de desenvolvimento adotada.

A contradição entre o que era esperado e o que efetivamente emergiu durante o acompanhamento longitudinal, motivou a primeira inquietação. Previam-se que crianças prematuras, necessariamente, apresentassem problemas no desenvolvimento, especialmente de linguagem. No entanto, apenas uma pequena parcela das crianças acompanhadas manifestou problemas de linguagem, o que afastou a prematuridade como lugar de causa principal ou única do problema. Mesmo nesses casos, o que se observou foram atrasos leves e temporários, já que superados no segundo ano de vida. Uma outra inquietação adveio da dificuldade em relação ao uso da escala de desenvolvimento que não permitiu a apreensão de um padrão comum de aquisição de linguagem dentre as crianças acompanhadas, dada à ausência de linearidade na linguagem. Podemos dizer, então, que as operações de previsibilidade, sistematicidade e linearidade do instrumento utilizado na clínica com bebês, não sustentaram sua eficácia frente à linguagem da criança.

No intuito de direcionar o assunto proposto, destacamos as reflexões de Clavreul (1983) sobre o ideal de objetividade científica e de previsibilidade (ou prognóstico) tornados possíveis na clínica médica, devido ao estabelecimento de um quadro nosográfico, definido a partir da determinação etiológica dos sinais e sintomas característicos de doenças. Assim,

etiologia, semiologia e prognóstico articulam-se e sustentam o saber médico. A prática clínica fonoaudiológica, contudo, contraria o saber médico, já que a experiência clínica fonoaudiológica indicia a presença da imprevisibilidade da linguagem e do vir-a-ser da criança considerada como bebê de risco.

Devido às circunstâncias singulares que envolvem o atendimento ao bebê de risco sob a ótica da linguagem, uma outra inquietação foi suscitada em forma de questão: Qual seria o efeito do discurso médico sobre as mães, uma vez que este as alerta sobre os riscos que incidem sobre seus filhos nascidos prematuramente? Lembremo-nos de que elas estão postas sob a mira do discurso médico desde o momento em que se tornam mães de bebês prematuros.

Assim, foi circunscrito o objetivo deste trabalho: analisar o discurso materno para identificar os sentidos que a noção de risco toma em seus discursos, a fim de evidenciar os efeitos ideológicos que permeiam o trabalho fonoaudiológico com bebês de alto risco favorecendo a revisão da posição do terapeuta.

Ressalte-se que este trabalho foi submetido ao parecer da Comissão de Ética e atende aos critérios éticos da portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa que envolve seres humanos.

MATERIALE MÉTODO

A Análise de Discurso (AD), conhecida como de linha francesa, é um procedimento teórico e de análise oriundo da interposição de três regiões do conhecimento científico: a ciência social, a lingüística e a semântica discursiva. Inclui-se no entremeio desta estrutura uma teoria da subjetividade de natureza psicanalítica. Assim, para a AD, sujeito, relação mundo/linguagem e produção de sentidos não possuem transparência. E, portanto, devem ser pensados em seus processos histórico-sociais de constituição (ideologia) com o inconsciente (relação com o desejo) funcionando de modo concomitante para a constituição do sujeito e do sentido.

AAD explica as evidências instituídas pela linguagem como um produto naturalizado pela relação da história com o poder. Existe um “já dito”, como afirma Orlandi (2001), que sustenta a possibilidade de todo dizer, ou seja, o discurso ganha sentido no dizer do outro, materializado por meio da ideologia.

Sob essa perspectiva, a linguagem é então estabelecida como trabalho, isto é, como mediação constituinte e transformadora entre homem e realidade natural e social, de natureza incompleta. Isto significa dizer que há uma relação necessária entre o dizer e as condições de produção desse dizer, determinando um certo processo de significação.

As condições de produção do discurso, segundo Orlandi (1986), dizem respeito às formações imaginárias que se constituem a partir das relações sociais. Portanto, não se prevê na relação discursiva, a idéia de traços sociológicos empíricos (classe social, idade, sexo e profissão), mas sim, as formações imaginárias, que se referem à imagem que o locutor tem de seu lugar, do outro e do referente do discurso, bem como a imagem que o ouvinte tem de seu lugar e do lugar do locutor.

Vale ressaltar que a AD pressupõe o discurso como efeito de sentido entre os locutores, em que o sujeito falante está submetido às formações ideológicas. Ou seja, o sujeito no discurso não é por si, mas está sob o efeito da história de sua constituição e da historicidade do sentido.

Para analisar os sentidos que derivam da circulação da noção de “risco” no discurso das mães dos bebês prematuros, foram gravados e transcritos em ortografia regular, os discursos de três mães, cujos bebês nasceram no Hospital Regional de Assis e foram acompanhados no ambulatório fonoaudiológico da mesma instituição.

Para a análise, alçou-se a AD que assenta sua interpretação sobre a materialidade discursiva. A análise de um discurso passa por etapas que correspondem à conquista das propriedades do discurso que o caracterizam enquanto funcionamento. Na primeira etapa de análise, passamos da superfície lingüística (corpus) ao objeto discursivo que desfaz a ilusão de que as palavras possuem realidade. Na segunda etapa, vislumbramos que as marcas lingüísticas produzidas pelos efeitos de sentido entre os interlocutores determinam as condições de produção. E, na terceira e última etapa, notamos que a formação ideológica explicita o modo de constituição dos sujeitos e do sentido, mostrando o trabalho da ideologia, que determina o que pode e deve ser dito a partir de uma dada posição e conjuntura.

ANÁLISE DE DADOS

Entrevista 1: Discurso da mãe de G., à época com três anos de idade.

O discurso da fonoaudióloga inicia a entrevista apoiado no conhecimento dos problemas que permearam a gestação de G. Isso se deve ao fato de a fonoaudióloga ter acompanhado a experiência gestacional da mãe, caracterizando, assim, as condições de produção do discurso.

F.: Para você é difícil falar sobre a experiência da gestação?

Mãe: Ah, é né, porque é **difícil** pra mim, eu tive muitos problemas na gestação, e com meu marido também, porque ele não entendia tudo que eu tava passando, porque o obstetra afirmava que tava tudo bem comigo, com minha gravidez....., então era **complicado**....., foi **difícil** pra mim...., então eu sempre tentei reclamar, fica comigo hoje eu **não estou bem**....., porque minha gravidez inteira foi assim das meninas, eu não me alimentava direito, pra trabalhar foi um custo também, e o médico não me dava atestado, né e falava que eu **não estava me sentindo bem**....., então era **complicado**, porque eu ia fazer o meu pré-natal e ele falava está tudo bem com as nenês...., eu **não me sentia bem** eu cheguei até pensar, que será que tá acontecendo comigo, será que é verdade, porque eu sentia que **eu não estava bem**, eu não sentia minhas nenês mexendo...., eu ia no médico tem alguma coisa errada, mas como eu ia desconfiar do médico que no caso é a autoridade né, cê vai no médico ele fala assim as nenês tão mexendo...., foi **difícil** pra mim, muito **difícil** mesmo.

No discurso materno, a iminência do risco materializa-se por dizeres que incidem sobre a problemática da gestação, e que não são levados em consideração pelo médico

obstetra. O discurso materno não apresenta valor de verdade, já que a postura médica diante da demanda materna se caracteriza pela objetividade científica que constitui o ato médico, configurada sobre diagnóstico, prognóstico e terapêutica. O médico, neste sentido, é representante da instituição médica, que exclui a subjetividade tanto do paciente como de si próprio. Em outras palavras, se os exames realizados pela mãe não apontaram problemas, não há razão para que o médico considere o dizer materno, dessa forma, o discurso da mãe não faz sentido no saber médico.

F: E **aí** quando você foi internada, por que foi internada?

Mãe: Porque **no começo** eu senti dor, senti contração, **aí** fui pro hospital de B... ..., ele colocou Buscopan na veia, fiquei de observação, porque **naquele mês** o meu médico tinha saído de férias... **aí** eu fiquei lá, **aí** acho que tô melhor, **aí** fui levantar não agüentei ficar de pé de dor..., **aí** nisso o M. como sempre não estava, ele tinha ido num churrasco com os amigos.... ele veio correndo e trouxe pro Regional, né **aí** a médica que tava de plantão, acho que era a Dra. C., ela falou pra mim pelas **semanas** tudo não poderia ganhar, **aí** me deram medicação tudo, e já me internaram pra ver o que iam fazer comigo, **aí** eu fiquei internada **15 dias**, quem tomou frente do caso foi o Dr. A. que, na **época**, ele era chefe daqui, e o Dr. G. que foram os médicos mais presentes na **época** que mais cuidaram de mim...

Vale destacar que o termo “aí”, presente na fala da fonoaudióloga, é interpretado no discurso materno pelo viés da temporalidade da situação vivida pela mãe. O texto é marcado pelo detalhamento da trajetória de internação e, neste sentido, a noção de risco toma aqui, em relação ao recorte anterior, uma direção de identificação ao discurso médico, já que o enunciado materno faz referência ao discurso médico que impera no ambiente hospitalar. Em outras palavras, as noções de “risco” e “tempo” são materializadas no discurso materno, a partir da verdade operada pela clínica médica.

F: Qual era seu caso?

Mãe: Então o Dr. A. disse que eu tinha muito líquido, é muito mais do que o normal....então eu fazia punção, enfiava aquela agulhona pra tirar água, tirou **uma vez foi** um litro, **depois foi** dois litros... pra que as nenê ficasse o máximo tempo possível, porque eles estavam dando injeção para amadurecer os pulmãozinho tudo, **toda semana** a gente vai ver se faz..., dá muita cólica é **terrível** isto... Só que **uma vez foi** um litro..., **outra vez** acho que **foi** dois litros, dois litros e meio, não sei não me recordo, é uma cólica **terrível, é horrível, é horrível, horrível, horrível** depois que se sai da mesa **aí** sempre assim, **aí** o doutor falava a gente vai fazer isso até você ganhar as nenê, pra ver se você consegue segurar o máximo tempo possível, são duas, e a outra que faleceu tava muito pequenininha, pra isso ele sempre me manteu ciente de tudo que **tava acontecendo, o que poderia acontecer**, ele sempre falou a situação é essa, **tudo que tava acontecendo**, me explicou o tamanho das nenês, o que **poderia acontecer**, qual que era o meu probleminha, ele me explicou, e foi assim até romper a bolsa, que **um dia** ele me mandou pra casa, vai descansar um pouquinho, que já tava **15 dias** no hospital, e marcou não sei se foi **5ª ou 6ª feira** pra eu retornar aqui pra fazer outro ultrassom, só que neste **espaço de tempo** rompeu minha bolsa, **aí** eu vim pra cá de novo.

O discurso da mãe, rico em detalhes, introduz o leitor temporalmente na cena vivida, privilegiando a realidade dos acontecimentos. O texto está marcado linguisticamente pelo número de dias, e até mesmo pelo dia da semana em que o episódio descrito ocorrera. Nos dizeres da mãe observa-se a noção de “risco” colocada pelo discurso médico, o qual apresenta a possibilidade de morbidade das crianças. Tal possibilidade é explicada a partir de um raciocínio linear de causa e efeito previsto na objetividade do saber médico necessário à cientificidade da disciplina.

Vale mencionar que os significantes “terrível” e “horível”, presentes no discurso materno, marcam uma posição distinta da mencionada anteriormente, já que o que está em jogo é a singularidade da sua experiência gestacional.

F.: Durante esses **15 dias** que você ficou aqui, o que você pensava? Você **sabia de tudo**?

Mãe: Ah, foi difícil..., as minhas nenês eram tão pequenininhas pelo tamanho da minha barriga, eu sabia que tinha alguma coisa errada, mas eu **não sabia** o que era..., porque eu **não sabia** o que ia acontecer, meu Deus me ajude porque eu tenho outro em casa, meu filho tinha um ano..., eu falava eu **não sabia** o que ia ser, **não sabia** se elas iam viver, se não iam, eu vou ficar aqui e agüentar o que eu puder..., foi terrível a experiência porque eu sentia muita **dor**, meu espaço de **tempo** aqui..., estes **15 dias** antes de ganhar era assim, o **dia inteiro** eu tomando injeção, **de uma em uma hora** a enfermeira vinha escutar os bebês, se tavam batendo os coraçãozinho, era assim, então nem tinha **tempo** de dormir, pra pensar em nada era só **dor, dor, dor, dor**, e só, antes de ganhar as meninas foi isso.

Observa-se nos dizeres da mãe e da fonoaudióloga, o sentido de previsibilidade implicado na noção de risco que emerge do discurso médico. Ou seja, o risco pressuposto é incerto, porém, previsível. Apesar de a expressão “morte” não aparecer explicitamente nos comentários, há, no intertexto, tal possibilidade. Entretanto, vale ressaltar que a repetição dos significantes “dor, dor, dor, dor” no depoimento da mãe convoca dois sentidos; por um lado, o de duração e, portanto, de tempo cronológico e, por outro lado, comparece a temporalidade que estabelece um laço nas inscrições que dizem de sua constituição enquanto sujeito em sofrimento.

F.: Aí você ficou no hospital?

Mãe: Não, aí como ela ficou entubada na UTI, **não sabia o que ia acontecer**, eu voltei para casa..., mas um dia sim outro não a gente vinha ver as meninas, só que no 3º. dia a A. J. faleceu, ela não agüentou, ela era muito pequenininha mesmo, deu infecção, e ficou a G.

F.: Aí ficou a G., como é que era?

Mãe: Era difícil, porque todo dia que a gente chegava aqui era uma coisa, ou ela parava de respirar na minha frente, ficou toda roxinha, era difícil, a gente **não sabia o que ia acontecer** com ela, aí **depois de um tempo ela começou melhorar**, quando eu vim ficar com ela, ela conseguiu tirar a sonda..., **aí ela foi melhorando**.

Nota-se que a fala da fonoaudióloga privilegia o funcionamento hospitalar da instituição em questão, que oferece infra-estrutura às mães para que permaneçam na unidade durante todo o período de recuperação do seu filho, caracterizando, assim, as condições de produção do discurso. Quanto ao discurso materno, embora apareçam enunciados que materializam a objetividade do discurso médico, o qual implica na previsão de morte e seqüelas do bebê nascido prematuramente, há também um outro discurso marcante, que aponta a presença de certa contradição no discurso médico, “ela começou melhorar,..... ela foi melhorando”.

F: E esse **período** aqui como é que era?

Mãe: Esse **período** era **difícil**, porque assim, a G. ficava o dia **inteiro** bem, ela não **chorava** muito, ela **chorava** pouco normal, mas à noite que era pior, ela **chorava** a noite **inteirinha**..... Agora assim é **difícil**..., eu não sou tão calma quanto deveria, poderia ser né, porque ela acorda me atrapalha o sono.

F: Por que você falou que não é calma?

Mãe: Eu poderia ser mais calma pra ajudar ela, porque ela é uma menina de **gênio muito forte**, e às vezes eu dou uns tapas...., a G. tem o **gênio forte demais**, ela qué alguma ..., cê fala espera um pouquinho, não eu quero agora, ela é desse jeito.

O discurso da fonoaudióloga ainda insiste sobre a temporalidade envolvida no período de internação da criança, enquanto os dizeres da mãe desviam para outra direção. A noção de risco no discurso materno toma o sentido de uma temporalidade peculiar, que faz sentido pela singularidade estabelecida na relação mãe e filha.

Observa-se que, na seqüência, o discurso da fonoaudióloga está sob os efeitos do dizer materno no que tange à noção de risco – “por que você falou que não é calma” –, ou seja, considera outros efeitos de sentido que podem daí advir. Podemos assim dizer que o sentido que emerge neste recorte não coincide com a previsão do saber médico, que se detém sobre as possíveis seqüelas orgânicas da criança nascida prematuramente.

F: O que é que está errado?

Mãe: Não sei, o **temperamento** da G. que é **difícil**...., não é uma criança que gosta de abraço, de beijo, ela não gosta de carinho, ela gosta de beijo a hora que ela quer... Ela tem esse **gênio difícil** de eu não conseguir me comunicar com ela.

F: Fala mais ...

Mãe: É o **temperamento** dela mesmo, que nem pra andar eu não precisei pegar na mãozinha dela, ficar andando, ela vai com o irmão...., ela caía no chão, ela gritava, gritava de nervoso, ela levantava caía de novo sozinha... ela foi no vaso (sanitário), direto....., não aceita, ela quer fazer o que ela quer....fala tudo, ela é muito esperta, mais rápida do que o menino.

Salienta-se que, a partir do momento em que o discurso da fonoaudióloga retoma o sentido de risco implicado pelo dizer materno, produz-se um distanciamento da noção de risco da clínica médica, sustentado pela objetividade do saber médico. O que se opera, então, é um dizer marcado pelas sanções simbólicas impressas no corpo da criança pelo discurso materno.

Entrevista 2: Discurso de L., mãe de I. e D., à época com um ano e dez meses de idade.

F: Eu queria te agradecer por você estar aqui. Eu te chamei para a gente poder conversar sobre como é que foi ter as meninas, como é que as coisas aconteceram com você? Conte do jeito que vier na sua cabeça.

Mãe: Olha, eu vim porque foi você, porque eu não gosto assim..., nem de lembrar. A gravidez foi planejada, foi tudo certinho, só que foi repouso absoluto **desde o primeiro mês**, problema de placenta, **primeiro** deslocamento e **depois** veio placenta prévia, placenta prévia, aí minha bolsa estourou..., **seis meses e meio**, aí eu vim pra cá, no dia que elas completaram **sete meses**, aí eu já tava com começo de infecção, tivemos que tirá-las..... os médicos falaram....que alguma delas não podia sobreviver, a I. ficou na neo **50 dias**, nesse **meio tempo** quando ela ganhou **2 quilos**, ela não, ela foi pro berçário devia estar com uns **30 dias**. Aí ela teve uma parada cardíaca, quase morreu, voltou para a neo, as duas pegaram todos os tipos de infecção imagináveis, era uma época que tava tendo infecção aqui no hospital, infecção hospitalar, pegaram de tudo. O médico falava pra mim reza, entrega na mão de Deus. Mas graças a Deus são perfeitas, espertas. Mais é assim, eu não gosto nem de lembrar, A., ontem eu ainda tava tentando fazer força pra vê se eu lembrava a D. **na hora** que ela, a D. nasceu, o Apgar dela foi mais baixo, eles nem me mostraram o rostinho dela, agora I. eu vi, só que a única coisa que eu lembro, eu não gosto assim de ficar lembrando, lá dentro eles raspam a cabeça, todas ficaram, toda cheia de coisas, **agora** eu tava sentada ali dentro, meu Deus eu não sei como tive força, mas **agora** é assim, é muito gratificante, **cada dia** é uma novidade, é uma que eu não acredito principalmente porque muitos médicos falam pra mim que eu fui, eu fui uma vencedora, passar pelo que eu passei, e as minhas filhas serem perfeitas, não terem seqüela nenhuma, e as pediatra também falam que não parece ser gemelar, pelo tamanho, pelo desenvolvimento, são muito espertas, e é isso.

Tanto o discurso da fonoaudióloga como o da mãe atestam familiaridade, indicando que ambas se conhecem desde o acompanhamento fonoaudiológico das filhas no Hospital Regional de Assis, o que viabiliza as condições de produção do discurso.

Também aqui o discurso materno caracteriza-se pelas marcas de temporalidade, atestadas pela indicação do número de dias e de meses que envolveram a gestação e a internação das filhas. A noção de risco toma o sentido apregoadado pela clínica médica cuja ordem formal se liga à coerência/objetividade do saber médico que reduz o corpo a uma estrutura que se constitui por partes definidas e relacionáveis entre si, a saber, uma totalidade orgânica articulada.

F: Você falou “eu não sei como eu tive força”, na época você se sentia forte?

Mãe: Sentia, sentia... Mas eu me sentia forte, coisa que **hoje** eu não sou, **só de lembrar eu não gosto**, eu quero esquecer sabe. E é uma coisa que a minha família, eles não, eles sabem que **eu não gosto de lembrar, não gosto mesmo**, só que a família do meu marido..., a família do meu marido, minha sogra não, não tá certo, eles moram fora tudo, mas é só reunir lá vai esse assunto, e é uma coisa que **eu não gosto de lembrar**, A.,

porque **agora** eu sofro demais quando eu começo a lembrar, sabe..., eles não tavam perto, eles não viram a minha dor. Mas é graças a Deus estão vivas.

Os dizeres da mãe revelam novamente sua identificação com o discurso médico. Embora suas filhas apresentem desenvolvimento adequado, não havendo, portanto, com que se preocupar, há o “fantasma do risco”, apontado pela ideologia médica que previra a morte e, no caso de sobrevivida, as seqüelas.

F: E você, falando assim, parece que há um **antes** e um **depois**, você **forte** e você **frágil**?

Mãe: **Agora**.

F: **Agora** quando?

Mãe: Não, eu acho, eu acho que eu fui forte demais quando eu **passei**, quando o tempo que elas estavam aqui, nossa eu não sei como consegui.... mas **agora** assim qualquer coisinha que acontece com elas é como se eu já entrasse em pânico, eu não gosto de lembrar, eu não acho que se eu tivesse que **passar** por tudo que eu **passei** há dois anos atrás, **hoje** eu não teria força, eu não sei como que eu ia reagir, entende? **Hoje** eu tenho medo.

Nota-se, por um lado, que o discurso da fonoaudióloga está sob os efeitos do conteúdo emocional manifestado pelo discurso materno. E, por outro, da temporalidade implicada na ideologia das ciências de saúde que pressupõem o tempo enquanto medida que permite a possibilidade da apreensão e, portanto, a circunscrição da experiência de vida.

F: **Quando** é que veio esse medo, L.?

Mãe: **Eu não sei** te dizer quando.

F: **Você não sabe** ao certo...

Mãe: ...eu comecei a perceber esse meu lado quando começavam a falar no assunto, as meninas ficaram na neo, as meninas ficaram na neo, sabe, aí eu fui vendo o que estava acontecendo comigo.... eu não faço força, nem um pouquinho de lembrar o período que elas **passaram** aqui A.....

Os dizeres da fonoaudióloga seguem marcados pela ideologia da apreensão de uma temporalidade que permitirá desvendar a origem e, portanto, o início do mal-estar enunciado pela mãe. Entretanto, os dizeres maternos insistem que a temporalidade presente no discurso não diz respeito ao tempo cronológico, o qual se constitui por uma ordem homogênea e de natureza matemática. Mas, que o que está posto é uma temporalidade que estabelece laço com uma experiência e, que, portanto, passado, presente e futuro estão implicados entre si.

Mãe: Hoje eu tenho **medo**.

F: **Medo** do que L.?

Mãe: **Não sei, não sei** se é **medo** de perder, **medo** de que possa acontecer alguma coisa mais grave com elas e eu **não agüentar**, e elas **não agüentarem**, é difícil explicar A..... graças a Deus falam de tudo, mexem em tudo, trepam em tudo, corre, são muito espertas.

O discurso da mãe atesta que, no tempo presente, as filhas se apresentam dentro do desenvolvimento esperado e, portanto, não haveria com que se preocupar. Entretanto, os dizeres também indiciam a presença do risco iminente que não coincide com a realidade objetiva. Nesse caso, há um rompimento da reprodução do sentido de risco que pressupõe o manifesto e, portanto o que é observável pelos órgãos dos sentidos, já que o discurso materno circunscreve o risco que faz sentido apenas a partir da singularidade que paira na relação entre mãe e filhas.

Entrevista 3: Discurso de A. C., mãe de A. L. e R., à época com quatro anos e seis meses de idade.

F: Eu queria que você contasse como é ter tido seus filhos, ter **ficado no hospital, ficado um tempo** grande? Me conte como isso refletiu na sua vida, na vida dos seus filhos.

Mãe: Vamos ver se eu consigo me expressar. A notícia de ter filhos **gêmeos** foi um **choque**, só tenho, só tinha um filho de 6 anos. E aos **6 meses** eu fiquei sabendo que era **gêmeos**, uma coisa assim uma novidade, uma notícia que jamais a gente esperava. No começo foi um **susto**, um **trauma**, porque a situação financeira da gente não é das melhores....., e com **7 meses** as crianças já nasceram, de repente rompeu a bolsa, e foi tudo uma correria...E foi, na fase mais difícil, digamos assim, nos **primeiros meses** tinha um acompanhamento médico, porque eles foram prematuro, e aquela ladainha de pediatra, de vacinação, é tudo muito cansativo, em **dobro**, mas nada que desanimasse a gente, cansaço faz parte da vida, do dia a dia de todo mundo. Mas o pensamento muda em relação de ter um filho, e de quem dirá de ser **gêmeos**

O discurso da fonoaudióloga manifesta seus saberes sobre o funcionamento da unidade hospitalar que oferece infra-estrutura às mães para que permaneçam no hospital durante todo o período de recuperação do filho. E concebe a experiência materna como traumática, considerando o risco implicado em um nascimento prematuro.

Quanto ao discurso materno, pode-se dizer que está sob os efeitos do discurso da fonoaudióloga. Neste sentido, a seqüência temporal relatada pela mãe está impregnada pela noção de risco sobre a qual se assenta a medicina: a necessidade de maiores cuidados pelo fato de a criança ter nascido prematuramente. Isto porque o discurso da medicina apóia-se no despreparo anátomo-fisiológico das crianças nascidas antes do tempo e, em conseqüência, prevê complicações para a criança.

Entretanto, nos comentários da mãe, ocorrem deslizamentos de sentido da noção de risco, pois, pelo fato de os filhos serem gêmeos, a possibilidade de risco é maior e volta a assombrá-la.

F: Por que você está chorando?

Mãe: Eu acho que é **preocupação** que a gente tem com eles, é muito, dá a impressão que a gente sempre podia estar fazendo mais.

F: Mais o quê?

Mãe: Não sei, digamos assim, por não estar tão perto, se fica com a **preocupação** de ficar pouco com eles pra poder dar o melhor pra eles. Tem hora que **falta** aquele

carinho, **falta** aquele contato, aquela amizade.... Mas hoje em dia é tão corrido, é tanta **preocupação**, que dá a impressão que a gente deixa os filhos meio pra escanteio, e a **preocupação** com drogas, com educação mesmo... A gente dá graças porque eles são grandes, se vê assim, mas as crianças se vê, elas são muito saudáveis..., se fala não é possível que seja essa criança, o tanto que desenvolveram, e tão saudáveis que são, é um presente mesmo de Deus, como se diz inexplicável.

Há nos dizeres da mãe um desvio do sentido de risco instituído pelo saber médico relacionado às seqüelas que a prematuridade operará sobre o desenvolvimento da criança. Ou seja, há um outro sentido de “risco” que escapa àquele dado pelo discurso médico; este é da ordem da singularidade, e não coincide com o saber da medicina. Para esta, o discurso do sujeito é ouvido enquanto sinais que levarão o médico a decifrar a doença a partir do seu instrumento metodológico, o qual se assenta sobre a estrutura clínica – semiologia, etiologia e prognóstico.

F: Quando você os via na UTI, o que você pensava sobre o futuro?

Mãe: Eu **pensava** que não ia haver futuro, **achava** que não ia ter eles, **achava** que eles não iam sobreviver, que eles eram **muito pequenininho, muito magrinho**, sempre com o olho tapado por causa da luz, pra ter uma corzinha, **muito indefesos**. Mas de repente **mudou tudo** o quadro, e rapidinho eles foram para o berçário, **depois** foram se desenvolvendo...

Tanto o discurso da fonoaudióloga quanto o da mãe materializam a noção de risco que prevê a morte, de um lado e, de outro, no caso de sobrevivência, as seqüelas, bem como a noção de tempo cronológico, que se constitui por uma seqüência objetiva e normativa. No entanto, há marcas no discurso materno que apontam a contradição sobre a previsão de risco do saber médico. Há a indicação de um “novo” tempo que é operada pelo discurso materno – “mudou tudo”.

Mãe: Não sei se o choque de ter gêmeos causou alguma coisa assim, que eu fiquei **mais** preocupada, **mais** balançada, **mais** apavorada digamos assim.

F: A preocupação é com o quê?

Mãe: Com o **futuro** em relação à inteligência, ao tipo de vida que eles podem ter... é o estudo que eu posso dar pra eles agora, que vai depender o **futuro** deles, e não que assim a minha infância foi pobre, família simples, humilde, mas assim sempre com alegria, com mãe por perto, e de repente eu tenho a impressão que eu tenho pouco pra oferecer pra eles, hoje em dia as crianças exige mais de você, sei lá, o custo de vida é mais caro, com tudo que é melhor do que eu tinha ainda parece que é pouco...

Os sentidos “risco” e “tempo” aparecem novamente no discurso da mãe, e pode-se dizer que não coincidem com a noção do saber médico que lida com o corpo enquanto um lugar onde a doença se inscreve, e que, para que haja o restabelecimento deste, faz-se necessário a submissão a procedimentos específicos que assegurem a normalidade. O que pretendemos ressaltar é que o discurso materno, por meio dos significantes “mais” e “futuro”, remete ao corpo dos filhos como um lugar

absolutamente singular, materializando a iminência de um “risco” que não poderá ser neutralizado por medidas normativas.

F: Você falou que quando eles nasceram, pareciam indefesos, parecia que não ia ter **futuro**, e de repente, então quando você percebeu que haveria **futuro**?

Mãe: Eu acho que a partir do momento que dormem bem, mamam bem, não precisa ficar dependendo tanto de médico parece assim quando a criança..., **eles nasceram** pequenininho, assim 2 quilos, 2 quilo e seiscentos no máximo, e **depois** parece que recupera esse peso, **vai ficando** bonitinho, nascendo cabelo, porque eles saíram daqui carequinha por causa de raspar a cabecinha, tomar soro, e aquele 2 quilinho no braço, aquele medo não dormia noite, com medo de afoga, com medo de passar mal.... E isso **foi passando**, acho que com 2 meses, assim, acho que eu tava mais consciente que eu tinha gêmeo, a fase pior **tinha passado** de bebezinho pequenininho, com um arrotinho pode morrer, porque é muito sensível, muito volúvel. A parte pior, a parte crítica já **tinha passado**.... **Hoje** eles falam qualquer coisa, você não imagina o que eles falam, acho que foi ontem de manhã a L. quis dar uma voltinha de bicicleta no quintal, ela pegou e bateu o pedal na perninha dela, aí minha **canela**... como ela sabe que é **canela** e não a perninha dela, uma coisa assim insignificante, mas nunca tinha ouvido ela fala **canela**. E aí cada coisa interessante, cada dia é uma novidade uma coisa diferente que eles fazem.

Observa-se que, a despeito do discurso da fonoaudióloga que representa a instituição hospitalar e que, portanto, remete à objetividade lógica das ciências da saúde, a temporalidade materializada no discurso da mãe não está ligada somente ao tempo cronológico que envolve o desenvolvimento e à evolução da criança com a qual a clínica médica lida. Pois, em seu discurso, a mãe sanciona “um antes”, que opera negativamente no “corpo” do filho, e “um depois”, que passa a operar a favor da criança. Esse sentido instaurado pelo discurso da mãe, refere-se à temporalidade imaginária a qual está ligada à constituição subjetiva, em outras palavras, à estruturação do bebê como sujeito.

Vale ressaltar que a possibilidade da constituição subjetiva e, portanto, da constituição do sujeito falante, está na dependência da suposição pelo agente materno de que no “corpo” do filho há um ser de potencialidades.

CONCLUSÃO

Levando-se em conta as contradições entre os sentidos que a noção risco toma ao circular do discurso médico para o discurso materno, consideramos urgente a sua ressignificação pela clínica fonoaudiológica dirigida a bebês prematuros. O ponto de partida pode ser a problematização do objeto da Medicina em oposição ao da Fonoaudiologia. Tal recorte nos permite dizer que a inscrição “risco” utilizada pela clínica médica não tem a mesma concepção para a clínica fonoaudiológica, já que não é absolutamente factível prever o futuro da criança prematura enquanto falante. Nesse sentido, deve-se reconhecer a diferença radical entre essas duas clínicas, diferença contingenciada pela oposição “previsibilidade” e “imprevisibilidade”. O modelo médico assujeita o seu saber na “ordem” à qual está submetida sua clínica, uma vez que a posição do médico é recolocar a normalidade e sanar o que a patologia constituiu como aberração. Nesse contexto, a doença configura-se como uma entidade constituída a partir de um sistema conceitual e, portanto, qualquer

discurso que não tenha coerência com o discurso médico, incluindo o discurso do próprio paciente, será desconsiderado.

A linguagem não reconhece a objetividade científica presente na noção de risco apregoada pela clínica médica, dado que esta se constitui enquanto funcionamento simbólico. Este funcionamento não pode ser apreendido a partir da noção de causa e efeito; há um imponderável que circula pela linguagem que é impossível de ser predito. Entretanto, esclarecemos que não há como ignorar o “registro real do tempo” e, portanto, a intervenção fonoaudiológica deve levar em conta que as produções dos bebês se dão em uma temporalidade prevista pela cultura, incluindo a estruturação da criança de infans¹ em sujeito falante. Contudo, sugerimos o abandono do seguimento rígido dos esquemas evolutivos que estabelecem uma linha estritamente temporal do desenvolvimento, pelo cruzamento entre a cronologia e o advento das produções do bebê. Jerusalinsky (2002) comenta que a normatização cronológica do desenvolvimento é importante, na medida em que o bebê deverá responder segundo uma imagem que se espera dele em determinado tempo cronológico.

Em outras palavras, as variações de bebê para bebê, em relação ao momento em que determinadas aquisições se produzem, estão na dependência das demandas parental e cultural que incidem sobre o organismo, produzindo efeitos no processo maturacional. Destacamos que é preciso considerar o registro da temporalidade imaginária na clínica voltada ao bebê pois, segundo a perspectiva que interessa a este trabalho, é o agente materno quem irá sustentar, desde muito cedo, as reações reflexas do recém-nascido como mensagem de algo em particular. Ainda que este corpo não tenha nenhuma possibilidade de significância pela sua condição prematura, há a antecipação imaginária, que se constitui no “destempo”. Trata-se de um potencial que o bebê ainda não tem condições de realizar, mas que, a partir da aposta materna, o implicará como sujeito capaz de realizações.

A direção tomada neste trabalho requer outra proposta de acompanhamento dos bebês e, sendo assim, afasta-se da certeza de que haja uma leitura única e generalizável para toda criança nascida prematuramente, posto que a linguagem resiste à previsibilidade e/ou a ser apreendida por meio de padronizações. Denunciamos, contudo, a impossibilidade de condições orgânicas serem determinantes da condição de risco dos bebês prematuros e, formulamos uma “aposta” na força determinante do discurso sobre a estruturação do sujeito e, portanto, na irremediável “imprevisibilidade” da estruturação subjetiva correlativa à aquisição da linguagem. Com efeito, o que propomos é uma outra noção de sujeito e linguagem². Entendemos, porém, que as noções de organismo e sujeito não coincidem, já que diferentes são as determinações envolvidas em cada um deles. Nessa perspectiva, o acompanhamento fonoaudiológico, as avaliações e, sobretudo, a “escuta” e a “posição” do fonoaudiólogo na clínica sofrerão um desvio. Em lugar de preencher-se a clínica com

¹ Trata-se da criança, no período anterior à chamada “aquisição de linguagem”.

² Descartamos aqui uma noção que atribui às faculdades biológicas, a possibilidade de o bebê apreender os sons da linguagem. Entendemos o sujeito como aquele que ganha existência pela incidência discursiva do outro. O outro aqui tem estatuto de assujeitado às leis da linguagem e, portanto, não tem a função de apresentar/prover a linguagem à criança a partir da interação com esta, mas de suportar o vir-a-ser. O que confere relevo é que a linguagem não se constitui por um ato de intencionalidade, mas pela ambigüidade e polissemia e, portanto, fica marcado como singularidade em cada sujeito.

“verdades” predeterminadas, enfrenta-se a diversidade de cada sujeito e, como terapeutas preocupados com as questões da linguagem, operaremos a partir da singularidade que marca cada bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASSETO M.C.A. AZEVEDO MF., CHIARI BM. (1998). Crianças nascidas pré-termo e de baixo peso: Estudo de aspectos auditivos e lingüísticos. Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica, São Paulo: Lovise. , p. 311-327.
- BRAZELTON, T. B. (1987). O desenvolvimento do apego uma família em formação. Porto Alegre: Artes médicas.
- BRAZELTON T .B., CRAMER B., KREISLER L., SCHAPPI R. E SOULÉ M. (1987). A Dinâmica do bebê. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BRAZELTON T.B. (1992). O que todo bebê sabe. São Paulo: Martins Fontes.
- CARDINALLI A.I. & XAVIER, C. (1995). Aspectos da linguagem em crianças com história de prematuridade. Temas sobre o desenvolvimento; 4 (22).
- COSTA A.S., GENTILE C., PINTO A.L.G., PERISSINOTO J., PEDRÔMONICO M.R.M., AZEVEDO M.F. (1992). Roteiro de diagnóstico e acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 36 meses de idade. Pró-Fono Revista de atualização científica; 4(2): 9-15.
- CLAVREUL J. A. (1893). Ordem Médica - poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense.
- HERNANDEZ A.M. (1996). Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco. Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia: Uma Proposta de Intervenção. São Paulo: Lovise. p. 43-98.
- JERUSALINSKY J. (2002). Enquanto o futuro não vem – a psicanálise na clínica indisciplinar com bebês. Salvador: Agalma.
- ORLANDI E. P. (1996). Interpretação, Rio de Janeiro: Vozes.
_____. (2001). Análise de discurso. São Paulo: Pontes.
- PINTO E.B., VILANOVA L.C.P., VIEIRA, R.M. (1997). O Desenvolvimento do Comportamento da Criança no Primeiro ano de Vida: Padronização de uma escala para a avaliação e o acompanhamento. São Paulo: Casa do Psicólogo FAPESP.
- PEREIRA M.R., PERISSINOTO J., CHIARI B.M. (1993). Bebê pré-termo: algumas considerações sobre o Desenvolvimento da Linguagem a partir da Observação Fonoaudiológica. Pró-Fono revista de atualização científica; 5(2): 29-32.
- XAVIER C. (1996). Atuação fonoaudiológica em berçário: aspectos teóricos e práticos da relação mãe-bebê. Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco. São Paulo: Lovise, p. 99-127.
_____. (1998). Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. Neonatologia Um Convite à Atuação Fonoaudiológica. São Paulo: Lovise. p.255-275.
- WAJNSZTEJN, 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. Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica, São Paulo Lovise.