Ana Lúcia Franco Nobile Girardi

O Bebê Prematuro no Discurso de suas Mães

Programa de Estudos Pós-graduados em Fonoaudiologia

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo / SP
2003

Ana Lúcia Franco Nobile Girardi

O Bebê Prematuro no Discurso de suas Mães

Dissertação apresentada à Banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Prof[a] Dr[a] Regina Maria Ayres de Camargo Freire

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo / SP
2003

Girardi, Ana Lúcia Franco Nobile
O Bebê Prematuro no Discurso de suas Mães/Ana Lúcia Franco Nobile Girardi—São Paulo, 2003.
viii, 87p.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Fonoaudiologia. Programa de Pós-graduação em Fonoaudiologia

Título em inglês: The Premature Baby according to Mother's Discourse

Discurso; Bebê prematuro; Fonoaudiologia

Ana Lúcia Franco Nobile Girardi

O Bebê Prematuro no Discurso de suas Mães

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Consuêlo Passos

Profa. Dra. Nina Virgínia de Araújo Leite

Profa. Dra. Regina Maria Ayres de Camargo Freire

Aprovada em:

Para Fábio

Agradecimentos

Meus agradecimentos primeiramente serão dirigidos à minha orientadora Regina Maria Freire.

Ao Hospital Regional de Assis instituição que tornou possível a pesquisa.

Aos bebês e suas mães que participaram do ambulatório Fonoaudiológico, e principalmente às mães que aceitaram fazer parte da pesquisa, por sua generosidade e disponibilidade.

Agradeço aos meus pais pelo incentivo que sempre me deram ao estudo.

Sou grata à tia Maria e à tia Janete que me acolheram durante estes dois anos, não só em suas casas, mas também nos seus corações.

À Marília e Andreá que acompanharam os meus movimentos e estado de ânimo que flutuaram durante o período da construção desta dissertação. Andréa, obrigada pelas importantes sugestões feitas à pesquisa.

Ao Fábio, meu marido, pelas incansáveis revisões, formatações do trabalho e, principalmente, pelo apoio e carinho dedicados à mim.

Finalmente agradeço a CAPES pelo apoio financeiro.

Sumário

Dedicatória iv

Agradecimentos v

Resumo vii

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO 1: Fundamentos da Clínica Fonoaudiológica 9

1.1 Pratica Clínica – Acompanhamento Fonoaudiológico ao Bebê Prematuro 17

1.2 Apresentação de um Caso Clínico 21

1.3 A Noção de Risco na Medicina e seus Desdobramentos na Clínica Fonoaudiológica 34

1.4 A Problematização da Noção de Risco 42

CAPÍTULO 2: Abordagem Teórico-Metodogógica: Análise de Discurso de linha francesa 47

2.1 Procedimento Metodológico da Análise de Discurso de linha francesa 52

2.2 Análise dos Dados Discursivos 54

2.3 Discussão dos Achados 74

CONSIDERAÇÕES FINAIS 77

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 85

RESUMO

Este trabalho discute a noção de **risco** adotado no atendimento Fonoaudiológico de bebês pré-termos no Hospital Regional de Assis (HRA).

A proposta do trabalho surgiu a partir da contradição entre os resultados observados na prática clínica e as noções teóricas que a sustentavam. Assim o objetivo deste trabalho é analisar o discurso de três mães que tiveram seus filhos prematuros acompanhados pelo ambulatório Fonoaudiológico, a fim de observar o efeito de sentido da noção **risco** em seus discursos. Para sua realização foi acessada como procedimento teórico-metodológico a Análise de Discurso de linha francesa. As conclusões indicam a necessidade da ressignificação da noção de **risco** e **tempo** que envolve o bebê prematuro, e propõe o alçamento destas noções como fundamentos para o atendimento fonoaudiológico.

ABSTRACT

This work discusses the notion of risk adopted in the Fonoaudiological Care of the premature babies at the Hospital Regional de Assis (HRA).

The proposal emerged from the contradiction between the results observed in the clinics practice and the theorical notions that supported it. This way, the aim of this work is analyse the discourse of three mothers that had their premature babies looked after by a Fonoaudiological Health Care Center, so that the notion of risk in its sense according to the mother's discourses, could be observed. To make its possible, it was accessed as methodological and theorical procedure, the Analysis of Discourse along the French studies line. The conclusions leaded to need of remeaning of the notion of the risk and time which involves the premature babies, and proposes the emphasis of these notions as foundations for the fonoaudiological care.

INTRODUÇÃO

A área fonoaudiológica, influenciada pelo ideal do trabalho preventivo que domina a cena na década de 80, passa a atuar em berçários. Suas ações profissionais centram-se na prevenção e/ou intervenção precoce, com o objetivo de minimizar alterações e seqüelas em relação à linguagem. O foco inicial do fonoaudiólogo é a qualidade de vida dos bebês, principalmente daqueles portadores de síndromes ou de alguma patologia tal como a paralisia cerebral. Nesse mesmo período, a Fonoaudiologia passa a preocupar-se com o atendimento a neonatos pré-termo, dedicando-se à estimulação dos reflexos orais. Seu objetivo é a adequação da função de alimentação, pois o nascimento prematuro retarda as condições desses bebês de se alimentarem oralmente. No entanto, não só a alimentação oral é valorizada pela área, mas também a detecção de alterações e a estimulação precoce nos campos da audição e da aquisição de linguagem.

É, geralmente, no ambiente hospitalar que o bebê prematuro será acolhido após o nascimento e onde ficará por um longo tempo. A incubadora é o lugar em que a criança permanecerá para a manutenção da temperatura corporal, por meio de eletrodos acoplados ao seu corpo, para a monitoração de sinais vitais como a temperatura corpórea, as freqüências respiratória e cardíaca. Em alguns casos, é necessário que o bebê permaneça no respirador artificial, pois não possui condições fisiológicas para realizar essa função. O suporte hídrico e calórico endovenoso também fará parte da rotina necessária à sobrevivência do bebê, já que não será possível a alimentação oral por algum tempo. Diariamente, o recém- nascido é submetido a uma avaliação física pelo neonatologista, quando exames complementares podem ser solicitados para esclarecimento e confirmação diagnóstica.

É nesse ambiente hospitalar que a Fonoaudiologia vai dar início à sua atuação junto aos bebês nascidos prematuramente. Os alicerces teóricos que darão sustentação à área fonoaudiológica estão assentados no entremeio de tópicos de neonatologia e conhecimentos afins. A fonoaudiologia emerge a partir do discurso médico. O bebê pré-termo é absorvido pela clínica fonoaudiológica e apontado como uma das condições de risco mais citadas para o desenvolvimento de alterações a curto e ao longo prazo, constituindo-se em uma população que, por excelência, poderá apresentar problemas.

Considerando que houve aumento significativo da sobrevida dessas crianças devido às melhorias da medicina no que diz respeito aos equipamentos, medicamentos e à especialização de profissionais para o novo campo, a qualidade de vida da criança pré-termo passa a ser o cerne da questão. A área fonoaudiológica interessada na intervenção precoce postula-se como uma clínica que poderá dar respaldo a essa questão. Nesse sentido, a Fonoaudiologia passa a realizar o acompanhamento da criança nascida prematuramente, com o objetivo de detectar problemas auditivos e alterações de linguagem, a fim de iniciar a intervenção, minimizando e/ou sanando os problemas que possam vir a ocorrer em seu desenvolvimento.

No ano de 1994, o Hospital Regional de Assis (HRA), localizado no município de Assis, estado de São Paulo, inaugurou a unidade de UTI neonatal, destinada ao atendimento da população de recém-nascidos da cidade e da região. Naquele mesmo ano, iniciei minhas atividades profissionais nessa instituição e, junto com a equipe médica, participei do processo de implantação da UTI neonatal, organizando o setor de Fonoaudiologia.

Estudos sobre a eficácia da UTI neonatal confirmam que o aumento da sobrevida dos recém-nascidos tem sido acompanhado de um crescimento no índice das deficiências que atingem diversas áreas do desenvolvimento, em particular, a da linguagem. 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.

Por concordar que os bebês nascidos prematuramente são de “risco” para a aquisição de linguagem e, portanto, se apresentam como demanda potencial para a área Fonoaudiológica, inaugurei, ainda em 1994, o Ambulatório Fonoaudiológico de Estimulação Precoce. O objetivo do trabalho era prevenir as possíveis alterações de linguagem, que poderiam ocorrer durante o desenvolvimento das crianças.

Estabeleci a rotina de agendar os bebês de risco para atendimento no ambulatório fonoaudiológico, logo após a alta hospitalar. De acordo com Xavier (1997), seria fundamental que esses bebês considerados de “risco” fossem acompanhados após hospitalização, também em nível Fonoaudiológico, para um melhor conhecimento quanto ao seu desenvolvimento, e também para detecção precoce daqueles que necessitam de intervenção mais direta, ou cujos pais precisam ser acompanhados no decorrer do atendimento. Para isso, alguns profissionais da unidade Intensiva neonatal - psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo - deveriam orientar as mães, durante o período de internação, sobre a necessidade do acompanhamento fonoaudiológico. A justificativa usada - a de que esse bebê é considerado de risco para o desenvolvimento global – foi operativa o suficiente para que essas mães, em sua maioria, agendassem o acompanhamento fonoaudiológico.

Esse acompanhamento foi estruturado com a aplicação periódica de alguns comportamentos advindos de procedimentos de avaliação: Escala para a Avaliação e Acompanhamento do Comportamento da Criança, de Pinto, Vilanova e Vieira (1997); e a Escala de Aquisições Iniciais de Linguagem, proposta por Lima (1997). O objetivo dos

procedimentos de avaliação era verificar se o desenvolvimento global, sobretudo, o desenvolvimento lingüístico da criança estava ocorrendo de acordo com o esperado para sua idade. Caso fossem encontradas alterações, a criança seria encaminhada para atendimento fonoaudiológico.

Se o processo de aquisição de linguagem fosse considerado normal, a criança permaneceria no programa de acompanhamento periódico. A sistematicidade do acompanhamento justificava-se pela possibilidade de a criança apresentar alterações de linguagem ao longo de seu desenvolvimento.

As consultas fonoaudiológicas consistiam em orientações à mãe sobre a importância de um ambiente "estimulador", ou seja, realçar o papel dos adultos e de outras crianças como transmissores de informações para o bebê. Os pais eram informados sobre os comportamentos comunicativos esperados para cada faixa etária, sugerindo-se que a ocorrência de qualquer anormalidade estaria ligada ao fato de a criança ser de risco.

Os aspectos emocionais das famílias também eram valorizados durante os acompanhamentos fonoaudiológicos. Acreditava-se que os longos períodos de internação, associados às incertezas sobre a sobrevida da criança, trariam como conseqüência a dificuldades no estabelecimento de vínculos afetivos entre pais e filhos, prejudicando, conseqüentemente, o desenvolvimento da linguagem.

Ao contrário do que a literatura sugeria a respeito dos grandes índices de alterações intelectuais, de linguagem e audição da criança prematura, minha prática deixou visível que apenas uma porcentagem muito pequena realmente apresentava problemas no desenvolvimento de linguagem. A maioria das crianças que foram atendidas no Ambulatório Fonoaudiológico apresentava atrasos de desenvolvimento global no primeiro ano de vida, atraso este, normalmente superado após esse período.

Pude observar, ainda, um outro fato: o medo das mães quanto ao desenvolvimento futuro dos filhos e as atitudes de superproteção em relação à criança que se materializavam de formas distintas em seus dizeres. Por outro lado, os efeitos da minha "orientação" apareciam de modos distintos na fala das famílias. Aos poucos, tanto os discursos das mães quanto o próprio desenvolvimento da linguagem das crianças, acompanhados em encontros periódicos, foram se transformando em questões para a minha prática.

Portanto, o que motivou esta pesquisa foi à contradição instaurada entre as bases teóricas que originaram e dirigiram a intervenção fonoaudiológica e os resultados observados pela prática clínica. O acompanhamento dos bebês de risco pautava-se na crença da possibilidade de apresentarem alterações no desenvolvimento da linguagem. No entanto, tal previsão não se concretizou, já que a maioria das crianças acompanhadas não apresentou problemas de linguagem.

Entretanto, uma outra questão emergiu conseqüentemente a este raciocínio clínico. Se as mães dessas crianças foram parte do acompanhamento fonoaudiológico, ou seja, permaneceram sob a influência do discurso que apregoava o risco do seu filho ao longo do desenvolvimento, a pergunta é: qual o efeito desse discurso sobre os dizeres dessas mães?

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar os discursos de três mães que tiveram seus filhos prematuros internados no HRA e que participaram do acompanhamento fonoaudiológico após alta hospitalar. Observaremos o efeito de sentido da noção "risco" em seus discursos.

Para tal objetivo utilizaremos o procedimento teórico-metodológico da Análise de Discurso de linha francesa, por ser um instrumento que contempla o discurso como gesto de materialização da interpretação do sujeito e, sobretudo, por reconhecê-lo enquanto

efeito de sentido entre locutores. Considerando o “dizer” do sujeito enquanto efeito da formação ideológica que constitui um complexo simbólico que escapa ao sujeito falante.

Para desenvolver este trabalho, no primeiro capítulo descreveremos as bases teóricas e o modelo clínico fonoaudiológico adotado no atendimento aos bebês pré-termos. Entende-se por modelo clínico o conjunto de procedimentos fonoaudiológicos utilizados, a saber: anamnese, instrumental diagnóstico, fichas de acompanhamento da evolução dos bebês destinados à avaliação, diagnóstico e prognóstico do desenvolvimento da linguagem da criança nascida prematuramente.

Apresentaremos também um caso clínico no intuito de elucidar a prática clínica e, sobretudo, tecer considerações sobre a fundamentação teórica-clínica implicada na atuação fonoaudiológica. Ainda nos deteremos, neste capítulo, nos pressupostos teóricos que identificam as relações de filiação entre a prática clínica Fonoaudiológica e o modelo clínico da Medicina. Os pressupostos serão aqui trazidos para apontar a contradição que emergiu pela via da prática clínica. E, por fim, indicaremos a necessidade da problematização da noção de risco adotada na clínica fonoaudiológica. A ênfase a esta questão justifica-se pela necessidade de se realçar o sentido da noção “risco” no discurso das mães dos bebês prematuros.

No segundo capítulo, serão expostas as linhas teóricas que perpassam a base da Análise de Discurso da linha francesa (AD), instrumental teórico-metodológico que servirá para análise dos discursos das mães. A opção pela AD deve-se ao suporte que ela oferece, tanto como linha teórica voltada à singularidade do discurso, quanto como dispositivo de análise, para a explicitação dos discursos das mães dos bebês prematuros.

Apresentaremos ainda, neste capítulo, as análises dos dados discursivos das mães de bebês prematuros, bem como, a discussão dos dados discursivos das mães.

Por fim, nas considerações finais, apontaremos a necessidade da ressignificação da noção de risco e da noção de temporalidade que envolve o bebê prematuro, acreditando que esses aspectos constituem-se em fundamentos para o direcionamento do atendimento fonoaudiológico dessas crianças. E, neste sentido, fez–se necessário um outro “olhar” que possa contemplar as peculiaridades envolvidas no atendimento fonoaudiológico de bebês nascidos prematuramente.

CAPÍTULO 1

Fundamentos da Clínica Fonoaudiológica

No intuito de compreender as bases que fundamentaram minha experiência clínico-fonoaudiológica, penso ser imprescindível esclarecer o modelo teórico-clínico, pelos quais esta prática foi dirigida.

A literatura que deu sustentação ao atendimento fonoaudiológico dos bebês prematuros no Hospital Regional de Assis (HRA) inspirou-se em perspectivas teóricas e clínicas de alguns autores da área, que se dedicaram ao estudo do desenvolvimento de bebês nascidos prematuramente.

Dentre as alterações que acometem os recém-nascidos de alto risco, as questões nutricionais e de alimentação são freqüentes e merecem atenção nos cuidados a eles dedicados. Já que eles estão, na maioria das vezes, impedidos de receber alimentação por via oral nas primeiras semanas após o nascimento, necessitam da alimentação pela sonda.

O estabelecimento da alimentação oral funcional e segura é uma das condições de alta hospitalar, um objetivo a ser atingido o mais precocemente possível. Nesse sentido, Hernandez (1996) afirma que a atuação específica da Fonoaudiologia é imprescindível na promoção da capacidade do bebê se alimentar por via oral de maneira segura, por meio da adequação das funções de alimentação.

Dentre os recém-nascidos de risco, os neonatos pré-termos são os que comparecem em maiores índices nas requisições de terapia para a adequação da alimentação. Segundo Hernadez (1996), diversos estudos têm apontado os efeitos positivos do uso concomitante da sucção não-nutritiva e da alimentação por sonda no desenvolvimento dos bebês prematuros.

Xavier (1998) afirma que bebês de risco apresentam grandes chances de problemas no desenvolvimento e enfatiza, ainda, que o problema oromotor e de alimentação, após o nascimento, poderá estar relacionado a problemas de ordem de funcionamento mental, no futuro. Conseqüentemente, além de se trabalhar a função oromotora do bebê durante a fase de hospitalização, seria importante o acompanhamento desses bebês para o conhecimento de todo o desenvolvimento da alimentação e da linguagem.

Bassetto, Azevedo e Chiari (1998), em estudos sobre os aspectos auditivos e lingüísticos investigaram se a prematuridade, isoladamente, seria um fator de risco para estas funções, ou se as intercorrências clínicas perinatais das crianças pré-termo, ao ocasionarem seqüelas neurológicas, determinariam tais alterações.

Estes autores realizaram um estudo para investigar alguns aspectos dos comportamentos auditivos e lingüísticos de crianças nascidas a pré-termo e de baixo peso. A população estudada constituiu-se de 91 crianças, sendo 46 nascidas pré-termo e de baixo peso, e 45 nascidas a termo. As crianças selecionadas para o trabalho foram submetidas à avaliação audiológica e neurológica, tendo sido excluídas aquelas que apresentavam quaisquer evidências de deficiência auditiva e/ou distúrbio neurológico. Seu objetivo foi comparar as crianças nascidas a termo, sem intercorrências, com a população descrita anteriormente. Todas as crianças foram avaliadas quanto ao desenvolvimento auditivo e de linguagem aos 12, 18 e 24 meses de idade. Concluiu-se,

nesse trabalho, que as crianças pré-termo apresentaram desempenho inferior ao das crianças nascidas a termo, porém verificou-se um nivelamento de respostas auditivas e lingüísticas aos 24 meses de idade.

Costa e colaboradores (1992) organizaram um roteiro de evolução do comportamento de crianças de 0 a 36 meses, tomando como referência o desenvolvimento normal do ponto de vista motor, psíquico, auditivo e de linguagem. Esse instrumento permitiu a observação de sinais do processo de evolução, a partir da presença ou ausência de comportamentos eleitos como significativos. As autoras afirmam que o uso sistemático do instrumento permitirá o registro do surgimento de comportamentos e a elaboração da curva de desenvolvimento de cada criança atendida.

Pereira e colaboradores (1993), por intermédio do mesmo roteiro, realizaram o acompanhamento das produções vocais de 16 prematuros entre 9 e 18 meses de idade, e concluíram que todos os bebês estavam defasados em relação aos sinais de evolução normal. Porém, referem-se à ocorrência de “saltos bruscos” na evolução, indicando que, quantitativamente, o desempenho vocal dessas crianças está próximo ao das crianças nascidas a termo.

Um outro estudo assentado sobre esse mesmo pressuposto foi realizado no ambulatório de prematuros da Santa Casa de São Paulo. Cardinalli e Xavier (1995) observaram que o desenvolvimento de linguagem de crianças nascidas pré-termo encontra-se defasado em relação às nascidas a termo. As diferenças mais significativas entre os grupos foram, primeiramente, quanto ao aspecto comunicação-recepção, seguido de comunicação-emissão e, posteriormente, desenvolvimento cognitivo. A menor diferença, apesar de significativa, foi encontrada no aspecto motor.

Influenciada por trabalhos de Cramer (1987), Brazelton (1982,1987,1988), Kreisler (1987), Schappi (1987) e Souleé (1987), que ressaltam a importância da

presença dos pais para o desenvolvimento emocional do bebê hospitalizado, a Clínica Fonoaudiológica passa a encorajar os pais dos bebês prematuros a participarem do processo de hospitalização de seus filhos. O que motiva tal atitude é a relação que se estabelece entre alterações afetivas do bebê e da família, em razão das implicações da prematuridade e as dificuldades de linguagem. Segundo Brazelton (1987), quando os pais têm um bebê prematuro, existe um processo inevitável pelo qual passam, que é o de aceitação de si próprios pelo que fizeram com o bebê.

Uma outra argumentação alçada como justificativa para o atendimento fonoaudiológico à população de prematuros foram as afirmações de Brazelton (1997) de que os sentimentos de incerteza dos pais quanto ao prognóstico intelectual e quanto à qualidade de vida do filho interferirão na afetividade dos pais, comprometendo o vínculo pai-filho, podendo trazer prejuízos em alguns aspectos do desenvolvimento, como por exemplo, o da linguagem.

Para Brazelton (1988), o bebê prematuro só deveria receber alta quando os pais estivessem preparados para cuidar dele. O autor sugere um sistema de cinco estágios para avaliação do processo de aceitação da prematuridade pela qual os pais passam. Os cinco estágios compõem o protocolo elaborado por Berry e Brazelton (1982).

O sistema de cinco estágios apresenta as fases pelas quais os pais passam na constituição de uma interação afetiva com seus bebês prematuros. São eles: primeiro estágio - quando os pais podem falar sobre o bebê apenas em termos médicos; segundo estágio - quando os pais podem começar a perceber comportamentos reflexos do bebê, porém apenas quando um outro se relaciona com o bebê; terceiro estágio – quando os pais percebem comportamentos responsivos dos bebês, mas os vêem como uma reação frente a outras pessoas e não a eles próprios; quarto estágio - quando os pais percebem

comportamentos responsivos do bebê em relação a eles próprios e, finalmente, o quinto estágio - quando os pais passam a se relacionar com o bebê verbalmente.

Xavier (1996) afirma que os protocolos podem ajudar os profissionais que atuam com mães e bebês, pois, no decorrer do processo de hospitalização, deverá ocorrer uma modificação no comportamento tanto da mãe quanto do recém-nascido. Neste caso, recomenda que na alta hospitalar dos bebês deve ser considerado, tanto a melhora clínica da criança, quanto os resultados obtidos pelo protocolo, como um artefato para mensurar o grau de aceitação e da relação dos pais com seus filhos.

Postula-se, através dessa idéia, a noção de que o “apego” a um bebê inicia-se antes do nascimento, e que há várias etapas importantes no processo de formação do vínculo com o bebê, que ocorrem desde a concepção, passando pelo parto e após o nascimento. Nesse sentido, considera-se que o fato de o bebê nascer antes do tempo levará à quebra do processo e terá conseqüências nas relações afetivas entre os pais e o bebê.

Brazelton (1988) fala sobre a possibilidade de ocorrerem os “déficits interacionais” entre mãe e filho prematuro, o que contribui para que vários estudiosos denominem tais crianças como de alto risco. O déficit interacional seria a dificuldade do bebê em ser pouco reativo ao rosto, à voz, aos estímulos visuais e auditivos, além de ser uma criança que não se acalma com facilidade. Tais características dificultam a interação, tendo como conseqüência vários efeitos negativos na relação mãe e filho, incluindo atitudes de superproteção.

O autor também sustenta a tese de que uma mãe de bebê normal, ou seja, de um bebê a termo, difere de uma mãe que tem um filho nascido prematuramente. No primeiro caso a mãe reforça a autonomia da criança deixando que ela tente novas experiências e, até mesmo, provoca o bebê, para que esse aprenda coisas novas, incentivando-o a novas

aquisições. No entanto, isso é muito difícil para os pais de um bebê prematuro que não conseguem tolerar a frustração do filho e o mantêm protegido sob atenção exagerada, interferindo negativamente no desenvolvimento do “senso de competência” da criança levando-a a atrasos no desenvolvimento.

Dado as bases teóricas que influenciaram a minha atuação com os bebês prematuros passemos, neste momento, a nos dedicar à prática clínica Fonoaudiológica exercida no Hospital Regional de Assis (HRA) aos bebês nascidos prematuramente.

O trabalho que desenvolvo como Fonoaudióloga no HRA constitui-se em duas vertentes no que tange aos atendimentos dos bebês prematuros: cuidados referentes ao sistema sensório motor-oral e à função alimentação, bem como, o acompanhamento do bebê em ambulatório.

A primeira vertente da atuação é o cuidado em relação ao sistema sensório motor-oral, em que se prioriza a alimentação da criança por via oral, já que muitas delas necessitam do uso da sonda. São realizados os procedimentos de estimulação dos reflexos orais do bebê, enquanto o alimento é administrado pela sonda. Tal procedimento é acompanhado pela mãe, inicialmente, pois será ela quem realizará o procedimento durante os horários de alimentação, objetivando assim uma certa autonomia da mãe e propiciando o vínculo entre mãe-bebê.

O HRA é uma instituição que estimula o aleitamento materno dentre outras atividades, mantendo para isso uma infra-estrutura de apoio às mães, com uma equipe das clínicas materno-infantil constituída por Assistente Social, Psicóloga, Fonoaudióloga e Nutricionista. As mães recebem, ainda, hospedagem e refeições com intuito de mantê-las junto ao bebê, de modo que permanecem em contato com ele até a alta da criança.

Explica-se à mãe que a estimulação do filho durante a alimentação é importante

para ele na melhora das funções orais para que, o quanto antes, ele possa iniciar a amamentação materna. Geralmente digo a elas sobre a importância de conversar com o filho no momento da estimulação, para que ele permaneça acordado e possa participar desse processo.

Converso com as mães sobre a sua história, a gestação, o parto, sobre sua família, como está se sentindo emocionalmente. E como tenho livre acesso à clínica e, por isto, posso solicitar ao médico plantonista da UTI neonatal que esclareça à mãe algumas questões sobre o estado clínico do bebê, também me preocupo em saber se esta gostaria de saber algo sobre o seu filho que ainda não tenha sido esclarecido pela equipe médica.

O segundo momento da atuação fonoaudióloga é o acompanhamento em ambulatório. Nesta clínica estabeleci que todas as crianças prematuras, após alta hospitalar, deveriam ser agendadas para o ambulatório fonoaudiológico. Por serem consideradas de risco, teriam grandes chances de apresentar seqüelas e/ou atraso no desenvolvimento global, incluindo o da linguagem. A rotina propõe que a enfermeira responsável agende o dia e a hora que mãe deve voltar à consulta fonoaudiológica do filho.

1.1 Prática Clínica – Acompanhamento Fonoaudiológico ao Bebê Prematuro

É a noção de perigo que paira na intervenção fonoaudiológica com bebês prematuros, devido às condições anátomo-fisiológicas dessa criança. Tal criança é

considerada como de risco pelo aumento da possibilidade de apresentar anóxia neonatal, hemorragias intra-craniana, distúrbios metabólicos, distúrbios respiratórios, hiperbilirrubinemia, infecções, ou seja, patologias que lhe possam causar morte e, no caso da sobrevida, problemas de desenvolvimento. Justificando-se assim o acompanhamento fonoaudiológico dessas crianças.

Na primeira consulta fonoaudiológica em ambulatório, como rotina, eu me ocupo com a anamnese. Para isso elaborei um protocolo de que constam todos os aspectos que foram considerados importantes para o acompanhamento fonoaudiológico, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Ficha de Anamnese

Dados do Paciente		
Nome: G. P.S.	Nascimento: 14/10/1998	
Mãe: C.P.	Idade: 24a	profissão: secretária
Pai: M. A.S.	Idade: 25a	profissão: Auxiliar de Enfermagem
Idade Gestacional:	28 semanas	
Dados do Parto		
Tipo de Parto:	cesária	
Peso de nascimento:	1320gr	
Local de nascimento:	Hospital Regional de Assis (HRA)	
Apgar:	2 e 5	
História Hospitalar		
Ajuda respiratória: ventilação mecânica (7 dias)	CPAP (10 dias)	

(continua)

Quadro 1 – Ficha de Anamnese (continuação)

Icterícia: não Medicamentos: Amicacina (27 dias); Flagyl (13 dias); Ampicilina (11 dias); Gentamicina (6 dias); Cloforan (9 dias); Vancomicina e Fortaz (21 dias). Incubadora: 65 dias Alimentação: sonda orogástrica por 40 dias Período de Internação: 25/02/1999 a 30/04/1999 (65 dias) Diagnóstico médico: recém-nascido extremo baixo peso, gemelar, anóxia neonatal grave com choque, insuficiência respiratória, hipoglicemia, acidose metabólica mista e alcalose respiratória, septocemia, enterocolite, anemia, insuficiência cardíaca, osteopenia do recém-nascido, distúrbio metabólico, necrose membro inferior direito. Peso de Alta: 2000 gr

Os dados médicos, para a ficha fonoaudiológica, geralmente, são colhidos a partir de um histórico entregue aos pais, na alta hospitalar, pelo médico pediatra responsável. Tal histórico é tratado pela equipe hospitalar como um documento importante e, por isso, os pais devem levá-lo a todas as consultas, para que os profissionais que os atendem possam conhecer a história do nascimento e internação hospitalar do bebê.

Quanto à necessidade de obter os dados médicos na consulta fonoaudiológica, deve-se a crença que as condições de nascimento e as intercorrências hospitalares dariam idéia sobre o "futuro" da criança. Ou seja, o futuro desenvolvimento da linguagem pauta-se sobre as intercorrências médico-hospitalares.

Na consulta é utilizada para avaliação fonoaudiológica uma Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança (quadro 2).[1]

Quadro 2 – Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança

Função Auditiva-Expressiva	**Idade**	**Função Interativa Comunicativa**	**Idade**
Emite sons guturais:	1 a 2 meses	Sorriso:	1 a 3 meses

[1] foram eleitos alguns comportamentos dessas escalas considerados por mim como importantes à avaliação da criança.

Vocalização recíproca:	1 a 2 meses	Imita jogos gestuais:	8 a 9 meses
Emite sons vocálicos:	3 a 6 meses	Uso de gestos para demonstrar desejos:	8 a 10 meses
Repete os próprios sons:	3 a 6 meses	Aponta para o objeto desejado:	11 a 12 meses
Balbucio monossilábico:	6 a 7 meses	Compreende ordem verbal c/ gesto associado:	8 a 10 meses
Balbucio polissilábico:	7 a 9 meses	Imita palavras:	12 a 15 meses
Tagarela expressivamente:	10 a 12 meses		
Usa intencionalmente palavras c/significado:	11 a 14 meses		
Produção de 4 a 6 enunciados:	12 a 15 meses		
Função Receptiva	**Idade**	**Desenvolvimento Cognitivo**	**Idade**
Alerta à voz:	1 a 3 meses	Leva a mão até a boca:	1 a 3 meses
Reconhecimento de sons:	2 a 3 meses	Percebe e explora objeto com a boca:	3 a 4 meses
Localização lateral do som:	5 a 6 meses	Balança brinquedo sonoro:	3 a 5 meses
Localização indireta do som para baixo:	7 a 9 meses	Apanha objeto após deixa-lo cair:	4 a 5 meses
Localização direta do som para baixo:	10 a 11 meses	Explora características físicas do objeto:	7 a 9 meses
Pára a atividade quando lhe dizem não:	8 a 10 meses	Uso convencional do objeto:	10 a 12 meses
Compreende duas palavras familiares:	10 a 12 meses	Uso de esquema simbólico:	12 a 15 meses
Compreende ordem verbal simples:	10 a 12 meses		
Função Visual	**Idade**	**Função Motora**	**Idade**
Reconhece os pais:	1 a 3 meses	Permanece em postura simétrica:	1 a 3 meses
Reconhece objetos:	1 a 3 meses	Arrasta-se:	6 a 9 meses
Segue visualmente objetos na linha mediana:	1 a 3 meses	Sentada com apoio:	5 a 7 meses
Segue visualmente objeto até 180º:	3 a 4 meses	Sentada sem apoio:	7 a 8 meses
Procura objeto removido da linha de visão:	3 a 4 meses	Engatinha:	9 a 11 meses
Sorri e vocaliza diante do espelho:	4 a 6 meses	Mantém-se em pé com o mínimo apoio:	9 a 12 meses
		Caminha com auxílio:	9 a 12 meses
		Caminha independentemente:	12 a 14 meses
		Tenta pegar objeto suspenso:	2 a 3 meses
		Pega objetos:	4 a 5 meses
		Transfere objeto de uma mão para a outra:	6 a 9 meses
		Rabisca:	10 a 12 meses

A escala de comportamentos tem como objetivo avaliar a maturidade e a integridade dos vários aspectos que englobam o desenvolvimento da criança. Os comportamentos selecionados estão organizados em áreas específicas, no entanto a ênfase presente nesta escala é a inter-relação existente entre todos os aspectos no processo de desenvolvimento infantil. O uso dessa escala tem a função de avaliar o posicionamento do bebê frente ao preconizado por ela, objetivando assim o diagnóstico fonoaudiológico.

Nesse contexto, a criança é limitada à coincidente da normalidade ou da patologia, de acordo com a referência do que se denominou como escala de

desenvolvimento normal da criança. Portanto, tanto o diagnóstico, quanto o prognóstico fonoaudiológico estão pautados pela equivalência ou disparidade do que é observado entre o que é esperado em determinada idade pela escala de comportamento e a performance da criança no atendimento fonoaudiológico.

É a partir dessa análise que a fonoaudióloga irá determinar a qualidade do desenvolvimento da criança e, sobretudo, se posicionará durante as consultas para definir se o risco predito é confirmado naquele período em que avaliação se realizara.

Dado o modelo de acompanhamento fonoaudiológico, explicitarei um caso clínico para ilustrá-lo. Descreveremos toda a trajetória, que acredito estar implicada na atuação fonoaudiológica, a saber - o período em que a mãe está internada no hospital ainda gestante, após o nascimento do bebê, quando este se encontra internado em UTI neonatal, bem como a descrição do acompanhamento fonoaudiológico após alta hospitalar.

1.2 Apresentação de um Caso Clínico

A história da criança G. começa com a internação de sua mãe no HRA, ainda durante a gestação. Diariamente encontrava-me com C. no corredor do hospital, dada a proximidade entre a clínica obstétrica e a UTI-neonatal, cumprimentava-a e perguntava sobre o seu estado clínico. Sabia que sua gestação era de risco, pois além de estar grávida de gemelares, seu organismo ainda produzia grande quantidade de liqüido amniótico que interferia no desenvolvimento dos bebês. A sua internação foi necessária para a monitoração do desenvolvimento das crianças e para a retirada do excesso de liqüido amniótico.

A partir do parto das duas meninas prematuras que ficaram internadas na UTI-

neonatal, é que, como fonoaudióloga da clínica, iniciei meu contato profissional com C. As conversas geralmente aconteciam quando ela estava visitando as filhas na UTI-neonatal, na incubadora. Eu me aproximava calada, disposta a ouvir quaisquer comentários da mãe como suas observações sobre o tamanho das crianças, o nome delas, enfim, o assunto que surgisse. Os dias se sucediam, até que uma das gêmeas veio falecer. Envolvi-me novamente com C., depois que a gêmea sobrevivente teve alta da UTI-neonatal, foi para o Berçário patológico, e sua mãe internou-se como acompanhante de G. para amamentá-la.

Diariamente visitava C. e a filha G., para saber sobre a evolução da alimentação e, enquanto a mãe estava amamentando, conversávamos sobre os diversos assuntos sem a preocupação de abordar um tema específico. G. permaneceu internada por dois meses, e sua mãe passou dez dias com ela, para amamentá-la.

Na **primeira consulta ambulatorial** de G., ela estava com três meses e quinze dias, e vieram para a consulta a mãe C, o pai e o irmão. A família mora em uma cidade a 50 quilômetros de Assis.

Quando a família chegou com G., por procedimento, colocamo-la no colchão e todos nós sentamos ao seu redor (eu, o pai, a mãe e o irmão). Enquanto conversávamos sobre como havia sido o retorno para casa, ou seja, como a família está se adaptando a uma nova dinâmica, eu observava os movimentos corporais da criança, sua reação frente aos brinquedos que lhe mostrava, a fala e mesmo a interação da família.

Falamos sobre a alimentação artificial da criança, uma vez que a amamentação materna havia sido suspensa por ocasião da alta hospitalar. A mãe relatou que G. dormia durante o dia e ficava acordava à noite, estando sempre enrolada em uma manta e ficando no colo freqüentemente. Contou também que G. já localizava o som de vozes e que emitia alguns sons.

Na finalização da consulta, falei sobre a importância do acompanhamento de G. devido a grandes chances de apresentar alguma interferência no desenvolvimento, em razão do parto prematuro, de complicações no nascimento e durante o período de internação. Falei também sobre a necessidade da estimulação da criança, o que incluía falar com ela, pendurar móbiles no carrinho, no berço e liberar o corpo de G. quando estivesse em casa, para que então ela pudesse se movimentar livremente. Marquei a próxima consulta.

Aos quatro meses e vinte dias, G. voltou a sua **segunda consulta**. Como de rotina, peguei a ficha para registrar os comportamentos daquele período. Coloquei G. no colchonete para observar a sua postura corporal, sua reação à fala e aos objetos coloridos. Tendo como referência a Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança (Quadro 2), os resultados da observação mostram o que se segue:

Função auditivo-expressiva e interativo-comunicativa – a criança emite sons guturais, apresenta vocalização recíproca, sorri quando alguém falava com ela.

Função visual e receptiva – acompanha visualmente o objeto e, de acordo com a mãe, reconhece os pais e o irmão, localiza auditivamente a voz e a música que o pai canta para ela.

Função motora - leva a mão na linha média, explora as mãos oralmente, apresenta controle de cabeça.

Alimentação - a mãe tinha iniciado a alimentação salgada e introduzira sucos de frutas.

A conclusão da avaliação - G. apresenta desenvolvimento esperado para sua idade. A consulta seguinte foi marcada.

Aos seis meses e oito dias, G. e toda sua família retornaram para **terceira consulta** e, como de rotina, vamos todos até o colchonete para brincar com a criança. Seu irmão de dois anos fica muito à vontade, participa das brincadeiras propostas, sem nenhum constrangimento. O pai propõe brincadeiras com os filhos e também permanece bem à vontade, e a mãe, depois de algum tempo, deixa o colchonete e senta-se em uma cadeira. Após observar as manifestações da criança, vou para a mesa efetuar os registros. A mãe aproxima a sua cadeira da mesa, e começamos a conversar, enquanto o pai continua brincando com as crianças no colchonete.

Nesta consulta obtive os seguintes resultados no que tange a Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança:

Função auditivo-expressiva e interativo-comunicativa - produz muitas vocalizações, inclusive a recíproca, sorrindo quando a examinadora fala com ela; tem interesse pelos objetos mostrados, acompanha visualmente o objeto no ângulo de 180º e, segundo a mãe, reconhece pessoas da casa e objetos familiares como a mamadeira, além de estar localizando os sons lateralmente.

Função motora - pega objetos suspensos, senta-se com apoio, explora objetos oralmente.

Alimentação – a mãe relata que G. não estava aceitando bem a alimentação salgada.

A mãe relata, ainda, que o pai fica com os filhos durante o dia, já que ela trabalha nesse período.

Concluiu-se que a criança apresenta desenvolvimento adequado à idade.

Os pais foram orientados para que ampliem o espaço entre a mamada, o almoço

e o jantar, para que G. sinta mais fome e aceite melhor a alimentação salgada. Marquei a próxima consulta.

Na nossa **quarta consulta,** G. estava com sete meses e 25 dias.

Testagem auditiva com instrumentos musicais – o desempenho auditivo do lado esquerdo da criança é mais rápido que o do lado direito.

Alimentação – está aceitando melhor o alimento salgado. Os pais foram orientados a não baterem o alimento no liquidificador.

Função auditivo-expressiva, interativo-comunicativa, visual e motora – semelhantes aos achados da consulta anterior. A mãe relatou que G. chora muito, quando o objeto cai da sua mão, e só pára de chorar quando lhe é devolvido.

No final da avaliação, constatei que o desenvolvimento de G. estava adequado, e marquei a próxima consulta.

Na **quinta consulta** G. estava com nove meses e sete dias.

Função auditivo-expressiva - produz sons polissilábicos, apresentando intenção comunicativa, ou seja, quando quer algo faz gestos corporais ou produz sons diferentes.

Função cognitiva - a criança explora objetos fisicamente (bate, fricciona contra o chão, balança), usa objetos intermediários, sorri para sua imagem no espelho. A mãe relata que ela reconhece vários objetos como: comida, copo e que participa de jogos gestuais como achou/achou.

Função motora - G. senta-se sem apoio, arrasta-se, rola, transfere objetos de uma mão para outra.

Alimentação – a mãe relata que a criança está se alimentando bem e come

alimentos em pedaços.

A consulta é encerrada, quando comuniquei aos pais que G. estava muito bem no desenvolvimento e marquei a próxima consulta.

A G. voltou para a **sexta consulta** com 11 meses e 14 dias.

Função interativo-comunicativa e auditivo-expressiva - a criança usa estratégias comunicativas, como esticar os braços para que o outro a pegue no colo e produz balbucio polissilábico.

Função cognitiva e receptiva - segundo a mãe, G. usa estratégias para atingir objetivos, como abrir a porta para sair e procurar objeto desaparecido, reconhece desenho na televisão, compreende o “não”.

Função motora - a criança engatinha desde os dez meses e iniciou o andar com apoio.

Alimentação – a mãe relata que G. está comendo bem, porém apresenta problemas no sono, porque acorda várias vezes durante a noite. G. já tem cinco dentes, apresentou febre algum tempo atrás, mas não descobriram a causa.

Observei que na dinâmica da nossa consulta havia um acontecimento habitual, presente em todas as anteriores, que é irmos para o colchonete brincar com G. Depois de algum tempo a mãe deixa o colchonete e senta-se na cadeira e eu vou à mesa para os registros, o pai fica com as crianças no colchonete, e a mãe passa a me relatar algumas peculiaridades do comportamento de G.

Conclui, ao final da avaliação, que G. está se desenvolvendo adequadamente para a idade e marquei a próxima consulta.

Na nossa **sétima consulta,** G. estava com um ano e um mês.

Função interativo-comunicativa - a criança se faz entender com facilidade, aponta para o que quer e balbucia concomitantemente.

Função cognitiva - G. usa convencionalmente objetos como perfume, pente, desodorante, telefone. Segundo a mãe, G. imita as ações e brincadeiras do irmão mais velho e entende ordens simples como “vou te pôr de castigo”, “dá tchau, beijo”, “vamos papá”, “vamos tomar banho”.

Função motora - a criança ainda anda com apoio, porém tenta dar alguns passos sem apoio.

Alimentação – está adequada, segundo a mãe come muito bem.

Teste auditivo com instrumentos musicais – a criança localiza estímulo sonoro diretamente para baixo e para cima.

No contato social, C. relatou que criança não aceita que as pessoas a peguem no colo, prefere ficar no chão e demora a aceitar pessoas estranhas.

G. não quis brincar comigo e foi pouco receptiva às atividades propostas. Nesse período, G. apresentou gripe e febre alta.

Na **oitava consulta,** G. estava com um ano e três meses.

Função interativo-comunicativa - de acordo com a mãe, a criança já fala algumas palavras com significado, como aua, papai, mamã, papá e entende ordens.

Função cognitiva - G. brinca com boneca, faz de conta que está dando água, bolacha, balança para dormir, gosta de bola.

Função motora – a criança está andando com bom equilíbrio.

A mãe relatou que a criança melhorou bastante na socialização, porém disse que é muito birrenta e persistente, pois não deixa que o irmão pegue seus brinquedos. C. queixou-se novamente que a criança acorda várias vezes à noite e ela fica muito cansada para agüentar o trabalho no outro dia, pois G. solicita o tempo todo a sua atenção enquanto está em casa.

C. contou que o marido trabalha de dia e estuda à noite, e que ela está muito cansada dos atributos da casa. Queixou-se que trabalha fora (em um supermercado) e em casa, fazendo os serviços domésticos. Contou ainda, que está aprendendo a dirigir e que isso a deixa feliz. Como nas outras consultas, a mãe falou das peculiaridades do comportamento de G., e o pai não participou da discussão, porque ficou no colchonete brincando com as crianças.

A avaliação terminou com a certeza de que G. estava se desenvolvendo de acordo com o esperado para a idade. Marquei a próxima consulta.

Na **nona consulta** G. estava com um ano e seis meses.

Função interativo-comunicativa - G. já fala várias palavras e, segundo a mãe, interessa-se em aprender novas palavras e compreende tudo que lhe é falado.

Alimentação – está em ordem. A criança continua comendo bem, a mãe diz que G. não gosta de doces.

De acordo com C., a criança é muito ativa, brinca com o irmão, tenta pedalar o velotrol. G. continua bastante birrenta, e a mãe a repreende com muita freqüência, pois, segundo ela, a criança não lhe obedece, diferenciando-se bastante do irmão que sempre cumpre as ordens. O sono continua bastante conturbado, pois G. acorda a noite toda.

Na **décima consulta** G. estava com dois anos.

Função interativo-comunicativa – G. fala tudo e é possível entender bem o que se fala. A mãe diz que ela gosta de cantar, assistir a filmes infantis, brincar com bonecas e que, atualmente, está investindo para que G. tenha controle vesical diurno.

C. reclama muito do comportamento de G., porque ela não atende suas ordens e, segundo ela, a criança a enfrenta dizendo que vai fazer o que quer, não respeitando-a. A mãe sente-se desgastada, diz que não tem com quem partilhar os problemas cotidianos, seu marido trabalha o dia todo e estuda pela noite. Relata que também trabalha muito e que, fisicamente, está cansada.

Terminei a consulta, e a avaliação é que a criança apresentava o seu desenvolvimento adequado à idade. E no que tange à linguagem, o desempenho até supera o de algumas crianças da sua idade. Marquei a próxima consulta.

G. volta para nossa **décima primeira consulta** com dois anos e seis meses.

Função interativo-comunicativa - a criança tem um vocabulário amplo, é ativa, brinca, corre, está fazendo amizade facilmente.

A mãe relatou que a criança é muito independente e quer fazer tudo sozinha, como tomar banho, ir ao banheiro. Disse que é muito birrenta, que é preciso muita rigidez em sua educação, disse também, que o pai tem uma atitude diferente, pois ele é muito permissivo com a filha; com o filho, ao contrário, é rígido e não tem paciência. A mãe contou que toda vez que contraria G., a atitude da criança é solicitar a mamadeira, por isso acaba tomando várias mamadeiras ao dia. O pai estava presente enquanto a mãe falava sobre as diferenças entre o casal na educação das crianças. Não negou a fala da esposa, porém se ateve à brincadeira com os filhos no colchonete repleto de brinquedos escolhidos no início da sessão.

Conclui que quanto ao desenvolvimento da criança tudo estava dentro do

esperado pela normalidade. No entanto, alguns comportamentos de G. estavam causando estranhamento e, por isso apontei a necessidade de uma avaliação psicológica. Marquei a próxima consulta.

Na **décima segunda** consulta G. estava com três anos de idade.

Função interativo-comunicativa - a criança fala bem, sem erros articulatórios. Começou a freqüentar uma escola particular. A mãe contou que o casal, apesar da dificuldade financeira, acredita que os filhos devam ter uma escola de qualidade, para que seu desenvolvimento seja melhor no futuro.

Apesar de ambos estarem presente à consulta, apenas C. falou. Contou que estava se sentindo desgastada, pois o marido trabalha dia e noite, e é ela que ficava com todos os encargos da família, educação dos filhos, afazeres domésticos e o trabalho fora de casa das 9 às 17 horas. A mãe relatou que o relacionamento entre ela e a filha é muito difícil, pois ela não se sentia competente para atender às necessidades da filha. G. continuava dormindo muito mal e acordando várias vezes à noite para tomar mamadeira. Recentemente, quando a mãe evitou dar mamadeira à filha em situação de conflito, G. passou a roer as unhas, o que obrigou a mãe voltar a dar as mamadeiras. C. relatou que o pai relaciona-se melhor com a filha e ela com o filho, e isso a incomoda muito.

Pela primeira vez, o pai não ficou brincando com as crianças, e sentou-se conosco junto à mesa. Falamos então, sobre a necessidade do casal refletir a respeito do funcionamento da dinâmica familiar, e então pontuar as dificuldades e diferenças de conduta, por exemplo, a forma de agir com os filhos, a organização da rotina da casa, para que C. tenha mais tranqüilidade, já que é ela quem passa o maior tempo em casa com as crianças.

Terminei a consulta, concluindo que G. estava bem no desenvolvimento. Porém

afirmei que algo não estava bem, já que a criança, por um lado, era tão independente e persistente nos seus objetivos e, por outro lado, não sabia lidar com o “não”, com os conflitos, e mesmo em partilhar seus brinquedos com o irmão. Havia uma contradição, como disse a mãe: por um lado independente, “não precisa de ninguém para nada” e, por outro, precisava da mamadeira nos momentos de enfrentamento das situações de conflito. Sugeri, novamente, a avaliação psicológica.

Nesse dia, informei a C. sobre o meu projeto de pesquisar o discurso de mães que tiveram seus bebês prematuros, e indaguei sobre sua disponibilidade para participar. C. concordou e veio para a entrevista um mês depois da consulta fonoaudiológica de G. Foi quando lhe falei sobre minhas dúvidas quanto a continuar marcando os retornos para G., uma vez que estava muito bem no que se referia ao desenvolvimento de linguagem. Pedi sua opinião, e a mãe concordou que o acompanhamento não era necessário, pois a sua filha não apresentava nenhum problema.

Terminei a entrevista nos despedindo, eu agradeci sua disponibilidade em participar da pesquisa e me coloquei à disposição se a família precisasse do meu trabalho.

É neste momento, após a explicitação do caso clínico é que iremos nos deter a algumas noções envolvidas na prática clínica fonoaudiológica, iniciando pelo apontamento da contradição que se instaura entre o que se previu e o que emerge a partir da prática clínica fonoaudiológica.

Não há relação de causalidade entre o histórico médico da criança e o seu desenvolvimento da linguagem, há o imprevisível e o imponderável que circulam por esses caminhos.

A experiência clínica fonoaudiológica mencionada indicia a presença da

imprevisibilidade implicada no futuro do desenvolvimento de linguagem da criança considerada como risco. Observamos que, apesar de ter estabelecido uma escala para a avaliação da criança, o esquema não se alinhava à ocasião das consultas, devido à imprevisibilidade contida nas reações da criança e/ou família. Em outras palavras, não havia compatibilidade entre o tempo cronológico contido na escala e as particularidades de cada criança. Por isto é possível observar que as consultas fonoaudiológicas não seguiam o roteiro ao pé da letra.

Uma outra observação é que, como as crianças que participavam do ambulatório fonoaudiológico continuavam retornando para consulta após 15 meses de idade, eu não havia conseguido elaborar uma escala de avaliação de comportamento que contemplasse as manifestações das crianças após tal idade, dessa forma, a descrição dos achados nem sempre foi comparada à escala.

Nesse sentido, como profissional, eu utilizava, como base teórica, de proposição de pesquisadores da aquisição de linguagem e cognição, como Piaget (1975, 1978), Bruner (1978), Zorzi (1990). O desejo era produzir uma escala que contemplasse o passo a passo da evolução da linguagem. No entanto, as proposições teóricas não se ajustavam às manifestações de linguagem das crianças, ou seja, não era possível apreender uma regularidade entre as crianças da mesma idade e nem mesmo uma cronologia que indicasse uma evolução na manifestação lingüística de uma mesma criança. A evolução da fala da criança também era alvo das tentativas de determinar a cronologia que marcava a superação dos erros articulatórios.

Um outro aspecto, que foi possível observar nas consultas são os apontamentos feitos pela mãe sobre as dificuldades em relação à educação da criança, as dificuldades referentes às divisões de responsabilidades do cotidiano entre o casal. Porém tais questões escapam a esta clínica que se propôs a checar o desenvolvimento da criança

em questão, para tratar precocemente os possíveis problemas que poderiam surgir, referentes ao desenvolvimento da linguagem.

Da prática clínica irrompe uma "fissura", tornando aparente a dificuldade em domesticar o inédito. O que ocorre é que não há como formatar a empírico, pois tanto as previsões fonoaudiológicas sobre desenvolvimento da criança baseada na história médica, quanto o uso da escala de comportamento como procedimento diagnóstico fonoaudiológico não são enquadrados no atendimento fonoaudiológico enquanto referenciais sistemáticos e lineares.

Passemos a nos envolver com as questões da noção de risco que justifica os atendimento fonoaudiológicos, e que acreditamos ser o pressuposto central que direcionou o modelo clínico fonoaudiológico.

1.3 A Noção de Risco na Medicina e seus desdobramentos na Clínica Fonoaudiológica

De acordo com o Dicionário Michaellis da Língua Portuguesa, “risco” é definido como “possibilidade de perigo, incerto, mas previsível, que ameaça de dano a pessoa ou a coisa, estar exposto a”.

Na Medicina, especificamente na área de neonatologia, o bebê pré-termo é caracterizado como de “risco” pela vertente da imaturidade fisiológica do corpo, ou seja, por não estar preparado anatômica e fisiologicamente para a sua sobrevivência. Segundo Brock (1998), as crianças nascidas prematuramente apresentam um controle inadequado da termorregulação devido à grande superfície corpórea. Isso as torna bastante suceptíveis às alterações do meio ambiente extra-uterino, ocasionando um consumo

maior de substratos, já escassos em seu organismo, como a baixa concentração de gordura marrom e os baixos níveis de glicose, podendo ocasionar graves alterações como hipoglicemia e acidose metabólica.

Alterações respiratórias ocorrem nos bebês pré-termo pela vulnerabilidade anatômica e bioquímica, além da imaturidade do centro respiratório. Essas crianças também apresentam fragilidade capilar e baixos níveis dos fatores de coagulação, que são causas de hemorragia cerebral e pulmonar. A icterícia é um outro fator que pode, com facilidade, atingir altos níveis, por imaturidade do sistema hepático da criança prematura. A predisposição maior às infecções se deve à imaturidade do sistema imunológico e dos fatores de resistência tecidual.

Uma vez que o médico não pode obter do próprio doente as informações sobre a doença, ele então interrogará a família, mas, sobretudo, irá precisar de outros sinais que serão dados pelos exames clínicos, a partir dos quais o médico poderá interpretar a doença. Nesse sentido, como declara Clavreul (1978), não importa a subjetividade daquele que anuncia (paciente), ou daquele que escuta (médico). O discurso médico sustenta-se independentemente desses aspectos. Há um apagamento da dimensão subjetiva do sofrimento em proveito da dimensão objetiva do saber. É por isso que o médico encontra-se afastado das paixões, “nunca ter os olhos umedecidos pelas paixões humanas, as lágrimas turvam a visão e o olhar é o órgão dos sentidos que permite ao médico assegurar o valor científico, objetivo de seu trabalho” (Clavreul, 1978:102).

O saber médico existe na medida em que é suportado pelo discurso, saber que não está vinculado ao indivíduo médico, mas à corporação médica que se constitui pelo discurso da medicina. Por isso, em um hospital, o doente não escolhe o médico, os atendimentos são realizados em função dos horários e plantões de cada um, pois o médico é um representante do saber médico, sua função é interpretá-lo e aplicá-lo.

A noção de risco vem justificar a intervenção fonoaudiológica com bebês pré-termo. No que se refere à clínica fonoaudiológica, pode-se afirmar que o paradigma que constitui a prática clínica adere ao modelo cientificista característico da medicina. A decisão da intervenção precoce determinada pela noção de risco incorpora noções do saber médico e, nesse sentido, é compreensível que a avaliação fonoaudiológica busque sentidos atrelados aos dados médicos.

E é por isso que a entrevista com a família do bebê prematuro é entendida como o momento de verificação da história da gestação, do parto, do período de internação, incluindo o conhecimento sobre dados pertencentes à clínica médica: idade gestacional, peso de nascimento, ápgar, anóxia neonatal, medicamentos utilizados, necessidade de ventilação mecânica, fototerapia, entre outros. Essa prática, então, confirmará ao que se sabe de antemão, portanto, nada mais previsível do que a possibilidade de que algum desvio acometa o desenvolvimento da linguagem.

O modelo diagnóstico-fonoaudiológico segue o mesmo formato da prática clínica médica, ou seja, é realizado a partir do trabalho de classificação, de constituição de semblantes que são reencontrados de uma forma permanente e quase idêntica de uma criança à outra. O que se prevê é o reencontro das mesmas manifestações, sobretudo, a mesma evolução delas, estabelecida a priori, constituindo entidades que tomam valor científico por sua permanência. Essa evolução posiciona-se como cumpridora da normatização cronológica do desenvolvimento, estabelecida como referência dos padrões de normalidade. A prática clínica faz-se a partir de uma perspectiva orientada pela ciência ideal, relacionando a criança e a lineariedade do tempo. A criança é localizada como coincidente da normalidade ou da patologia, de acordo com a escala de medida que implica na equivalência ou na discrepância de sua performance em relação à média estatística.

Vorcaro (1997) menciona a constituição da atividade diagnóstica psicopatológica que adere ao modelo cientificista característico da medicina, pois se propõe a descrever e compreender a manifestação da criança, indicando terapêuticas que irão reconduzi-la à normalidade, ou adaptá-la ao projeto social. A intervenção opera a partir da descrição da manifestação da criança, dá-se a ela um reconhecimento. Efetuada a descrição, a manifestação é abandonada e, portanto, transforma-se em um código.

Tal modelo de diagnóstico permite um sistema classificatório, já que a codificação das manifestações das crianças estará localizada em um referencial que compara uma criança com as outras, estabelecendo-se, dessa forma, uma noção de identificação de normalidade ou patologia. Neste caso, trata-se de fixar um sistema de referências sobre os sinais e sintomas das crianças, e os diagnósticos pautam-se em reencontrar a identidade patológica na criança e estabelecer a correspondência com o quadro previsto em uma classificação já dada. A autora nomeia esse modelo diagnóstico como uma espécie de transcrição da manifestação da criança.

No entanto, a experiência clínica fonoaudiológica mencionada anteriormente denuncia justamente a presença da imprevisibilidade implicada no futuro do desenvolvimento de linguagem da criança considerada como risco, bem como a dificuldade em aplicar nas consultas fonoaudiológicas, na íntegra, o dispositivo de avaliação elaborado. A própria singularidade contida na dinâmica de cada família, em particular, impede a constituição de uma “mesma” aplicação de conceitos e noções que estabeleça um referencial comum e, sobretudo, a equivalência e lineariedade de tempo implicada no desenvolvimento de linguagem da criança.

A prática clínico-fonoaudiológica faz referência à questão da temporalidade que envolve o bebê prematuro. Em primeira instância, o tempo ligado ao seu nascimento, um nascimento que aconteceu antes do tempo e que, por isso, está sobrecarregado de uma

potencialidade de eclosão de patologias. Nesse sentido, a criança merece a intervenção precoce, para que se considere a temporalidade que envolve o seu desenvolvimento, já que se prevêem atrasos e/ou seqüelas nas etapas que envolvem o seu desenvolvimento.

No caso de encontrar-se descompasso entre o que a criança manifesta como comportamento naquela determinada idade e o que se espera como manifestação da criança, é necessária a intervenção para a adequação dos comportamentos, considerando os padrões de normalidade preconizados pelas escalas de desenvolvimento. O tempo previsto pela experiência clínico- fonoaudiológica descrita anteriormente é o tempo que obedece a uma cronologia e a seqüências previstas pela objetividade científica.

Uma outra abordagem que se faz presente na clínica fonoaudiológica é o que Vorcaro (1997) denomina como observação compreensiva. Tal abordagem traduz-se no esforço do clínico em constituir as manifestações dos sujeitos em um quadro a ser compreendido. São os conhecimentos teóricos, técnicos e os provenientes da experiência profissional do clínico que norteiam a compreensão da natureza e da causa do problema a ser tratado. Nesse caso, é a competência da autonomia pessoal clínica que se dá como garantia para a transformação da informação do paciente em sentidos.

Por esse contexto podemos dizer que a experiência clínico- fonoaudiológica é marcada, em alguns momentos, pela destituição da regulação teórica, em função do modo singular de catalisar conceitos e observações em uma construção de sentidos. Ou seja, as interpretações da fonoaudióloga, em algumas ocasiões, são sustentadas a partir da dedução do conteúdo dos dizeres das mães.

Retomando as duas direções que o risco pode assumir, gostaria de me deter apenas no conceito de imprevisibilidade que envolve o risco. Em outras palavras, os efeitos que ocorrem a posteriori e, por isso, impossíveis de serem preditos. Tal decisão

deve-se à necessidade de problematizar as peculiaridades envolvidas no objeto de estudo da medicina e da fonoaudiologia.

1.4 A Problematização da Noção de Risco

A clínica fonoaudiológica descrita traz à tona a noção de risco advinda da medicina, inscrita no trabalho fonoaudiológico. É, geralmente, a relação de causa e efeito das possíveis seqüelas sensoriais e de linguagem que é levada em conta no acompanhamento das crianças nascidas prematuramente.

A noção de linguagem compreendida na Fonoaudiologia, tal como na Medicina, é remetida incessantemente a um sentido previamente determinado, ou seja, a linguagem está sempre subordinada à ordem orgânica, impossibilitando o investimento fonoaudiológico sobre a linguagem e seus fenômenos patológicos, que levem em conta o caráter singular da produção da linguagem.

No entanto, a experiência clínica contraria as expectativas de seqüelas e/ou atrasos do desenvolvimento da linguagem nessa população de bebês prematuros acompanhados em ambulatório fonoaudiológico do Hospital Regional de Assis. Coloco em pauta a seguinte questão: A noção “risco” engendrada pela clínica fonoaudiológica, quando se refere aos problemas de linguagem das crianças prematuras, faz sentido na prática clínica?

Acredito que os casos clínicos descritos anteriormente apontam a questão de que a linguagem não pode ser tratada simplesmente a partir de um pressuposto de causalidade, ou seja, de uma ordem que inclua a previsibilidade e a linearidade em sua

aquisição e desenvolvimento. Não pretendemos desconsiderar as implicações da lesão ou do mau funcionamento cerebral nos sintomas de linguagem. Como diz Fonseca (1998), não se trata de negar que uma lesão no cérebro produza efeitos no funcionamento da linguagem, no entanto, a incorporação irrefletida do referencial teórico da medicina na clínica de linguagem provoca efeitos de redução de sua complexidade.

A noção da impossibilidade de predição, que envolve o desenvolvimento de linguagem da criança nascida prematuramente, obriga ao alçamento de concepções outras sobre a linguagem que não coincidem com o conceito de causalidade e de normalidade contida na perspectiva da prática clínica exposta neste trabalho.

E é nesse sentido que, neste trabalho, se faz necessária à abertura de espaço para a reflexão de uma perspectiva clínica que considere a subjetividade do sujeito, pois tal questão traz à tona a heterogeneidade presente na linguagem, a saber, a imprevisibilidade da língua e do seu efeito sobre o falante.

Lier-De Vitto (1998) estuda o monólogo da criança a partir de um paradigma que difere de trabalhos sobre aquisição de linguagem. A autora questiona o referencial teórico que privilegia a aplicação de instrumentos descritivos da Lingüística utilizada por alguns pesquisadores da linguagem, pois, tal noção teórica dilui o que, fenomenologicamente, se apresenta como heterogêneo, em um universal de categorias e regras específicas que as produções tortuosas das crianças mostram. Essa é uma análise que visa pôr ordem na desordem, reduzindo, assim, a pluralidade das manifestações de linguagem ao limite imposto pelo objeto da Lingüística.

Uma outra questão problematizada é a concepção de sujeito inscrita nos estudos descritivos da Lingüística. Neles, é o sujeito psicológico que está em cena, aquele que se apodera da linguagem de forma gradual, ou seja, na medida da evolução de seus conhecimentos. É o sujeito “que começa saber sobre” a linguagem e que começa a se

representar, como “senhor” do seu desenvolvimento e “mestre” em controle da linguagem (Lier- De Vitto 1998: 22).

Segundo a autora, nos monólogos, observou-se não uma criança contemplativa diante da linguagem e em controle de suas produções, mas o movimento da língua nela. Em outras palavras, quando uma criança produz um som, o outro toma essa produção como um “dizer” dirigido a ele e, ao interpretá-lo, insere-o em uma rede de formas e de sentidos. Nos monólogos, observam-se os efeitos do diálogo, pois o que se presentifica na voz da criança são “pedaços/ restos” de “já dito” que se articulam compondo “um tecido esgarçado e sem fecho”.

Os fragmentos de “já dito” que circulam na voz da criança atestam a relação do seu dizer com o interdiscurso. O interdiscurso se refere aos “já ditos”, ou seja, noções historicamente instituídas e presentificadas no dizer do outro. Segundo Lier De-Vitto, “algo sempre fala antes, em outro lugar”. Nesse sentido, a autora afirma que a falta de clareza dos monólogos das crianças deve-se a um sujeito “fora de controle”, um sujeito assujeitado ao funcionamento da linguagem e às palavras do outro.

Segundo Salfatis e Palladino (2001), tradicionalmente na fonoaudiologia, a linguagem é tratada como entidade que o homem vai construir ou aprender, além de aprimorar seu aparato orgânico, para que então possa explicitar os conteúdos sociais e psíquicos pela linguagem adquirida por aprendizagem. Nesse contexto, o fonoaudiólogo irá se remeter a quadros patológicos encontrados em outras instâncias, que não do domínio da área fonoaudiológica.

Segundo a autora, para reverter tal panorama é preciso supor que a linguagem seja fundante do sujeito, portanto, entendida como funcionamento simbólico. Trata-se de adotar uma concepção que toma a linguagem como incompletude, como efeitos de sentido, o que nos permite pensar que cada produção lingüística é singular. A

singularidade é um fenômeno único, não há como comparar, posto que é pura diferença. E essa diferença indica a posição do sujeito na/pela linguagem, uma forma simbólica que inscreve a questão da linguagem.

Orlandi (1993) diz que a Análise de Discurso propõe-se pensar o discurso não como um saber que derive de um espaço fechado, ou mesmo circunscrito ao território social, mas que se refere aos efeitos de sentidos entre os sujeitos. Nessa concepção, a linguagem afasta-se da noção de comunicação, além de problematizar a concepção de sujeito. O dizer é considerado como efeito de sentidos entre os locutores, levando-se em conta o lugar social de cada um e a multiplicidade de sentidos. O fato é que a Análise de Discurso introduz uma reflexão sobre a linguagem, sobre o sujeito e sobre a história.

Recuperando a questão posta neste trabalho sobre a observação de que o risco predito pela clínica médica não fez sentido no desenvolvimento das crianças acompanhadas pela fonoaudiologia no HRA. Surge a questão: que efeito teve no discurso das mães, o discurso sobre o risco, considerando-se que elas fizeram parte do acompanhamento fonoaudiológico e ficaram sob a influência do saber médico que apregoava o risco de seus filhos ao longo do período de gestação, nascimento, período de internação e mesmo, pós-alta hospitalar?

Acredito que a Análise do Discurso (AD) seja um campo profícuo e necessário para pensar as questões levantadas nesta pesquisa, pois se trata de uma disciplina que teoriza a interpretação, colocando a interpretação como tema central à discussão.

A AD visa à compreensão de como o discurso organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeitos e sentidos, produzindo práticas de leituras e pressupondo a linguagem enquanto trabalho simbólico.

O objetivo da análise é observarmos os sentidos da noção “risco” no discurso de três mães que tiveram seus filhos prematuros internados no HRA e que participaram do acompanhamento fonoaudiológico após alta hospitalar.

O referencial teórico adotado é a Análise de Discurso de linha francesa, que tem como fundador o francês Michel Pêcheux e que, no Brasil, é desenvolvida por Eni Orlandi e outros.

CAPÍTULO 2

Abordagem Teórico – Metodológica

Análise de Discurso de linha francesa

A Análise de Discurso de linha francesa entende o discurso como lugar de significação, de confronto de sentidos e de estabelecimento de identidades, é por/pelo discurso que se materializam os diferentes gestos de interpretação dos sujeitos.

A Análise de Discurso reflete sobre a língua não só como estrutura, mas, sobretudo, como acontecimento. A forma material é vista como acontecimento do significante em um sujeito afetado pela história, e que, por sua vez, constitui- se na relação com o simbólico, na história.

O discurso supõe que a apreensão perceptiva do referente, do outro e de si mesmo é sempre atravessada pelo "já ouvido" e o "já dito". A linguagem é produzida pelo sujeito em condições determinadas, pois o discurso pressupõe historicidade e ideologia desse mesmo sujeito.

Na perspectiva da Análise de Discurso (AD), é no/pelo discurso que há materialização da história. A história é definida pela AD como produção de sentidos que se dão no confronto das relações de força e de poder, que sustentam as formações imaginárias do sujeito no discurso. Tais formações imaginárias são constituídas a partir das relações sociais que ocorrem entre os interlocutores, instituídas no processo discursivo pelas condições de produção.

Nas condições de produção, segundo Orlandi (1996), não estão previstos os traços sociológicos empíricos (classe social, idade, sexo e profissão), mas sim as formações imaginárias que se constituem a partir das relações sociais. Segundo Pêcheux (1969), há nos mecanismos de toda formação social regras de projeção que estabelecem a relação entre as situações concretas e as representações dessas situações no interior do discurso.

Sobretudo, são as condições de produção que fundamentam os sujeitos e a situação por meio das circunstancias da enunciação, ou seja, do contexto imediato. No entanto, as condições de produção também incluem o contexto sócio-histórico. Nos estudos discursivos, todo discurso remete-se a um outro discurso, presente nele por sua ausência necessária.

Essa noção refere-se ao interdiscurso - os já ditos e esquecidos - de tal modo que os sentidos sempre se referem a outros sentidos, e daí resgatam sua identidade, representando o dizível (o saber discursivo que se foi constituindo ao longo da história).

A unidade de análise da Análise de Discurso é o texto, considerado como exemplar do discurso, onde se encontra a materialização dos diferentes gestos de interpretação. A noção de texto, enquanto unidade de análise de discurso, ultrapassa a noção de informação.

Na AD, de acordo com Orlandi (2001), o texto é entendido como de natureza incompleta, pois, além dele não progredir em um só sentido, tem relação com o que não é ele, com o implícito entre os enunciados, bem como com outros textos, o que remete à noção da polissemia. Diz-se que o que caracteriza qualquer discurso é a multiplicidade de sentidos possíveis, assim como a imprevisibilidade da relação do sujeito com o outro possui formas de controle de interpretação que se conformam à peculiaridade do sujeito.

Tais questões estão implicadas nas condições de produção, marcadas pelo duplo jogo da memória, ligado tanto à instituição que estabiliza, quanto à memória constituída pelo esquecimento, tornando possível a ocorrência “do diferente”, do polissêmico.

A AD procura apreender a singularidade do uso da linguagem, ao mesmo tempo que visa construir um quadro geral. Segundo Orlandi (1988), a proposta de aplicar formas aos discursos terá o seu valor a partir das condições em que o discurso se produz. Desta maneira, as formas de discursos institucionais propostas pela autora, como o discurso pedagógico, ou o da mulher, ou o da história, ou o da religião, entre outros, são reconhecidas a partir de marcas lingüísticas que dizem respeito à organização do discurso.

Porém, Orlandi afirma que as marcas não são suficientes para caracterizar um funcionamento discursivo, nesse sentido foi preciso estabelecer a noção de propriedades, o que tem a ver com a consideração do discurso com relação à exterioridade. Em outras palavras, a noção de propriedade do discurso evoca a situação na qual o discurso é produzido – a instituição, o contexto sócio-histórico, a cultura e a ideologia que se encontram representadas em sua exterioridade.

A Análise de Discurso constitui-se no espaço de questões criadas pela relação entre três disciplinas – Lingüística, Ciências Sociais e Psicanálise. Ao contrário da Lingüística tradicional, a Análise de Discurso caracteriza-se pela noção de opacidade da linguagem, procurando mostrar que a relação linguagem/pensamento/mundo não se faz termo-a-termo. Quanto à história, a Análise de Discurso pressupõe que o homem faz história, mas esta também não lhe é transparente. A produção de sentidos dá-se pela conjugação entre língua e história, por isso o que interessa à Análise de Discurso é a forma material da linguagem, que é a forma encarnada na história, para produzir sentidos. Nos estudos discursivos, procura-se compreender a língua não só como estrutura, mas

como acontecimento, ou seja, a língua é vista como acontecimento do significante em um sujeito afetado pela história. Nesse contexto, a Psicanálise contribui pelo deslocamento da noção de homem para a de sujeito.

Temos a tendência de interpretar os sentidos que a linguagem nos traz como se as palavras tivessem realidade, ou seja, os significados são determinados pelo que dizemos, sem que possamos confundir o que está posto ali pelas palavras. Esse modo de nos comportarmos frente à linguagem é explicado pela Análise de Discurso através das marcas trazidas pela ideologia.

As evidências são cristalizações, produto naturalizado pela relação da história com o poder. O fato é que há um já dito que sustenta a possibilidade mesma de todo dizer, ou seja, o discurso ganha sentido no dizer do outro, materializado por meio da ideologia.

A ideologia é entendida aqui como sistema de crenças, no qual o sujeito é interpretado segundo os preceitos daquele contexto histórico. Althusser (1974) define ideologia como o modo através do qual os homens vivem suas relações em relação às suas condições de existência. Isso implica formações complexas de montagens de noções, de representações, ou seja, um conjunto funcionando como normas práticas que governam a atitude e a tomada de posição concreta dos homens com relação aos objetos reais de sua existência social, individual e da sua história.

É o funcionamento da instância ideológica que produz, no discurso, a noção de unidade e coesão textual, a ilusão da completude da linguagem, como se ela fosse uma entidade fechada e acabada. De acordo com Orlandi (1990), as formações discursivas são formações componentes da formação ideológica e determinam o que pode e deve ser dito a partir de uma posição dada em uma conjuntura específica. Por isso as palavras mudem de sentido ao passarem de uma formação discursiva para outra.

A autora diz que há uma articulação entre a intenção que determina o dizer e as convenções sociais em que está refletido o modo como o sujeito o faz, instaurando a ilusão do sujeito. Por outro lado, cabe salientar que a singularidade é uma questão que está prevista na trama dos sentidos, a partir do modo como a língua e a história nos afetam enquanto sujeitos.

A palavra constitui-se em um ato social com todas as suas implicações – conflitos, reconhecimentos, relação de poder, constituição de identidade - entre outras. O estudo da linguagem não pode estar afastado da sociedade. Pêcheux (1969) diz que o sentido se produz na relação entre interlocutores, situação, contexto histórico-social e pela ideologia.

2.1 Procedimento Metodológico da Análise de Discurso de linha francesa

Segundo Orlandi (1988), um dos primeiros pontos a considerar na análise do texto é a constituição do corpus. A delimitação do corpus define-se pela construção de montagens discursivas que obedecem a critérios decorrentes de princípios teóricos da AD, segundo os quais a relação entre o lingüístico e o discursivo não é direta, tão pouco automática. Pois não existe biunivocidade entre as marcas lingüísticas e os processos discursivos, portanto analisar o maior número de marcas e de dados não significa compreender melhor o processo discursivo em questão.

Conforme Orlandi (1989), o corpus é constituído pelo fato discursivo (o recorte) e os objetivos da análise. O que se exige é a sustentação teórica da AD e a compatibilidade entre o recorte dos dados e os objetivos a que a análise se propõe. O corpus é constituído

por uma série de objetos discursivos, o liame entre o imaginário (condições de produção) e o exterior que o determina. O que está em jogo é a necessidade de reconhecer a defasagem entre o registro imaginário e o processo histórico que o determina (Gadet, Hak 1993).

A análise constitui-se no momento em que o analista se dá conta das relações entre as formações discursivas que constituem o discurso. Relações essas que remetem ao interdiscurso, sendo este definido como o lugar de constituição dos sentidos, que retorna sob a forma de evidências, ou seja, a formação ideológica que naturaliza o dizer, como se o discurso fosse evidente. De acordo com Orlandi (2001), a análise de um discurso passa por etapas que correspondem à conquista das propriedades do discurso que o caracterizam enquanto funcionamento.

A primeira etapa é a passagem da superfície lingüística ao objeto discursivo. O objeto discursivo é o resultado da transformação da superfície lingüística de um discurso concreto em um objeto lingüisticamente de-superficializado, produzido por uma análise lingüística que vise desfazer a ilusão número dois, que concerne à impressão da realidade das palavras. Segundo Orlandi (2001), desnaturaliza-se a relação palavra-coisa.

Nessa segunda etapa da análise, há vestígios da relação entre a formação discursiva e a formação ideológica, ou seja, há marcas lingüísticas que são produzidas pelos efeitos de sentido entre os interlocutores. Esse sentido é percebido na interlocução, ou seja, no espaço discursivo criado pelo e/ou nos dois interlocutores, determinada pelas condições de produção.

A Análise de Discurso de vertente francesa concebe a linguagem enquanto opacidade, portanto nega a biunivocidade linear termo-a-termo, daí a necessidade da noção de discurso, para pensar a mediação linguagem/pensamento/mundo. Orlandi

(1996) diz que não há linguagem em si, mas abertura ao simbólico. E a questão do sentido é uma questão aberta, ou seja, não se fecha em si.

A terceira etapa dá-se a partir do objeto discursivo sobre a qual o analista incide sua análise, procurando atingir o processo discursivo. Esse momento constitui-se pelo compromisso de relacionar as formações discursivas distintas com a formação ideológica que se delineou no processo de significação. É aí que se atinge a formação ideológica que explicita o modo de constituição dos sujeitos e do sentido, mostrando o trabalho da ideologia. Quando emerge o trabalho da ideologia no processo de significação do texto, desfaz-se a ilusão e/ou o primeiro esquecimento do sujeito que está ligado à crença de ser a fonte exclusiva de seu discurso, quando, na realidade, como diz, retoma sentidos preexistentes.

Segundo Orlandi (1987), a ilusão de ser a fonte do sentido desfaz-se a partir das concepções teóricas da AD, que afirmam que qualquer texto pertence a uma formação discursiva a qual, por sua vez, faz parte de uma formação ideológica, determinando o que pode e deve ser dito a partir de uma posição e conjuntura dada.

2.2 Análise dos Dados Discursivos

A análise discursiva se ocupará das entrevistas das mães de bebês prematuros. Buscamos analisar o discurso a partir da Análise de Discurso de linha francesa, acessada como instrumental teórico-metodológico, visto que tal abordagem permite problematizar a noção risco no discurso da mãe e da fonoaudióloga. Em outras palavras, analisaremos os discursos de três mães que tiveram seus filhos prematuros internados no HRA, e que participaram do acompanhamento fonoaudiológico após alta hospitalar. Observaremos o efeito de sentidos da noção “risco” em seus discursos.

Apresentaremos recortes das entrevistas, seguidos da análise dos dados. Os enunciados marcados no texto em **negrito** referem-se às regularidades das marcas lingüísticas. Os textos das mães foram transcritos na integra, portanto, alguns erros de português, como concordância, regência, colocações de palavras, pronúncia incorreta, fazem-se presentes. Por razões éticas, os nomes verdadeiros, sendo identificados somente por letras.

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

> Fono: 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.** Ele só acreditou mesmo quando eu fui internada no Regional **antes** de ganhar as meninas, então era complicado a família inteira, **eu vivia falando que estava com dor, que eu não podia ficar sozinha**, ruim com menino pequeno, foi difícil pra mim. Eu não sei se eles achavam que era manha de gestante, ou carência da própria gestante, porque ele sempre trabalhou demais e nunca podia estar comigo, então **eu sempre tentei reclamar**, fica comigo hoje eu não estou bem, eu estou com dor, estou com falta de ar, 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,** eu sentia muita falta de ar, então era complicado no meu serviço, a respeito de casa, porque eu ia fazer o meu pré-natal **e ele falava está tudo bem com as nenês,** elas estão mexendo, eu com **barriga de oito meses** com **poucas semanas de gravidez**, eu tava com barrigão, **eu não me sentia bem** eu cheguei até pensar, que será que ta acontecendo comigo, será que é verdade, **porque eu sentia que eu não estava bem, eu não sentia minhas nenês mexendo**, e era todo mundo nossa as nenês são enormes porque eu tava com barrigão deste tamanho, eu ia no médico **tem alguma coisa errada**, mas como eu ia desconfiar do médico que no caso é a autoridade né, se vai no médico **ele fala assim as nenês tão mexendo**, faz ultrasom que nem eu fiz de **22 semanas deu tudo normal** na minha ultrassom, com **26 semanas eu fui internada** né, foi difícil pra mim, muito difícil mesmo.

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

O discurso da mãe aponta para a temporalidade da gestação que se constitui pela contradição do início ao fim. A iminência do “risco” materializa-se por meio de seus dizeres sobre os problemas da sua gestação que não são levados em conta pelo seu

marido e nem pelo médico obstetra. Ou seja, o seu discurso não apresenta valor de "verdade".

O dito de C. sobre a postura médica diante de demanda explica-se pela característica do discurso médico que se assenta sobre a objetividade. Ou seja, segundo o discurso da mãe, os exames realizados a pedido do médico não denotaram problemas. Nesse sentido não há razão objetiva para que o médico possa considerar o seu dizer como verdadeiro, o discurso da mãe não faz sentido no saber médico.

> Fono: Por que as pessoas não te entendiam?
>
> Mãe: Não assim, nem eu, até eu própria ficava **confusa**, a única pessoa que era mais próxima que me compreendia era minha mãe, porque ela falava, eu chegava perto, mãe **é diferente**, da gravidez do meu menino, eu tinha muito liquido também, mas eu sentia que ele estava mexendo quando eu estava grandona, **era diferente** essa gravidez, não tinha fome, eu só sentia **enjôo,** mesmo **depois de três meses** de gravidez, eu só sentia muita falta de ar, eu vi que **tinha alguma coisa errada**, e eu comentava isso com o obstetra, eu falei assim, que **estranho** as **nenês não tão mexendo**, e olha o tamanho da minha barriga, eu sei que **são dois, mas pelas semanas que eu tava, enorme**, **enorme**, **não sentia as nenê mexe**, passando mal, não conseguia me alimentar direito, eu **preocupada, porque nenê precisa que a gente se alimente bem**, fazia **exame de sangue tava tudo normal**, eu ficava assim, meu Deus como é que **não tenho anemia, nenhuma falta de vitamina,** se eu **não to comendo, como que essas crianças vão nascer bem**, foi difícil pra mim.

No discurso da mãe aparece a noção de "risco" marcado por expressões de "estranhamento", pois todos os seus sintomas não são reconhecidos por ela como algo natural. No entanto, o discurso da mãe não tem valor de verdade, pois tais dizeres estão em contradição ao discurso médico, não vão ao encontro da objetividade presente no saber médico.

Embora ela fale na posição de mãe, nos seus dizeres circulam marcas do discurso médico sobre a importância da saúde da gestante para o bom desenvolvimento do bebê.

> Fono: 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 buscopam na veia, fiquei de observação, porque naquele **mês** o meu médico tinha saído de férias... **aí** eu fiquei lá, ai 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, fora os outros de plantão, quem mais cuidou do caso foi o dr A. mesmo e o dr G.

No dizer da fonoaudióloga há circulação do sentido da temporalidade pelo advérbio "aí"; já no discurso da mãe, o enunciado "aí" marca o texto pela seqüência detalhada da trajetória de internação, indiciando a temporalidade da situação vivida.

Observe que o significante "risco" que comparece nos dizeres da mãe passa a ter um outro sentido, sendo que esse deslizamento de sentido coincide com o período que a mãe é internada, ficando sob o efeito do discurso médico no ambiente hospitalar.

Neste texto, tanto a noção de risco, quanto a noção de tempo materializados nos dizeres da mãe são os apregoados pela clínica médica.

> Fono: Qual era seu caso?
>
> Mãe: Então o **dr. A. disse que eu tinha muito liquido**, é muito **mais do que o normal,** e ele não sabia porque se formava, então eu fazia punção, enfiava aquela agulhona pra tirar água, tirou uma vez foi **um litro**, **depois** foi **dois litros,** ele falou pra mim quanto mais liquido tirava da minha barriga, mais ia ter que tira, só que ele ia ter que fazer isto pra ver se eu ia conseguir suportar, prá 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, que não pode fazer sempre, também que dá muita cólica é terrível isto, É um pouco dolorido, mais é mais agoniante, porque eles enfiavam aquela agulhona, mas tudo monitorado pelo ultrassom pra tirar aquele liquido pra ver se eu agüentava suportar mais. 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 dr falava **a gente vai fazer isso até você ganhar as nenê, prá ver se você consegue segurar** o **máximo tempo** possível, são duas, e a outra que faleceu tava muito pequenininha, prá 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 acontece, qual que era o meu probleminha, ele me explicou,** e **foi assim** até romper a bolsa, que um **dia** ele me mandou prá 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 faz-se a partir de uma riqueza de detalhes que garantem ao leitor a sensação de estar vivenciando a situação em uma seqüência temporal, privilegiando a realidade dos acontecimentos. O texto está marcado lingüísticamente pela

exatidão de números de dias, e até mesmo pelo dia da semana em que o episódio descrito ocorre.

Nos dizeres da mãe aparece a noção de risco do discurso médico que diz sobre a grande possibilidade de morbidade das crianças. Tal possibilidade é explicada pelo saber médico, a partir de um raciocínio linear de causa e efeito previsto na objetividade necessária à cientificidade da disciplina.

> Fono: **Durante esses 15 dias** que você ficou aqui, o que você pensava? **Você sabia de tudo**?
>
> Mãe: Ah,foi difícil, eu não esperava que eles fossem falar que 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, nossa eu não tinha nem força pra pedir pra Deus, porque **eu não sabia o que ia acontecer**, **meu Deus me ajude porque eu tenho outro em casa**, meu filho tinha um ano, eu tive que vim às pressas, deixar o meu pequenininho, meu menino era muito apegado comigo, e eu também com ele, **tive que deixar tudo de uma hora pra outra**, então eu pensava muito nele, muito mesmo neles e nas minhas nenês, 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, eu não tinha nem força pra pedir, eu nunca tinha ouvido falar com nenhuma outra grávida isso que tinha acontecido, 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.

A noção de imprevisibilidade implicada no conceito de risco presente nos dizeres da mãe e da fonoaudióloga é a noção de risco do discurso médico que é incerto, porém previsível. Apesar da expressão “morte” não aparecer implicitamente nos dizeres, há, no intertexto, tal possibilidade.

Tanto no dizer da fonoaudióloga quanto no da mãe circula a questão do tempo, os textos estão marcados pela temporalidade que envolve o período de internação.

Mesmo quando os dizeres da mãe não são explicitamente marcados pelo tempo, aparecem enunciados como, “dor, dor, dor, dor”, que denotam o sentido de temporalidade no texto (o tempo inteiro sentindo dor).

> Fono: Aí você ficou no hospital?

> Mãe: Não, aí como elas estavam na UTI, **não sabia o que ia acontecer,** eu voltei pra casa né, porque elas estavam **entubadas** ainda, as enfermeiras falou que **não ia adiantar eu ficar** porque eu não ia poder entrar toda hora, amamenta não ia poder, ela não estavam conseguindo era tudo pela **sonda**, a G. mesmo tinha **problema de intestino**, ela teve muito problema quando foi internada, **transfusão de sangue**, problema de intestino, então não aceitava o leite, então não podia ficar, então eu fui e fiquei em casa, **aquele tempo fiquei com o V**., 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.

O discurso da fonoaudióloga apóia-se sobre o conhecimento do funcionamento do hospital, no que se refere a garantir a permanência da mãe no hospital junto ao filho, enquanto ele permanecer internado.

O discurso da mãe responde à questão da fonoaudióloga, incorporando a fala específica da medicina, tanto quando aparecem enunciados que configuram o "estado clínico" das filhas, "entubadas", "sonda", "problema de intestino", "transfusão de sangue", como quando, no seu dizer, aparecem proposições sobre as possibilidades da morbidade das crianças, que são sustentadas, no discurso médico, pelo despreparo anátomo-fisiológico da criança nascida prematuramente.

> Fono: 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, ela queria que eu ficasse com ela, a G. ela sentia isto, eu tinha que ficar com ela, **aí** ela foi **melhorando**.

Nesse recorte há a presença de funcionamento discursivo que privilegia a seqüência temporal da situação, tanto no discurso da fonoaudióloga quanto no da mãe.

Embora no discurso da mãe apareçam enunciados que materializam a imprevisibilidade do discurso médico que envolve a sobrevida do bebê prematuro, há também um outro discurso que se faz presença, apontando a contradição do discurso médico, "ela foi melhorando".

> Fono: 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, porque sono se você tem a noite corrida é uma maravilha, se modificado atrapalha o rendimento durante o dia, o estado de nervo mesmo, vou falar, **eu não sou tão calma quanto deveria,** poderia ser né, porque ela acorda me atrapalha o sono.

Fono: 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 mesmo, põe de castigo, às vezes **eu acho que sou meia ruim**, mas não é tanto assim né, porque a G. tem o gênio forte demais, ela qué alguma ..., ce fala espera um pouquinho, não eu quero agora, ela é desse jeito. Só que a **minha falta de paciência tem ajudado um pouco ela**...., pelo menos ta me obedecendo, ela não ta naquele estado que tava antes.

Fono: Você falou "eu não tenho paciência", você estava se desculpando?

Mãe: Talvez pra mim mesmo, pra mim é difícil eu acho que eu poderia ter mais paciência, às vezes eu fico com dó de ser firme...., é que **meu primeiro menino ele chorava, mais conversando ele parava**, ele sentava prestava atenção, ele presta atenção até hoje...., **com a G. não tem isso, porque ela sai fora de si.**...., ela começa chorar e fazer aquele berreiro...., a minha mãe era assim com a minha irmã gêmea...., toma menina pode ir, se ela queria chocolate começava a chorar...., eu não sou assim...não é assim que eu vou tar ajudando....

Embora a fonoaudióloga permaneça falando sobre a temporalidade envolvida no período de internação da criança, os dizeres da mãe desviam para uma outra direção. A mãe passa a falar, a partir de uma noção de risco e de temporalidade que lhe é peculiar, ou seja, a singularidade que faz parte da relação entre mãe e filha.

Sob efeito dos dizeres da mãe, o discurso da fonoaudióloga segue uma outra direção da noção do risco, considerando outros efeitos de sentido que essa noção pode apresentar. Há um sentido outro de risco que emerge, não coincidente com a previsão do saber médico, que é o discurso sobre as possíveis seqüelas orgânicas da criança nascida prematuramente.

Fono: Você não **sente dó** dela ?
Mãe: Não, eu falo pra minha mãe eu sinto tão culpada, eu não sinto dó da G., **nunca eu tive dó dela**, normal igual do irmão, **isso que eu estranho comigo mesmo**, outra mãe no meu lugar ia falar coitadinha minha filha, ela passou tudo que passou., a época que que eu fiquei aqui foi importante...as enfermeiras cuidavam uma coisa normal, **ela era normal só menorzinha, tinha os probleminha dela, mas era igual todas as crianças**
Fono: Os médicos falavam alguma coisa, que a criança....
Mãe: Não, **eles sempre me mantiveram cientes** que **a G. poderia ter tudo**, tudo no mundo, **ficar surda, cega, ter problema de coração**, tudo ela podia ter, porque ela teve de tudo nesta UTI. Quando a gente saiu daqui, a gente levou ela no cardiologista, no oftalmologista, em todo quanto é médico pra ver como ela

tava, **e todo ano ainda a gente leva no médico** pra faze exame de sangue, tudo pra vê como ela tá, **se ela não teve nenhum problema**.
Fono: Pra você não ficou esse **medo de acontecer alguma coisa**?
Mãe: **Fica, mais não de ficar nervoso**, eu trouxe pra casa igual o outro, eu nunca pensei que ela chorava tanto, que ela era daquele jeito... por um retardamento, por exemplo, que qualquer mãe podia pensar, mas não **normal**.

Observe que a fonoaudióloga insiste com as noções "já ditas" que falam do incerto, porém previsível, que está contido na noção da psicologia sobre o sentimento de superproteção da mãe em relação ao filho pelo nascimento prematuro. No entanto, os dizeres da mãe novamente escapam a esse "já dito", e falam a partir de uma outra posição que não coincide com o previsto, ou seja, põem em cena a singularidade.

Fono: 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 é amorosa do jeito dela,** ela fala mãe senta do meu lado, ela quer que fica só sentada, nem relar nela, entendeu... **Ela tem esse gênio difícil de eu conseguir me comunicar com ela.**

Fono: 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.**

Fono: Ela não precisa de você

Mãe: **Ela é mais independente do que o menino, é essa a dificuldade que eu tenho com ela.**

Fono: É uma **relação** dura, **não é gostoso**?

Mãe: Não é, porque **não é isso que a gente espera de uma mãe e de um filho**, mas já que ela tá tão difícil, tem que ser firme.

Fono: Ela sempre foi esperta?

Mãe: Fala tudo, ela é muito esperta, mais rápida do que o menino.

Observe que, a partir do momento que o discurso da fonoaudióloga seguiu uma direção que considerou a singularidade presente no discurso da mãe sobre a noção de risco, própria ao binômio mãe e filha, o dizer da mãe sofreu efeito.

Os dizeres da mãe rompem com a noção de risco da clínica médica, que parte de um pressuposto objetivo. O seu discurso aponta para um outro sentido que escapa à objetividade do saber médico.

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

> Fono: Eu queria te agradecer por você estar aqui. **Eu te chamei para a gente poder conversar sobre como é que foi, é 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,** só tivemos que forçar o parto né, graças a Deus foi normal. Que **os médicos falaram que se não fosse normal, seria ruim pra mim e pra elas, que alguma delas não podia sobreviver**, A I. **ficou na neo 50 dias,** nesse meio tempo quando ela ganhou **2000 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.** A dra faz, elas fazem acompanhamento com a fono, com a neuro também, última vez que eu vim na dra M., que eu fiquei sabendo que ela comentou que a I, ela deu alta para as nenéns e comentou que ela tava preocupada que a I. **tinha a cabeça um pouquinho maior pelo tamanho dela**, mas que já tava tudo normal que eu podia ficar tranqüila e não precisava voltar mais. Só que agora mesmo vim marcar o retorno, porque eu quero acompanhar, coisa de mãe né? Mais é assim, eu não gosto nem de lembrar, Ana, ontem eu ainda tava tentando fazer força pra vê se eu lembrava a D. na hora que ela a D. nasceu, **o ápgar 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 rasparam 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.

Observe que tanto o discurso da fonoaudióloga como o da mãe atestam a sua familiaridade, considerando que elas se conhecem mesmo antes do acompanhamento fonoaudiológico das filhas.

O discurso da mãe é marcado pela temporalidade que envolve a sua gestação e a internação das filhas, seus dizeres precisam o número de dias e de meses que envolveram a situação vivida.

A noção de risco que aparece no discurso da mãe é a noção apregoada pela medicina. A noção de risco da clínica médica é explicada por uma ordem lógica formal

que está ligada à coerência, ou seja, à objetividade do saber médico. Observemos os fragmentos de discurso da mãe, que atestam esta ordem: “os médicos falaram que se não fosse normal seria ruim pra mim e pra elas, que alguma delas não podia sobreviver”, teve uma parada cardíaca, quase morreu”, “pegaram todos os tipos de infecção”, tinha a cabeça um pouquinho maior pelo tamanho dela, “o ápgar dela foi mais baixo”.

Entretanto, no texto, aparece a contradição, pois o que o discurso médico previa era a grande possibilidade de morte e, no caso de sobrevida, as seqüelas. No entanto, os dizeres da mãe atestam a sobrevivência e o ótimo desenvolvimento que as filhas apresentam.

> Fono: Você falou “eu não sei como eu tive força”, na época você se sentia forte?
>
> Mãe: Sentia, sentia, muito, **muitas vezes eu vinha aqui sozinha, não era hora,** eu não tinha hora pra vir né, dava na louca eu vinha mesmo, e **entrava e via, eu via os estados que elas tavam**, eu saia daqui de cima, meu Deus, descia na capela lá embaixo pra reza. **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. Porque **eles sabem, me acompanharam** eles estavam por perto todas a vezes, sabe tudo que acontecia, minha mãe presenciou, minhas irmãs. Agora 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, Ana, porque **agora** eu sofro demais quando eu começo a lembrar, sabe. Então, às vezes, eu tenho que ser grossa, sair de perto, já aconteceu de eu até brigar com as pessoas por causa disso, mais eu sou ignorante eu já falei pra eles, é que **eu sei que eu passei**, que eles não tavam perto, eles não viram a minha dor. **Mas é graças a Deus estão vivas**.
>
> Fono: E você, falando assim, parece que há um **antes e um depois**, você forte e você frágil?
>
> Mãe: Agora.
>
> Fono: 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 me apegar, me apegar, eu me apego demais a Deus sabe, **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.

Tanto os dizeres da mãe, quanto o da fonoaudióloga indicam uma temporalidade. Entretanto, observe-se que o discurso da mãe não se refere ao tempo cronológico, aquele

com o qual a clínica médica trabalha. Há um outro sentido que rompe com a noção de tempo que se refere ao período de internação das filhas e o tempo atual – “eu me sentia forte coisa que hoje eu não sou”.

A noção de “risco” presente no intertexto do discurso da mãe atesta a noção advinda da clínica médica, incerta, porém, previsível. No entanto, também há a contradição, pois, apesar do discurso médico ter previsto a possibilidade de morbidade das crianças, elas “estão vivas”.

> Fono: 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, Ana**.
>
> Fono: **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 ficara na neo, sabe, **aí eu fui vendo o que estava acontecendo comigo.**...
>
> Fono: Desde, vocês se reúnem e é isso que acontece...
>
> Mãe: Sempre alguém comenta, nossa é como se eu entrasse em pânico.
>
> Fono: Você revive as cenas?
>
> Mãe: Revivo, é uma coisa que eu quero esquecer, **eu procuro lembrar** sabe, do rostinho delas na hora que elas nasceram, **depois** eu não faço força, nem um pouquinho de lembrar o período que elas passaram aqui Ana..... **é uma parte que eu quero esquecer** só que **por outro lado, eu não sei se quero ser superprotetora**, uma mãe superprotetora e ficar em cima das minhas filhas 24 horas, porque eu fico mesmo eu acho que é por isso, cê sabe que eu to afastada, eu não to trabalhando, então é tudo eu, né. Medo, **eu me apeguei demais**, claro é filho, mas eu me apeguei demais, **medo de acontecer alguma coisa**..
>
> Fono: **Agora** que você está parando para pensar?
>
> Mãe: **Agora** eu já reparei, **eu comecei a prestar atenção** ....agora mesmo eu saí, elas ficaram em prantos, as duas.... Elas não admitem se eu entro pra ir no banheiro elas tem que tá junto, sabe..., **eu não sei se sou só eu que quero ficar do lado delas o tempo todo, ou se elas também** porque...

O discurso da fonoaudióloga insiste com a noção de risco a partir da invocação do tempo cronológico, no entanto, os dizeres da mãe rompem com o sentido e desviam a rota do significado que comparece como para “além” do tempo cronológico.

A noção de risco que aparece no discurso da mãe não coincide com a noção do discurso médico que fala de um raciocínio lógico e coerente. Há um rompimento da reprodução do sentido de risco do saber médico, já que a mãe passa a falar de um risco “outro”, que faz sentido apenas a partir da singularidade do sujeito.

> Fono: Parece que são vocês três.
>
> Mãe: É, porque nossa vida é essa né, as três juntas pra tudo.
>
> Fono: Como é que você, como é que é o nome do seu marido?
>
> Mãe: M.
>
> Fono: Como é que é vocês e o M.?
>
> Mãe: **O M. é mais ausente**, sabe, Ana, ele trabalha o dia inteiro, chega tarde, chega tarde do serviço sobe pro quartinho dele pra passar os pedidos, fica naquele computador, não é assim, eu esperava, porque ele, ele foi criado pela mãe, o pai abandonou muito cedo, só que não é, ele é carinhoso tudo, mas do jeito dele sabe.... às vezes eu acho que é um pouco isso que eu tento ser mãe e pai, brinca com as meninas tudo sim, mas não me ajuda com nada sabe....
>
> Fono: O que você imaginava?
>
> Mãe: Ele sempre falou que ele queria ser o pai que ele não teve, **pai dele abandonou, abandonou ele muito cedo, né, então eu pensava que fosse se diferente. Que ele fosse ser um pouco mais carinhoso dá mais atenção pras meninas**..... vai trabalhar mas eu acho que não custa ele chegar e sabe, pegar no colo, fazer um agrado..... elas começam chorar, eu falo “o papai vai trabalhar” elas param. Então eu acho que ele tinha que ser um pouquinho mais, ta um pouquinho mais presente.
>
> Fono: Você sente-se sozinha com elas pela falta do M.?
>
> Mãe: Claro que eu sinto, Ana, eu sinto sim, eu andei indo no médico segunda-feira e **eu to assim,** qualquer coisinha eu começo a chorar, muito emotiva, **eu não era assim, nunca fui** e ele me aconselhou a procurar uma psicóloga, eu não to louca. Não é louca, é pra poder dividir os problemas, falei não tem problemas, ele falou tem sim isso aí é um circulo vicioso, é **só você, você, você, você e seus pais colaboram, aí é você, você, você e isso é perigoso.**
>
> Fono: L., eu não sei se é porque nós nunca conversamos sobre você, é sempre as meninas, mas não sei se uma impressão, é **agora** que você está sobrecarregada, ou **você sempre esteve assim** e foi eu que não percebi?
>
> Mãe: Não, não, **nunca tive assim,** parece que eu não sei te dizer ao certo quanto tempo, mais **agora ta pior**, eu to pior eu me sinto mal, Ana Lúcia.

Observa-se que há um outro desvio que emerge na entrevista, que fala não só a partir da noção de “risco”, mas também implica “outros” sentidos que fazem parte da história. Não somente o que envolve o nascimento prematuro, mas também há outras “vozes” que fazem presença no discurso.

> Fono: E quando acontece alguma coisa com elas do tipo bater a cabeça, você fica louca, então?
>
> Mãe: Esses dias faz uns dois meses, a I. caiu de casa, assim dois degraus, assim da escada, e eu moro numa esquina e a minha mãe mora na outra, na hora a menina ficou branca, eu cheguei eu levantei ela do chão e ela chegou a fazer coco na minha mão, no meu colo ali, eu só dei um grito da minha casa na casa da minha mãe..., depois que eu tava no hospital é que eu fui ligar pra ele (marido), pra avisa.
>
> Fono: Você tenta se controlar?
>
> Mãe: Mais não dá a hora que eu vejo já foi...
>
> Fono: Tenta?
>
> Mãe: Tento, o próprio M. esses dias a gente tava discutindo e ele falou, você tá bitolada na casa, nas crianças, você tem que cuidar de você, tem que viajar, distrair um pouco, ce não vive, ce ta vegetando, falou assim pra mim, sabe. Ele falou, to indo viajar hoje, eu falei não, não vou, era pra mim ir junto, eu não vou elas tão resfriadas, eu falei, imagina que eu vou viajar ficar uma semana longe das minhas filhas. **Eu não consigo sair, ficar muito tempo longe**.
>
> Fono: As meninas estão com quanto tempo agora?
>
> Mãe: Um ano e dez.
>
> Fono: E elas estão espertonas né, L.?
>
> Mãe: **Graças a Deus falam de tudo, mexem em tudo, trepam em tudo, corre, são muito espertas**.
>
> Fono: Elas falam tudo?
>
> Mãe: De tudo, Ana, tem coisa assim que não dá pra você entender, porque elas ouvem você falar e já repetem, então você deduz que elas estão repetindo o que você disse, mas pega o telefone conversa sabe, vou ligar pra titia, vou ligar pra vovó, falam de tudo.

Apesar do discurso da mãe atestar o adequado desenvolvimento das crianças, e neste sentido, não há então com que se preocupar. Os dizeres da mãe indiciam ainda a presença do risco iminente.

Nesse sentido, podemos inferir que no discurso da mãe há um outro sentido de "risco", que aponta para a singularidade do sentido, ou seja, estamos face à imprevisibilidade da relação do sujeito com o sentido.

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

> Fono: 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, é tudo muito trabalhado, tudo muito difícil, e **com 7 meses as crianças já nasceram,** de repente rompeu a bolsa, e **foi tudo uma correria.** Então, **no começo não foi fácil** realmente, eu não tenho mãe, não tenho sogra, é só eu e meu marido, e a gente trabalha bastante. **Mas depois** que você vê as crianças, quer dizer, você fala, bom, já que Deus deu este dom vamos trabalhar, vamos arregaçar as mangas, porque a responsabilidade é nossa mais do que nunca. 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,** e a gente recebeu muita força, muito otimismo, mensagem, digamos assim mais pensamento positivo, assim pra poder levar em frente. **Essa vida que vai ser mais puxada um pouquinho.**

O discurso da fonoaudióloga configura-se pela seqüência temporal e pela noção de risco que envolve a experiência da maternidade de A.C.

O discurso da mãe também se configura pela seqüência temporal, remetendo-se a um "já dito". O já dito implicado na noção de risco presente na medicina, sobre a necessidade de maiores "cuidados" com crianças nascidas prematuramente. O discurso da medicina apóia-se no despreparo anátomo-fisiológico das crianças nascidas antes do tempo e, por isso, as chances de maiores complicações para a criança.

Nos dizeres da mãe há um deslizamento do sentido de risco, pois o fato dos filhos serem gemelares intensifica a possibilidade de "risco".

> Fono: 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**.
>
> Fono: Mais o que?
>
> 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.** Uma vez eu ouvi dizer, que não importa a **quantidade**, importa a **qualidade do amor, do carinho** que você transmite. 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. **Que hoje em dia** vê tão pouco..., sempre que dá uma brecha eu to chorando. A gente dá graças porque eles são grandes, se vê assim, mas as crianças se vê, **elas são muito saudáveis**. O pessoal fala, eles **são gêmeos, são de 7 meses, é incrível**, eles são tão diferentes um do outro, e se fica admirado de vê. A impressão, **a lembrança que a gente tem deles na neonatal, na incubadora, nossa se vê as fotos, 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.

Observe-se que a questão do "risco" presente no discurso da medicina está presente no discurso da mãe, quando diz "são gêmeos, são de 7 meses", "a lembrança que a gente tem deles na neonatal", no entanto, também aparece a contradição que não coincide com o que a clínica médica previu sobre a qualidade de vida das crianças nascidas prematuramente, já que o discurso da mãe atesta a saúde e o bom desenvolvimento das crianças.

Um outro ponto a ser levado em conta no texto é o desvio do sentido de "risco" do saber médico materializado nos dizeres da mãe. Pois no discurso há um rompimento dessa noção, que está além do sentido previsto. Observem-se os fragmentos:"dá a impressão que a gente sempre podia estar fazendo mais"**,** "se fica com a preocupação de ficar pouco com eles pra poder dar o melhor pra eles". Parece que há um outro "risco" que escapa ao sentido dado pelo discurso médico, esse outro é da ordem da singularidade, e não coincide com o "já dito" do saber da medicina.

> Fono: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 olhinho 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,** parece que a gente não vê os filhos crescerem, você vê sapato que não serve, você vê roupa saindo da gaveta, mas se não percebe **o quanto que as crianças crescem,**

> **desenvolvem, cada dia fala uma coisa diferente**, puxa vida como é que ta falando uma coisa dessas, como que está pensando uma coisa dessa. E o **tempo passa** e a gente não vê, você fica tão preocupada em dá o bom e de melhor pra eles, se não vê, se não percebe a criança cresce.

Observa-se que o discurso da fonoaudióloga e o da mãe materializam-se na noção de risco advinda da medicina. Entretanto, a contradição sobre a previsão da noção de risco do saber médico faz presença, pois aparecem, nos dizeres da mãe, proposições que indicam o adequado desenvolvimento das crianças.

> Fono: O que você queria ver?
>
> Mãe: Não sei, **o dia deles**, eu queria **vê com outros olhos**, eles crescendo, não assim só vê quando está dormindo, só sabe, só vê quando está grande eu queria assim, isso eu que ensinei, é e sempre na creche, dá impressão que a creche faz tudo, e a gente faz muito pouco. Mais é uma coisa que é necessidade pro desenvolvimento deles, foi ótimo ir para creche, agora eles tão no jardim, faz trabalho, faz massinha, faz colagem, **cada dia** é uma novidade, **cada dia** é uma coisa diferente. **Eles** mesmo fazendo, **se desenvolvendo, é o progresso é o crescimento.**

No discurso da mãe aparece a noção de temporalidade que rompe a noção de tempo cronológico com a qual a clínica médica lida. É um outro “tempo” que se materializa nos dizeres da mãe, este é da ordem da singularidade entre a relação do sujeito com o sentido.

> Fono: O G., você sente a mesma coisa que com a A.L. e o R.?
>
> Mãe: Não sei se **eu era mais alheia a tudo**, isso quando o G. nasceu, porque eu tinha uma sogra, ela já é falecida... ele ficava com ela..., e eu sempre trabalhando, então parecia que eu ficava meia alheia a isso...., e **não percebia tanto**. Não sei se o choque de ter gêmeos causou alguma coisa assim, que **eu fiquei mais preocupada, mais balançada, mais apavorada digamos assim.**
>
> Fono: A preocupação é com o quê?
>
> Mãe: **Com o futuro** em relação **à inteligência, ao tipo de vida** que eles podem ter...., no que eu trabalho eu não tenho muito de melhora, de ganhar mais, dinheiro não cai do céu, herança não vou receber de ninguém, ganhar na loteria não vou ganhar...., então é o que eu trabalho agora, **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...

O risco aparece novamente no discurso da mãe, no entanto, essa noção não coincide com a noção do saber médico que lida com um todo coerente e lógico. O que se repete no texto é a questão do "futuro" das crianças, os dizeres da mãe materializam a iminência de um "outro" risco, porém como foi dito anteriormente, este é da ordem da singularidade.

> Fono: 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.** Porque aqui no hospital é um acompanhamento tão intenso..., parece que não vai acontece nada..., depois chega em casa e tanta coisa, não sabe o que está se passando com a criança, você não tem aquela experiência de bebê prematuro, um fala uma coisa, outro fala outra, você nunca sabe o caminho certo, o certo que você tem que fazer. **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 arroto pode morrer, porque é muito sensível , muito volúvel**. A parte pior **a parte crítica já tinha passado**.

Observe que a temporalidade que se materializa no discurso da mãe não está ligada somente ao tempo cronológico que envolve o desenvolvimento e a melhora da criança. Há também, uma outra temporalidade, o tempo pulsional passa a operar a favor das crianças, no sentido de que a mãe possa "olhar" para os filhos considerando-os como "alguém" com potencialidades, ou seja, como sujeitos.

> Fono: Depois dessa fase crítica, você não teve mais dúvidas quanto à fragilidade e quanto ao desenvolvimento deles?
>
> Mãe: Acho que não, **eu tinha assim uma preocupação com o R.**, quando ele fazia acompanhamento com você e dra M., ela achava a cabeça dele muito grande, que podia ter alguma doença, alguma coisa. Aí foi feito uma tomografia computadorizada e deu que ele tinha uma pequena lesão frontal, e que isso você mesmo falou, pra estimular pra fazer exercício, força ele se esforçar pra pensar, pra brincar essas coisas...., ela era mais quietinha, mas se via que não tinha nada de errado com ela, ela só era miudinha, quietinha até por ser menina. **E aí isso foi mudando, ele é super esperto, pula se machuca, machuca canela, quebrou o braço,** então a preocupação que a gente tem é de não se machucarem, normal,.....coisas de mãe mesmo que fala assim, mas fora isso, eles dão de dez a zero na gente....
>
> Fono: Quantos anos eles têm ?

> Mãe: 4 anos e 6 meses, **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, quer dizer tão importante, 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.**

Neste recorte os dizeres da mãe materializam a constituição de seus filhos enquanto sujeitos, apostando nas crianças como autores de suas produções e sustentando, pelo discurso, a potencialidade dos filhos.

A noção de risco que aparece no discurso da mãe é advinda da clínica médica que se apóia na noção de causalidade e lineariedade sobre os possíveis problemas de desenvolvimento. No entanto, aparece a contradição entre o previsto pelo saber médico e o atual desenvolvimento dos filhos.

2.3 Discussão dos Achados

Considerando que a Análise de Discurso de linha francesa, abordagem teórica-metodológica do trabalho, contempla o texto como materialização dos gestos de interpretação do sujeito, investimos na entrevista enquanto unidade de análise do discurso. Nos detivemos no discurso das mães de bebês prematuros como lugar de significação, lugar esse em que o sujeito se encontra submisso, assujeitado à palavra.

Nesse contexto de pesquisa, a entrevista foi o exemplar na materialização dos gestos de interpretação, pela qual trouxemos à cena mães de bebês prematuros em dialogia com a fonoaudióloga, a fim de observarmos a constituição dos sentidos da noção "risco" neste contexto. A noção de interpretação sustentou o exercício de análise das entrevistas em que a escuta foi privilegiada, pois aqui os sentidos não são tomados como transparentes.

A interpretação das entrevistas implicou não só “dizer” o que “está dito”, mas também “dizer” o que “não foi dito”. O que esteve em cena foram as regras de projeção que se constituem nas relações entre as situações concretas e as representações (posições) das mães de bebês prematuros e da fonoaudióloga, que são as formações imaginárias. Formações essas compreendidas como espaço de representações sociais, nomeadas pela Análise de Discurso como relações de força do discurso.

A análise das entrevistas permitiu-nos observar a ocorrência de um discurso colado ao da medicina no que se refere à noção de “risco” que envolve o nascimento prematuro. Na perspectiva discursiva, a fonoaudióloga está a serviço do discurso médico, pois ela fala do lugar dos integrantes da instituição hospitalar à qual pertence e que se encontra, também, sob o domínio do discurso da medicina.

Quanto ao discurso das mães, podemos vislumbrar o processo de instauração de sentidos como tendo suas especificidades a partir do discurso médico, ao qual foi submetida no momento em que se tornou mãe de um bebê prematuro. O seu dizer está intimamente relacionado aos modos e efeitos das formações imaginárias que se fixaram a partir da relação com a exterioridade.

Entretanto, há um “outro” sentido da noção de risco que esteve presente no discurso das mães que é da ordem do imponderável, e por isso rompe com o sentido de risco cristalizado, deslocando-se para um sentido que lhe é peculiar, que lhe é singular.

Um outro aspecto dado a ver nas análises dos discursos das mães foi a noção de temporalidade presente nos seus dizeres. Podemos ver, de um lado, a materialização de um tempo que coincide com o tempo cronológico que está implicado no nascimento prematuro, que por sua vez, está relacionado com a maturação do corpo biológico, e que o passar do tempo tem efeitos nele. No entanto, temos nos dizeres da mãe um sentido do significante “tempo” que não coincide com o sentido do tempo cronológico.

Consideramos que esse “outro” sentido implicado na noção de risco e da noção de temporalidade implicado nos discursos das mães, remete-se à instância relacionada à singularidade. Marca de modo peculiar cada sujeito e, nesse sentido traz à cena a imprevisibilidade da relação do sujeito com o sentido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É urgente que se estabeleça a ressignificação da noção de “risco” que atravessa a clínica fonoaudiológica dirigida a bebês prematuros. O ponto de partida seria desterritorializar o discurso da medicina, destituindo a sua inscrição da noção de “risco” na clínica fonoaudiológica. Isso porque a essa noção a experiência fonoaudiológica, aqui tematizada, concedeu papel fundante em sua prática clínica.

O que é preciso distinguir é a diferença entre o objeto de estudo da Medicina e o objeto de estudo da Fonoaudiologia.

O modelo médico assujeita o seu saber na/à “ordem” à qual está submetida sua clínica. É pelo discurso da medicina que o médico entra e expõe previamente o presente, o passado e o futuro de seus doentes. O primeiro momento da clínica médica consiste na nomeação da doença, quando o doente é convidado a se desprender de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre, para ser interpretado em função dessa doença pelo discurso médico. O doente será diagnosticado, e o médico, como afirma ter o domínio sobre sua doença, poderá anunciar o futuro desse homem, ou seja, fará o seu prognóstico.

Como diz Clavreul (1978), é a objetividade científica do médico que define o indivíduo como normal ou anormal, e impõe uma opção que irá assegurar a sua sobrevivência em função dos critérios que a constituem. A posição do médico é recolocar a normalidade, e sanar o que a patologia constituiu como aberração. E será, a partir da ordem estabelecida pela medicina, que o médico trará à prática os conhecimentos científicos para o tratamento dos bebês prematuros.

O saber médico é um saber sobre a doença do homem, não sobre o homem com sujeito. Esse homem interessa à Medicina enquanto “terreno” onde a doença evolui ou lugar onde o objeto de estudo subsiste. (Clavreul,1978). Nesse sentido é compreensível, que para constituir a doença como objeto de estudo, a clínica médica tenha precisado constituí-la como um ser reconhecível em suas manifestações, semelhantes de um doente a outro. Considerando a doença como entidade, o médico exclui o que não tem coerência com a lógica designada pela ordem médica, sendo assim o discurso médico elimina qualquer outro discurso, incluindo o discurso do próprio paciente, já que não possui elementos que possam ter interesse ao seu objeto, a doença. Esses elementos considerados como estranhos ao discurso médico, ou seja, da ordem da subjetividade, são inarticuláveis em seu sistema conceitual, e não podem resultar em nenhuma prática que seja médica.

É nesse sentido que acredito que a adoção do discurso médico não faz sentido na clínica fonoaudiológica. A linguagem, perspectiva fundante deste trabalho, não reconhece a objetividade científica presente na noção de risco apregoada pela clínica médica, dado que se constitui enquanto funcionamento simbólico. O funcionamento simbólico da linguagem não pode ser apreendido a partir da noção de causa e efeito, há o imponderável que circula pela linguagem que é impossível de ser predito.

É inegável que a intervenção com bebês é importante para a detecção dos primeiros sinais que apontam riscos quanto ao seu desenvolvimento global. Tal iniciativa contribui para a mudança na qualidade do desenvolvimento da criança, propiciando condições para a sua constituição saudável.

Afirmamos então, quando nos referimos aos bebês prematuros, que a intervenção com o bebê e com a família é função da clínica fonoaudiológica. No entanto, acredito que os princípios que direcionarão a clínica fonoaudiológica de intervenção precoce requerem

ressignificação de sentidos que fundamentem tal proposta de acompanhamento. Afastando-se da relação na qual a criança nascida prematuramente remete a um significado único e generalizável, seguindo as palavras de Quinet (2000), a um universal do qual se teria sua fórmula – sua fórmula de real, já que a linguagem resiste à previsibilidade e/ou a ser apreendida por meio de padronizações.

A entrevista com as mães também nos deu subsídios teóricos para afirmar que a relação na qual a mãe do bebê prematuro estabelece com o sentido "risco" não se remete ao já- dito. Pois dos seus dizeres emergiram também o "não previsto", destituindo assim a noção de causalidade entre a influência linear entre o já-dito e a construção do sentido pelo sujeito. Há o imprevisível que paira sobre a relação entre a linguagem e o sujeito.

Caminhando ainda nesta discussão, acredito que a Psicanálise, por ser uma disciplina que rompe com a estatística e, portanto, com a previsibilidade, possa ser alçada pela Fonoaudiologia como sustentação teórica. Na psicanálise, nenhum caso é igual ao outro (Quinet op.cit), o que justifica a afirmação de Freud de que em cada análise toda a psicanálise deva ser refeita.

O trabalho com bebês estrutura-se por muitas peculiaridades que são fundamentais à clínica, tendo como cerne a condição de sujeição do recém nascido. Já que o bebê é totalmente dependente do outro física e psiquicamente, o devir do sujeito dependerá de sua inscrição a partir da suposição que dele faz o Outro encarnado.

O conceito de Outro é introduzido por Lacan, para definir aquilo que é anterior ao sujeito e o determina em sua constituição, a saber, a linguagem. Entretanto, define-se que a constituição, tanto psíquica quanto de desenvolvimento global, não é efeito somente dos estímulos sensoriais, mas sim, da sujeição do bebê ao crivo simbólico, à rede de significante do Outro.

O Outro encarnado, como situa Lacan, é o agente materno, que exerce sobre o bebê marcas simbólicas que sustentarão o seu devir como sujeito. E é nesse sentido que a estimulação, a intervenção não estão destinadas a incitar, mas a escrever e produzir marcas, deixando inscrito um estilo.

> "Um bebê, antes de mais nada, é falado, diz-se dele 'este é o João', 'esta é Maria', que faz parte de uma família e , por isso leva um sobrenome. Ele é bebê de e para alguém, um Outro não anônimo que efetua em relação ao bebê uma operação de reconhecimento que permite a inscrição – de um traço unário – que situa o bebê na filiação, na história parental, numa série desde a qual passa a ser contado. Este traço inaugural, ao inscrever o nome, permite ao bebê ter desde onde tecer o seu próprio conto, sua própria vida, ou seja, ter desde onde situar-se para estender a série simbólica de tudo aquilo que poderá vir a ser a partir do que, para o Outro ele já é" (Jerusalinsky, 2002).

É nesse sentido que o agente materno sustentará, desde muito cedo, as reações reflexas do recém nascido como demanda de algo em particular, ou seja, estabelecendo redes de sentido ao bebê. A antecipação imaginária se constitui no "destempo", na antecipação do Outro encarnado sobre o bebê, o que supõe um potencial que ele ainda não tem condições de realizar. No entanto, é a antecipação imaginária exercida pela mãe, no que se refere às produções do bebê, que o implicará como sujeito capaz das realizações.

> "O olhar e a palavra do Outro antecipam para o bebê uma imagem unificada do corpo, em um tempo em que um bebê ainda não tem efetivo domínio de suas realizações. Introduz-se por meio de tal antecipação imaginária uma tensão entre o que o bebê é e o que ele deveria tornar-se. A antecipação imaginária de um corpo, de um Eu do bebê, dá lugar à antecipação funcional pela qual os pais, ao

> antecipar realizações do bebê, introduzem ofertas e demandas propiciadoras de tais realizações" (Jerusalinsky, 2002).

Acredito que não há como ignorar a importância do conhecimento sobre o que se convencionou chamar de escalas de desenvolvimento, que resultam da normatização de produções da criança, esperadas pelos ideais sociais.

A normatização da escala do desenvolvimento diz respeito à maturação neurológica, a partir da qual se estabelecem os limites, ou seja, a idade esperada para as produções dos bebês. Nesse sentido, o "registro real do tempo" precisa ser considerado. Entretanto, sugiro o abandono do seguimento rígido dos esquemas evolutivos, que estabelecem uma linha estritamente temporal do desenvolvimento, pelo cruzamento entre idade e o advento da realização da produção do bebê.

Nesse contexto, cito Jerusalinsk (2002) que situa a temporalidade na clínica de bebês, mencionando a conceituação de registros outros, não somente o cronológico, quais produzem efeitos no desenvolvimento da criança.

A autora explica que o tempo real define-se como o tempo que se esvai, sem que possamos fazer nada para bloqueá-lo; é o tempo cronológico ao qual o nosso organismo está submetido e que tem efeitos sobre ele à medida que passa. A regularidade com que determinadas aquisições ocorrem em nosso organismo, em torno de um determinado tempo, indica processos de maturação neurofisiológica que se impõem ao corpo. No entanto, há variações de bebê para bebê, em relação ao momento em que determinadas aquisições se produzem e que dependem das demandas parental e cultural que incidem no organismo produzindo, efeitos no processo maturacional.

Um outro registro de temporalidade que, segundo a autora, é preciso ser considerado na clínica de bebês, é o da temporalidade imaginária. É a partir da

normatização cronológica do desenvolvimento que tal processo será possível, já que as antecipações imaginárias da produção do bebê a cada idade produzirão efeitos nesse bebê que deverá responder segundo uma imagem que se espera dele em determinado tempo cronológico.

Há um terceiro registro do tempo implicado nas aquisições das crianças e na sua constituição psíquica, trata-se da temporalidade simbólica. A constituição do sujeito implica um tempo lógico. A Psicanálise afirma que a emergência do sujeito está ligada à ordem da linguagem. É preciso um Outro encarnado que sustente, em relação ao bebê, a temporalidade do desejo; o bebê precisa que seus pais o situem nos ideais que vigoram em nossa cultura, para que se constitua nele uma referência, um "ideal-do-eu". Segundo Jerusalinsk (2002:80), "a infância transcorre entre a insuficiência das condições reais do bebê e o que já aparece para ele antecipado com potência a partir da estrutura, sem que tenha condições simbólicas e reais de realizar".

Saliento que me apoio na leitura teórica da Psicanálise, porque esta é uma disciplina que inclui o sujeito na clínica. Acompanhando as palavras de Quinet, a clínica psicanalítica aborda o sintoma pela verdade do sujeito, ou seja, é pela subjetivação da verdade que se situa a ética dessa disciplina. Nesse sentido, este trabalho leva em conta que a clínica Psicanalítica e a clínica Fonoaudiológica possuem objetos diferentes de estudo, e, portanto, a aproximação da Psicanálise implica permitir a entrada da subjetividade na clínica Fonoaudiológica.

Acredito que o reconhecimento, neste trabalho, no que tange à presença da resistência em catalogar e/ou mesmo prever o futuro da linguagem da criança, acaba por ocasionar uma ruptura conceitual. E, portanto, há necessidade de um compromisso teórico outro que possa dar conta das questões produzidas no interior da prática clínica. E é nesse sentido que penso que a inclusão do sujeito na clínica fonoaudiológica trará à

cena a ressignificação da noção de risco presente no discurso do fonoaudiólogo, e conseqüentemente, um outro direcionamento da atuação profissional.

Nessa perspectiva, a justificativa para o acompanhamento fonoaudiológico, as avaliações, e, sobretudo, o “olhar” e o “lugar” do fonoaudiólogo na clínica sofrerão um desvio. Já que, em lugar de preenchermos a clínica com “verdades” pré-determinadas, enfrentaremos a diversidade de cada sujeito, e como terapeutas, preocupados com a as questões da linguagem, operaremos a partir do simbolismo que diz da singularidade que marca cada caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Althusser, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de estado**, São Paulo: Martins Fontes; 1974.

Basseto, M.C.A., Azevedo, M.F., Chiari, B.M. Crianças nascidas pré-termo e de baixo peso: Estudo de aspectos auditivos e lingüìsticos. **Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica**, São Paulo: Lovise; 1998. , p. 311-327.

Brazelton, T.B. Behaviorial assesment of the premature infant: Uses in intervention. In birth interaction and attachment, **Pediatric Roudtabel**; 1982. 6: 85-92.

Brazelton, T. B. **O desenvolvimento do apego uma família em formação**, Porto Alegre: Artes médicas; 1987.

Brazelton, T. B., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R. e Soulé, M. **A Dinâmica do bebê**, Porto Alegre: Artes médicas;1987.

Brazelton, T. B. **O que todo bebê sabe**, São Paulo: Martins Fontes; 1992.

Brock, R. Distúrbios respiratórios em recém nascidos**. Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica**, São Paulo: Lovise; 1998. p. 119-126,

Bruner, J.S. From communication to language a psycological perspective. in Marková, I. Ed. **The social context of language**. New York, Wiley, 1978.

Cardinalli, A.R.I. & Xavier, C. Aspectos da linguagem em crianças com história de prematuridade. **Temas sobre o desenvolvimento**; 1995. v.4 n.22, jan./fev

Clavrel, J. **A ordem médica- poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense; 1893.

Costa, S.A.; Gentile, C.; Pinto, A.L.G.; Perissinoto, J.; Pedrômonico, M.R.M.; Azevedo, M.F. Roteiro de diagnóstico e acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 36 meses de idade. **Pró-Fono Revista de atualização científica**. São Paulo; 1992. 4(2): 9-15,

Fonseca, S. C. Lesão x sintoma: Uma questão de causalidade. **D.E.L.T.A.**, São Paulo: EDUC; 1998. Vol.14, n. 2, p. 455-466.

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

Jerusalinsky, J. **Enquanto o futuro não vem- a psicanálise na clínica indisciplinar com bebês**. Salvador: Agalma; 2002.

Lier-De Vitto, M.F. **Os monólogos da criança: delírios da língua**. São Paulo: EDUC; 1998.

Lima, M.C.M.P. **Avaliação de fala de lactentes no período pré-lingüístico: uma proposta para triagem de problemas auditivos** tese. Campinas: UNICAMP; 1997.

Orlandi, E.P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. São Paulo: Pontes; 1987.

Orlandi, E.P., **Discurso e leitura**. São Paulo: Cortez/Editora da Unicamp; 1988.

Orlandi, E.P., Guimarães, E., Taralo, F., **Vozes e contrastes: discurso na cidade e no campo**, São Paulo: Cortez/Editora da Unicamp; 1989.

Orlandi, E.P. **Terra à vista**, São Paulo: Cortez/Editora da Unicamp; 1990.

Olandi, E.P. **Discurso fundador**, Campinas: Pontes; 1993.

Orlandi, E.P. **Interpretação**, Rio de Janeiro: Vozes; 1996.

Orlandi, E. P. **Análise de discurso**. São Paulo: Pontes; 2001.

Pereira, M.R.; Perissinoto, J. Chiari, B.M. Bebê pré-termo: algumas Considerações sobre o Desenvolvimento da Linguagem a partir da Observação Fonoaudiológica. **Pró-fono revista de atualização científica.** São Paulo; 1993. 5(2): 29-32,

Piaget, J. **A Formação do símbolo na Criança**, Rio de Janeiro: Zahar; 1975.

Piaget, J. **O Nascimento da Inteligência na Criança**, Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Pinto, E.B., Vilanova, L.C.P., Vieira, R.M. **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; 1997.

Quinet, A. **A descoberta do inconsciente- do desejo ao sintoma**. Jorge Rio de Janeiro:

Zahar; 2000.

Salfatis e Palladino. Interpretação: o escutar para além da palavra e do silêncio. **A Clínica Fonoaudiológica em Questão**, São Paulo: Plexus; 2001. p. 31-49.

Vaz, F.A.C. Perinatologia e neonatologia: conceitos e princípios gerais. **Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco**. São Paulo: Lovise; 1996.

Vorcaro, A. **A criança na clínica psicanalítica.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1997.

Xavier, C. Atuação fonoaudiológica em berçário: aspectos teóricos e práticos da relação mãe-bebê. **Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco**. São Paulo: Lovise; 1996 p. 99-127.

Xavier, C. Trabalho fonoaudiológico em berçário. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca; 1997, p. 1001-1021.

Xavier, C. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. **Neonatologia Um Convite à Atuação Fonoaudiológica.** São Paulo: Lovise; 1998. p. 255-275.

Zorzi, J.L. **Aquisição da linguagem infantil desenvolvimento, alterações, terapia.** São Paulo: Pancast; 1993