



COMUNICAÇÕES

***A INTERVENÇÃO DO ESPECIALISTA NA RELAÇÃO  
DE UMA CRIANÇA NÃO FALANTE COM SUA MÃE  
EM TEMPOS DE CONSTITUIÇÃO\****

*Eloisa Tavares de Lacerda\*\**

O trabalho relacionado aos problemas com as funções alimentares e de fala dos bebês e das crianças muito pequenas pode ser considerado uma categoria das mais perturbadoras da clínica fonoaudiológica. Isto porque essa atuação traz um *quantum* de incômodo para o terapeuta, muitas vezes difícil de ser suportado devido a suas implicações. Por um lado, a especificidade técnica do fonoaudiólogo visa instrumentalizar funções do organismo neonato – e esse real do corpo está implicado tanto na possibilidade de se alimentar como de falar. Por outro

---

\* Este trabalho foi elaborado como parte das atividades do GT – SSMO e apresentado no Congresso Internacional de Psicanálise com o Bebê – Curitiba (2001). Por ser um tema atualmente pesquisado na Dercic – PUC-SP, tive a oportunidade de discuti-lo, durante sua elaboração, com a psicanalista Ângela Vorcaro, que integra a equipe de psicanalistas dessa mesma instituição e vem se dedicando à pesquisa da clínica com o bebê.

\*\* Fonoaudióloga clínica, especializada no Enfoque Bobath de tratamento neuro-evolutivo, professora assistente-mestre da PUC-SP, coordenadora do GT – SSMO da PUC-SP, consultora e Membro do Infans – Unidade de Atendimento ao Bebê, aluna regular do curso de Psicanálise do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

lado, os bebês ouvem e são falados por alguém – e, portanto, sua edificação como “ser” depende das modalidades pelas quais suas funções orgânicas são inscritas pela fala do outro, que diz esse ser de outro lugar. Nessa prática, portanto, o que faz questão é o limite da intervenção clínica junto aos cuidadores do bebê, e lidar com esse limite pode tornar essa prática muitas vezes insuportável para o fonoaudiólogo.

Uma das especificidades da clínica fonoaudiológica concentra-se no tratamento de bebês que apresentam alterações no seu sistema sensoriomotor oral. Entre essas alterações, podemos sublinhar a impossibilidade de mamar no seio ao nascimento (quando o bebê apresenta engasgos, refluxo e aspiração de micropartículas de alimentos); a permanência de padrões motores orais primitivos; a falta de coordenação entre as funções de sucção-deglutição-respiração (muito comum em bebês pré-termo); e até mesmo as alterações do tônus muscular global e/ou específico da região oral (muito comum nos bebês com síndrome de Down). É importante salientar que nem sempre essas alterações podem ser entendidas como consequência direta de alterações neurológicas; casos em que a atividade reflexa, uma vez que não se modifica nem se extingue, permanece sem adquirir os padrões esperados pela maturação.

São essas dificuldades – aparentemente limitadas à esfera das funções orgânicas – que justificam a intervenção de um especialista na vida desses bebês, de modo a permitir a própria sobrevivência da criança, posto que se relacionam diretamente à alimentação. Entretanto, qualquer intervenção clínica, nesse momento, pode apresentar diversas consequências: ela não se reduz ao seu aspecto aplicativo, mas é, propriamente, uma prática clínica.

“Interceptar” a mãe na alimentação de seu filho é incidir num campo que ultrapassa muito a esfera orgânica e a aplicação de uma técnica. “Interceptar” a mãe na linguagem própria que ela tem com seu bebê pode ser de uma violência extrema, dificilmente suportável para o fonoaudiólogo e para a dupla mãe-bebê. É por meio dos cuidados com seu bebê, especialmente na relação alimentar, que é construído o laço que vincula mãe e bebê, fundamental para os tempos de constituição, tanto da função materna quanto do sujeito, que ainda se encontra em constituição. Temos que considerar que é uma interceptação bastante violenta, pois é uma intervenção no nível pulsional. Explicando melhor, diria que essa

intervenção é muito delicada porque a presença desejante da mãe é fundamental – além do ato de alimentar biologicamente um bebê, ela alimenta o filho. A mãe responde por uma função simbólica, antecipando um sujeito naquilo que é, ainda, uma presença real. O problema é que o manejo da interferência nessa relação exige, do fonoaudiólogo, um cuidado com o não “inter-romper” esse laço.

Intervir, como especialista, nesse laço é, em primeiro lugar, pressupor uma impossibilidade de a mãe, com sua singularidade e com seus próprios recursos, saber/poder cuidar de seu bebê. O fonoaudiólogo deve estar atento a sua prática clínica com essas crianças tão pequenas, para que o gesto que faz valer a técnica necessária ao desenvolvimento da criança não seja o mesmo que simultaneamente desautorize a mãe, muitas vezes no primeiro exercício da função materna.

Acredito ainda que incidir nesses dois aspectos – dificuldade/impedimento na alimentação e ausência da função da fala – seja uma questão de sobrevivência para uma criança muito pequena. A primeira, obviamente, remete-nos à impossibilidade de alguém sobreviver sem conseguir comer; a segunda remete-nos também à sobrevivência, só que de uma outra ordem, remete-nos à impossibilidade de uma sobrevivência social. A bem dizer, não se trata de sobrevivência social somente, trata-se da sobrevivência do sujeito, pois, se houver sujeito constituído, ele é também social. Essa criança falada por um outro, na maioria das vezes pela mãe, fica colada a uma posição de não-existência (social) ou a uma existência tão desfavorecida que nem ela própria se reconhece como desejante. É óbvio que, nas duas questões de sobrevivência, o que está em jogo é se ali vai ser possível a constituição de um sujeito?! É todo um movimento pulsional que está em jogo – a criança come ou fala em resposta ao outro. Uma coisa está profundamente relacionada à outra, com uma única diferença: um movimento é o de “pôr pra dentro” – a alimentação – e outro é de “pôr pra fora” – a fala. Ambos têm um caráter simbólico muito forte, e o fonoaudiólogo não pode perder isso de vista no afã de exercer sua clínica.

Todas essas observações acerca das “sobrevivências” dos bebês obrigam o fonoaudiólogo a repensar a fonoaudiologia, que “separou” em especialidades ou em “escolas” distintas a linguagem e o sistema sensoriomotor oral. E essa visão dissociada do fazer clínico do fonoaudiólogo é algo mais freqüente do que eu gostaria que fosse. Acredito que o fonoaudiólogo só pode incidir nesse momento

da formação do laço primordial se ele puder pressupor que tem de garantir esse vínculo. Tem de poder abrir uma escuta para a mãe, para aquilo que ela pode imaginarizar/fantasiar de seu neném, tendo mesmo, muitas vezes, que emprestar palavras ou suas fantasias para engajar a mãe. Tudo o que se diz do bebê e ao bebê – as falas que respondem a seus gritos e balbucios tomados já como pedidos, demandas – permitirá a entrada da criança no mundo de linguagem, na ordem do simbólico, o que permite que ela fale. Se o fonoaudiólogo entrar aí com um vínculo mais especial que o da mãe com o bebê, provavelmente impedirá que a mãe constitua esse bebê como próprio. Dependendo da “intensidade” com que o especialista investe nesse seu *savoir faire*, pode acabar produzindo na mãe a impressão de que a responsabilidade maior por aquele bebê, o bebê *dela* é do profissional. E isso vai desautorizar o laço *dela* com o filho.

Essa é uma clínica muito delicada já que, às vezes, o fonoaudiólogo terá que saber “perder”, bem no sentido de não poder usar todos os recursos técnicos que domina, em favor de privilegiar a possibilidade de fisgar essa mãe para que ela possa entrar como mãe em sua função materna, não se tornando, portanto, uma mera executora de técnicas. Acredito que o *x* da questão está aí – há os saberes que se sabem, o saber técnico fonoaudiológico, por exemplo, e um “saber materno” que a mãe desconhece, e que não pode ser suplantado por um saber técnico. Porque, embora a mãe não tenha um saber sobre o problema de seu filhinho, ela tem um “saber” fundamental que permite a ela escutar no grito, um pedido, ver intenções nos gestos de seu bebê. É preciso deixar a ela esse saber, pois, quando a mãe “cuida” de seu bebê utilizando uma técnica, ela não está olhando para ele como um filho, ela o coloca no anonimato. Para a maioria dos fonoaudiólogos que trabalham com crianças muito pequenas, é muito difícil reconhecer que a mãe é mãe justamente quando desconhece a “técnica” que utiliza. Ao longo dessa minha experiência clínica, percebi que esse reconhecimento beira o insuportável para muitos profissionais.

Acredito que a função do fonoaudiólogo é, muitas vezes, muito mais a de fazer a função de uma terceira pessoa, que incidirá um saber sobre o problema do bebê, e, ao mesmo tempo, sancionar e legitimar o saber da mãe. Saber esse que precisa ser interrogado, mais numa linha de construir junto com essa mãe, para que ela possa incidir sobre seu filho. Caberia, ainda, o cuidado de não

confundir essa especificidade clínica com algo da ordem de uma pedagogia que permitiria orientações à mãe. Interrogar deveria estar mais na linha, volto a insistir, de fazer vigorar esse laço da mãe com o bebê. Cabe lembrar a importância de que a mãe sempre pode duvidar do modo como ela mesma age e de como os outros agem com seu filho – é o que permite que ela não seja plena demais, permitindo assim que o filho encontre uma posição da qual possa perscrutar o mundo.

Na minha prática com esses “sobreviventes”, algo fica ainda mais difícil quando a mãe ou o cuidador, apesar de toda a sua queixa manifesta em relação às dificuldades da criança, tem como demanda (como algo latente no discurso da mãe) a expectativa de que essa criança não venha a se alimentar e, muito menos, a falar. Essa distância entre queixa e demanda está em jogo, muitas vezes, durante o processo fonoaudiológico. O difícil é saber se está em jogo pela própria estrutura da mãe – porque a criança que está ali já não é a que ela sonhou que teria e, portanto, ela não consegue investir – ou está em jogo como um efeito iatrogênico que a própria prática do especialista possibilita. Vale a pena uma atenção especial a esse jogo, porque é nele que pode estar sendo construído o laço da mãe com a criança.

É possível que a mãe tenha um desejo de morte dirigido ao filho ou, ainda, uma expectativa quase zero. Pode ser mesmo que ela assuma que não pode ter expectativa alguma, uma vez que seu filho está nas mãos de Deus, etc.; tudo isso pode estar em jogo para a mãe. Nesse caso, talvez o trabalho maior do especialista seja com ele mesmo, trabalho esse de poder suportar tamanha angústia, gerada pela impossibilidade da mãe. Quem sabe, interrogar essa mãe para saber em que medida poderia haver uma incidência fonoaudiológica que pudesse dar a essa impossibilidade um outro destino, ou seja, interrogar se o laço que está sendo estabelecido com a mãe permite que ela possa ir se abrindo para uma maior vinculação ou se fecha numa resistência mais cristalizada da parte dela.

Até aqui, vim apontando a direção da mãe. Gostaria, agora, de caminhar um pouco na direção da criança. Percebo que ela fica colada, na maioria das vezes, à necessidade de corresponder ao desejo materno e, conseqüentemente, fica impossibilitada, muitas vezes, de ir além dessa condição de morbidade que lhe é imposta. É preciso que o especialista esteja atento à criança, para poder perceber em que

momento ela já poderia sustentar o endereçamento de um trabalho fonoaudiológico e, portanto, possibilitar que ela saia desse lugar em que foi colocada pelo movimento pulsional materno.

É importante que se perceba a criança circulando na linguagem e constituindo-se em sua estruturação subjetiva, independente do fato de ela “poder falar ou não com a boca”. Independente de a criança já oralizar ou não, ela teria de ser reconhecida pelo fonoaudiólogo como um falante. Mas como fazer com que isso constitua uma questão dela para a mãe? Minha prática tem mostrado que a criança capta que essa linguagem na qual ela já circula em sua relação com o fonoaudiólogo pode ocorrer, mas a fala que demonstraria ao mundo que ela já circula na linguagem, essa não dá para ser, já que essa mostraria que ela está escorregando do desejo materno, e isso parece que ela não suporta demonstrar ainda... ou não pode! E tem que poder suportar isso o fonoaudiólogo, até que se possa legitimar essa criança, para que ela mesma possa responder por si, ou seja, falar por ela e não mais ser apenas falada por um outro.

Na clínica, apostar na criança em tratamento é constitutivo, já que, para se constituir sujeito, ela tem de ser antecipada como sujeito falante. E essa aposta tem que ser transmitida para a mãe, mesmo se aquilo que constitui o vínculo entre a criança e a mãe possa ser, muitas vezes, infelizmente, muito mais mórbido do que a incidência do fonoaudiólogo permitiria dissolver. Então, mesmo que se tente trabalhar só com a criança, muitas vezes, ela vai tentar de alguma maneira fazer “um” com a mãe. E vai tentar fazer essa unidade respondendo para a mãe, do lugar de onde a mãe está esperando, já que é isso que dá à criança algum lugar, mesmo que seja o lugar de não-falante, ficando impossibilitada de se mover para além desse lugar de morbidade que lhe é imposto. Nesse caso, é a própria resistência da mãe que vai ser transferida para a criança. Aqui não nos interessa que a criança venha a se constituir pela negação.

Ao final deste artigo, surgem questões importantes num fazer fonoaudiológico ético, já que percebo que estou trazendo, com o tratamento, uma perturbação a mais num laço em que o adulto está impossibilitado de imaginarizar/fantasiar que seu bebê será um sujeito. É importante que o fonoaudiólogo possa se colocar questões como: por que será que essa mãe não está podendo cuidar do seu bebê? Como agir para que esse cuidado possa se fazer a contento? É possível estabelecer alguns parâmetros? Qual o limite da intervenção do profissional quando não se consegue

encaminhar a mãe? Como dizer a ela que o fato de ela ver seu bebê dessa ou daquela forma produz certos efeitos nele, que, muitas vezes, podem colocar em risco a própria subjetividade [sobrevivência?] da criança? Como produzir nela uma demanda por outro tipo de tratamento em que ela possa elaborar suas questões? Sabemos que nem todas as mães serão capazes de suportar uma atuação dessas, já que muitas vezes elas partem do pressuposto de que o fonoaudiólogo tem uma incidência eminentemente técnica, e, diga-se de passagem, em sua maioria, é assim mesmo. Indo numa outra direção, será esse o espaço terapêutico que irá lidar com o que perturba essa mãe/adulto cuidador no laço com seu filho? Até que ponto o fonoaudiólogo pode ir no efeito perturbador que a criança faz sobre a mãe? Como construir na mãe ou como incidir de modo a constituir nela uma demanda que a faça procurar um analista, que possa dar conta de lidar com suas perturbações, que seriam, apesar de anteriores ao nascimento de seu bebê, atualizadas por ou com a chegada dele?

#### Referências

- BLEICHMAR, S. (1994). *A fundação do inconsciente – Destinos da pulsão, destinos do sujeito*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- JERUSALINSKY, A. (1989). *Psicanálise e desenvolvimento infantil – um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- LACERDA, E. T. (1998). *O longo alcance do trabalho com o sistema sensorio-motor oral – SSMO ou a fonoaudiologia atravessada pela psicanálise*. São Paulo, monografia apresentada como conclusão do curso Conflito e Sintoma I, do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.
- \_\_\_\_\_(1999). *Os vários tempos de uma prática clínica fonoaudiológica marcada pela psicanálise*. São Paulo, Monografia apresentada como conclusão do Curso Conflito e Sintoma II, do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.
- VORCARO, A. (1999). *Crianças na psicanálise – clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud.
- \_\_\_\_\_(no prelo). *O organismo e a linguagem maternante: hipótese de trabalho sobre as condições do advento da fala e seus sintomas*.