

# Internações hospitalares e cirurgias precoces, linguagem e psiquismo: estudo de dois casos\*\*\*

## Hospital internations and premature surgeries; language and psychism: a two case study

Malka Birkman\*  
Maria Claudia Cunha\*\*

\* Fonoaudióloga. Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Endereço para correspondência: R. Venâncio Aires, 641 - Apto. 124 - Torre 1 - São Paulo - SP - CEP 05024-030 (malkabirk@yahoo.com.br).

\*\* Fonoaudióloga. Professora Titular da Faculdade de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

\*\*\* Trabalho Realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Relato de Caso

Artigo Submetido a Avaliação por Pares

Conflito de Interesse: não

Recebido em 13.02.2005.  
Revisado em 12.05.2005; 25.10.2005;  
06.12.2005; 7.03.2006.  
Aceito para Publicação em 7.03.2006.

### Abstract

Background: mutual influences between body, psychism and language. Aim: the purpose of this work was to analyze the possible connections between hospital internations and surgeries, to which children were submitted at their earliest life years, as well as subsequent language and psychic adversities. Method: it is a qualitative/clinical research, of a descriptive/interpretative nature, carried out through the longitudinal analysis of two clinical case studies with small children of approximately three years of age, whose families had co-occurrent complaints: surgeries and premature hospital internations (as a consequence of organical diseases) and subsequent language disorders. Clinical material was analyzed under a theoretical perspective, articulating psychoanalytical and speech therapy theories, based on clinical practice. Results: in both cases, speech therapy symptoms decreased progressively as the organic disorders gained space during therapeutic dialogues (between speech therapist and patient), as well as in home-circle narratives. This promoted modifications/surpasses of the language symptoms presented by the patients. Conclusion: the organic birth of the studied children was not concomitant to their symbolic birth, thus creating a gap between them. This gap is derived from the lack of compatibility between the development of corporal scheme and subjective processes. The symbolic effects suffered by parents due to the birth of children who are radically divergent from what was expected was devastating, making it impossible for parents to conceive their babies symbolically. After the violent impact of disappointment, these children remained being interpreted by their parents. This created a disturbance in the functioning of language and in the psychism of these children. Thus, unconsciously, parents were only able to represent their children based on the place that was originally given to them: the place of disease.

**Key Words:** Clinical Method; Language Disorders; Language; Psychism.

### Resumo

Tema: influências recíprocas entre corpo, psiquismo e linguagem. Objetivo: este trabalho teve por objetivo estudar as possíveis relações entre internações hospitalares e cirurgias, sofridas por crianças nos seus primeiros anos de vida, e transtornos de linguagem e psíquico subsequentes. Método: trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa, de natureza descritivo/interpretativa, realizada através da análise longitudinal de dois estudos de casos clínicos de crianças pequenas, com aproximadamente três anos de idade, cujo discurso familiar apontava para queixas co-ocorrentes: cirurgias e internações hospitalares precoces (em função de desordens orgânicas) e transtornos de linguagem subsequentes. O material clínico foi analisado numa perspectiva teórica que articula teorias fonoaudiológica e psicanalítica, a partir da prática clínico-terapêutica fonoaudiológica. Resultados: em ambos os casos, os sintomas fonoaudiológicos reduziram-se progressivamente, na medida em que, os transtornos orgânicos ganharam circulação discursiva tanto no diálogo terapêutico (entre fonoaudióloga e paciente), quanto nas narrativas familiares, o que promoveu modificações/superações dos sintomas de linguagem manifestos pelos pacientes. Conclusão: o nascimento orgânico das crianças estudadas não foi concomitante ao nascimento simbólico formando-se, entre ambos, um hiato derivado da falta de compatibilidade entre o amadurecimento do esquema corporal e dos processos de subjetivação. Os efeitos simbólicos operados nos pais, em função do nascimento de um filho radicalmente diferente do desejado foi devastador, deixando-os impossibilitados de conceber os bebês simbolicamente. Passada a violência do impacto da desilusão dos pais, essas crianças permaneceram sendo lidas por eles desde a doença, o que criou transtornos em seus modos de funcionamento de linguagem e psíquico. Assim, inconscientemente, só poderiam representar os filhos desde o lugar que lhes foi originalmente destinado: o lugar da doença.

**Palavras-Chave:** Método Clínico; Transtornos de Linguagem; Linguagem; Psiquismo.

Referenciar este material como:

BIRKMAN, M.; CUNHA, M. C. Internações hospitalares e cirurgias precoces, linguagem e psiquismo: estudo de dois casos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 79-88, jan.-abr. 2006.

## Introdução

Nas histórias dos pacientes fonoaudiológicos escuta-se dor tanto no silêncio como na confusão de suas falas, colocando aquele que escuta numa posição de estranhamento ao apontar o desassossego de corpos que clamam por cuidados para além da “carne”, já que marcados por fenômenos radicalmente humanos: a linguagem e o psiquismo; que modelam e transformam o organismo, sendo reciprocamente afetados e transformados por ele (Eliacheff, 1995). Nessa perspectiva de acolhimento bio-psíquico aos pacientes, observa-se que seus corpos carregam as marcas de suas histórias.

Os relatos familiares destacam o desenvolvimento físico das crianças até mesmo antes do nascimento, isto é, os pais ficionam e apostam simbolicamente para que desse corpo possa advir um sujeito-filho. Isto é, contornando-o desde o lugar de onde ele foi desejado e, assim, a criança torna-se herdeira simbólica (além de genética) de seus pais (Abadil, 2004).

Admitir que o corpo se humaniza pelos afetos, desde a vida intra-uterina (Dolto, 1999), permite-nos pensar que os bebês e as crianças pequenas reservam especificidades, no que diz respeito tanto à fragilidade, quanto à potência de seus funcionamentos bio-psíquicos.

Assim, quando o bebê ficcionado não corresponde ao que se apresenta aos olhos dos pais, ele é um “impostor”; o que gera um hiato derivado da incompatibilidade entre a ficção e a realidade, pelo fato dos pais se sentirem impossibilitados de se reconhecerem no filho (Terzaghi e Coriat, 2000).

As autoras destacam que é justamente nesse hiato que se insere o trabalho terapêutico: no lugar onde tanto os pais quanto as crianças estão desalojados de suas posições naturais. Nessa direção, pode-se citar contextos típicos do campo fonoaudiológico: as fissuras palatinas, as síndromes genéticas e outras anomalias congênitas, por exemplo.

Geralmente, nessas circunstâncias, os pais são desatribuídos de conhecimentos sobre os primeiros cuidados com o bebê já no hospital, pois não se tratam de crianças em “condições normais”. As mães só podem operar sob certas condições, quando “afetadas na situação de internação do recém-nascido com risco de vida” (Jerusalinsky, 2000), passam a ter condutas diferentes das espontâneas.

É freqüente no contexto da prematuridade por exemplo, que elas não consigam se oferecer aos seus bebês como cuidadoras privilegiadas, de forma a lhes dirigir o olhar e a escuta aos movimentos e produções sonoras (ainda tão primitivos nestes

momentos iniciais da vida). O bebê está sendo salvo organicamente na UTI, porém “é somente desde o discurso parental que esta vida pode chegar a ter alguma significação simbólica” (Jerusalinsky, 2000).

Dolto (1992), refere que o corpo é constituído pelo esquema corporal (a realidade em si, a estrutura consciente do corpo) e a imagem inconsciente do corpo (a imagem interna que o sujeito tem de si, inconsciente e pré-consciente). Contudo, o sujeito que tem algum déficit no esquema corporal (por exemplo, uma malformação congênita) pode ter uma imagem sã do corpo, conseguindo fantasiar situações que não poderia realizar através do esquema (como correr, dançar). Isso pode ocorrer se ele estiver em um ambiente pouco angustiado, especialmente em relação aos pais; onde as suas deficiências e sonhos possam ser transformados em palavras e ouvidos por alguém que verdadeiramente os escute. O inverso também ocorre, segundo a autora. Há casos de sujeitos não lesionados, mas que por terem constituído uma imagem inconsciente malsã do corpo não conseguem realizar tarefas motoras, por exemplo, sem que haja qualquer impedimento orgânico para tal.

Assim, o corpo é constituído para além do soma através da imagem que o outro tem dele. No que se refere ao desenvolvimento da linguagem: o sujeito fala desde o lugar de onde ele é falado, tentando corresponder à imagem que lhe é atribuída. Isto é, desde o desejo do outro. Conforme Souza (2000), mais do que fazer coincidir palavras com objetos, o gesto de falar necessariamente implica em um endereçamento ao outro e, conseqüentemente, no estabelecimento de diálogo.

Assumindo tal perspectiva, a saber, a das influências recíprocas entre corpo, linguagem e psiquismo, este trabalho conforma-se em torno de dois estudos de casos de crianças pequenas, que chegaram ao consultório fonoaudiológico por volta dos três anos de idade, com queixas de transtornos de linguagem (e psíquico, em um dos casos) e com histórias de internações hospitalares e cirurgias precoces, em decorrência de diagnósticos de desordens orgânicas (caso 1.: agenesia de ventrículo cardíaco, caso 2.: genitália ambígua).

As histórias desses distúrbios, diagnosticados precocemente e as queixas com relação ao funcionamento da linguagem oral, co-ocorriam nos discursos dos pais desde as entrevistas iniciais.

Em ambos os casos, as lesões corporais não justificavam uma relação etiológica causal direta com os problemas de linguagem (disfunções neurológicas, motoras orais e/ou auditivas, síndromes genéticas,

etc). Ao contrário, as lesões dos órgãos em questão não necessariamente impediam ou dificultavam a produção da fala, em termos anatomo-fisiológicos.

A partir desse referencial teórico e da experiência clínica, o objetivo deste trabalho é analisar as possíveis relações entre internações hospitalares e intervenções cirúrgicas sofridas por crianças nos seus primeiros anos de vida e transtornos de linguagem e psíquicos subseqüentes.

## Método

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Instituição em que foi desenvolvida (protocolo 0116), firmado o compromisso de não haver riscos e/ou desconfortos para os dois sujeitos, que tiveram preservadas suas identidades.

Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa, de natureza descritiva. Logo, não se propõe a generalizações estatísticas, mas ao estabelecimento de indicadores analíticos.

A questão é analisada numa perspectiva que articula teoria fonoaudiológica e psicanalítica, a partir da prática clínica fonoaudiológica; colocando em cena as influências recíprocas, entre corpo, psiquismo e linguagem.

O material clínico constitui-se de estudos de casos de duas crianças pequenas, atendidas em consultório fonoaudiológico, com queixas de transtornos na linguagem e que sofreram internações hospitalares e intervenções cirúrgicas precocemente.

Os relatos dos casos não pretendem a literalidade dos fatos, mas sim, narrar memórias dos aspectos mais marcantes das experiências obtidas em encontros terapêuticos singulares, devidamente registrados por escrito após as sessões.

Segundo Nasio (2001), caso clínico é uma reconstituição fictícia, pois se trata de uma releitura dos fatos através do filtro de vivência do terapeuta. Como propõe Cunha (2000), o ato de registrar permite ao fonoaudiólogo ressignificar as experiências clínico-terapêuticas. Provém dessas idéias, a desobrigação dos registros serem de acordo com a cronologia dos fatos e, sim, à atemporalidade da memória, privilegiando a ordem dos afetos.

### Sujeito 1

Pedro (3,0 anos), apresentava alterações fonêmicas, caracterizadas por substituições e distorções assistemáticas de fonemas consonantais oclusivas /t/ e /d/. Além desse problema (que limitava, muitas vezes, a inteligibilidade da fala), o paciente recebeu o diagnóstico, logo após o nascimento, de

uma patologia cardíaca grave (agenesia de ventrículo). Foi operado no terceiro dia e permaneceu internado em UTI durante a primeira semana de vida (por nove dias). Os médicos informaram aos pais, logo após esse procedimento cirúrgico, que Pedro teria um prognóstico de vida de até 25 anos de idade, e que seria submetido a outras cirurgias cardíacas corretivas paleativas ao longo dos anos.

### Sujeito 2

Renato (3,6 anos) não falava, raramente murmurava, era agitado e disperso. A mãe se queixa dos atrasos do filho tanto ao desenvolvimento da linguagem oral quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor. Desde os primeiros momentos de vida, a relação com o filho foi muito conturbada, em função da notícia recebida ainda na mesa de parto: o sexo era indefinido (“hermafrodita” – sic), assim não pode atribuir a ele um nome até que os exames, aos quais foi submetido com a finalidade de definição sexual, fossem finalizados. Após dois meses de investigação, Renato passou por cirurgia corretiva genital (tratava-se de um menino). Concomitantemente ao tratamento fonoaudiológico, o paciente esteve em atendimento psicoterápico durante todo o processo. Segundo a psicanalista, o paciente apresentava um tipo de funcionamento bastante primitivo, caracterizado por traços psicóticos.

Em ambos os casos, as sessões terapêuticas fonoaudiológicas se deram semanalmente e por um longo período de tempo (aproximadamente três anos e meio), possibilitando um estudo longitudinal.

## Resultados

### Sujeito 1

#### Entrevista inicial com os pais

Foi solicitado que apresentassem/enunciassem a queixa. O pai se adiantou e, ironicamente, disse: “é um menino chato prá caramba”. Ambos, consensualmente, disseram que o filho é uma criança insistente para as coisas que deseja, “vence pelo cansaço”.

Com relação aos problemas de fala foram bastante sucintos. Apontaram que ele tem um “tatibitati”, exemplificando, que ao invés de falar “você” fala “votê” e de “bibi” diz “bumbum”.

Os exemplos, para ilustrar o suposto “tatibitati” do filho, não correspondiam plenamente à definição

técnica do termo empregado. Com isto, pareciam demonstrar certa falta de autoria na produção deste enunciado, repetindo, possivelmente, a fala de algum profissional. Esta fala, entre outras que se seguiram, mascarava a impossibilidade de criarem os seus próprios discursos sobre o filho, talvez para se defenderem do sofrimento.

A partir daí, iniciou-se um longo relato sobre os problemas cardíacos de Pedro, do qual destacamos os elementos essenciais, a saber: três dias após o nascimento, a criança sofreu a primeira cirurgia cardíaca reparadora, e no décimo segundo dia teve alta hospitalar, com um prognóstico médico de “25 anos de vida” (sic). Após um ano foi submetido a uma nova cirurgia cardíaca, tendo permanecido internado novamente por 12 dias, até alta médica – hospitalar.

Os pais o acompanharam durante todas as internações, porém no período em que permaneceu na UTI as visitas eram permitidas, exclusivamente, nos horários determinados pelo hospital. Já quando esteve no quarto, os manuseios e o toque no corpo de Pedro eram restritos, em função dos cuidados com as suturas e o risco de infecções.

Após a segunda cirurgia, a médica os preveniu de que, em função do trauma causado pelo isolamento sofrido no período em permaneceu na UTI (cinco dias), no período pós-operatório, Pedro poderia, futuramente, apresentar algum tipo de atraso motor e/ou de fala.

Pedro não engatinhou até a época da segunda cirurgia e era uma criança muito agitada. A mãe dizia: “fora a cardiopatia ele é normal”, e completava: “vou ser sincera, eu entendo quase tudo o que ele fala. A gente está buscando ajuda por causa dele (referindo-se ao marido), prá mim está tudo bem”. O pai, por sua vez, justificava-se: “se a gente não procurasse ajuda, com certeza, no futuro Pedro teria problemas”.

#### O processo terapêutico de Pedro

Na fala do paciente salientava-se uma posteriorização articulatória na produção dos fonemas /t/ e /d/ (substituídos ora por /k/, ora por /g/). Por exemplo: “quéo bincá díco”/quero brincar disto, “de méc côcal”/de Mac Donald’s, “maca” e “maga”/mata. Tais alterações, insistentes embora assistemáticas, sempre estavam associadas à hipernasalidade vocal.

Apesar das falhas de inteligibilidade que tais problemas imprimiam ao seu discurso, Pedro se fazia compreender por quatro motivos, essencialmente: 1) pela prosódia, que dava sustentação supra-segmentar ao segmento

produzido; 2) pelos enunciados com autoria, não restritos a condutas especulares em relação aos da terapeuta; 3) pela capacidade de assumir o papel de interlocutor no contexto dialógico; e 4) pela aposta que a terapeuta fazia em seus enunciados, buscando interpretá-los, dar-lhes sentidos, para além das limitações do paciente quanto ao domínio do código lingüístico, na sua dimensão formal.

Em síntese: de resto, o processo de aquisição de linguagem parecia estar se processando adequadamente, considerando-se sua faixa etária.

Nas primeiras sessões, Pedro não quis entrar sozinho, solicitando que a mãe o acompanhasse. Ela permanecia na sala por alguns instantes e logo se retirava. Mas, quando ela era citada na brincadeira, tinha que ser trazida empiricamente para a sessão e não apenas pelo seu imaginário.

Quando a fonoaudióloga não compreendia o que Pedro dizia e o repetia de forma interrogativa, ora o efeito era de ensurdecimento para o que ela havia dito, ora ele repetia o que havia dito, sem diferir.

Certa ocasião, Pedro pediu para que a terapeuta retirasse o “capacecri” (capacete) de um boneco. Quando questionado sobre o que havia dito, ele não respondeu e continuou a brincar.

Em outro momento, num contexto semelhante, ele pediu para que a fonoaudióloga colocasse o “capacecri” no boneco. Interrogado, Pedro respondeu de forma enfática: “ca-pa – ce – cri!”.

Meses mais tarde do início dos atendimentos, durante uma brincadeira ele canta: “acrirei o pau no ga co cô, mais o ga co cô”. A terapeuta perguntou se o gato “fez cocô” e, Pedro rindo, negou.

Este momento foi um dos inaugurais, em que o paciente teve a possibilidade de escutar-se e, principalmente, pôde perceber a alteração semântica que se deu quando se procederam alterações fonêmicas. Tal dispositivo, de natureza dialógica, passou a ser eficiente em relação à redução do sintoma articulatório.

Contudo, diante das características das alterações fonêmicas, investigou-se a possibilidade de ocorrência de disfunção velo-faríngea. Feito o exame clínico das estruturas fonoarticulatórias, obteve-se como resultado a integridade anátomo-funcional das mesmas. Além disso, a assistemática das produções fonêmicas contribuiu para a minimização da hipótese.

Mas o problema articulatório permanecia. Certa vez, Pedro pediu para brincar com alguns bichinhos em miniatura, entre eles duas tartarugas. A “cacaruga-mãe” (tartaruga-mãe) era responsável pelos cuidados com o filho “cacaruga” (tartaruga), dando-lhe comida, banho e carinho.

A terapeuta perguntou-lhe se as tartarugas estavam sujas, “com caca” e, por isto, “cacarugas”. E se assim o fosse, deveriam banhá-las. Banharam as “cacarugas” que, “limpas”, ele passou a chamar de “tartarugas”. A língua (estrutura anátomo-fisiológica) sofreu os efeitos simbólicos da linguagem.

Após um ano de terapia, começaram a ocorrer transformações significativas na fala de Pedro. As posteriorizações fonêmicas acompanhadas por hipernasalidade foram, gradativamente, desaparecendo.

Mas, mesmo que com menor frequência, insistiam. Certa vez, brincavam de fazer mímica de animais e a fonoaudióloga imita um jacaré, ao que Pedro grita: “racaré!”. “Racaré?”, interrogou a terapeuta e ele retomou: “não, zacaré!”. Agora, não mais fingia não ouvir ou repetia da mesma forma anterior. Parecia começar a se escutar e, assim, buscar um novo padrão fonológico, mesmo que ainda inadequado.

Outro exemplo: Pedro notou que o tapete atrapalhava seus movimentos e sugeriu que o “tapecri” fosse retirado. A fonoaudióloga o interrogou, “você quer que eu tire o tapete?”. “É, o ta-pe-tê” disse, produzindo tal palavra silabicamente.

Retomando a história: quando Pedro nasceu, sua família foi informada de que ele poderia ser uma criança sadia, perfeita, se não fosse o problema cardíaco congênito do qual era portador. “Só faltava isso” para ele ser perfeito. Da mesma forma, na sua linguagem “só falta isso” (produzir adequadamente o /t/ e o /d/).

Esta posição definiu uma condição de existência para ele: a de que sempre haverá algo pendente, falho. Uma marca residual que sinalizava que “nunca tudo ficaria bem”, apontando para uma história mórbida, sofrida no corpo e que marcou não somente a “estrutura corporal” (Dolto, 1992); mas também a estrutura simbólica de constituição do sujeito. Assim, criaram-se marcas profundas na “imagem inconsciente do corpo” (Dolto, 1992).

No ano seguinte, próximo ao dia de seu aniversário, quis encher uma bexiga. Como apresentava dificuldade para realização de tal tarefa, pediu auxílio da terapeuta.

As primeiras tentativas foram fracassadas e chorou, querendo desistir. Convencido pela fonoaudióloga, tentou novamente. Ela seguraria a bexiga entre os seus lábios e ele a sopraria. Ao conseguir, ficou deslumbrado com aquela bexiga crescendo com o ar que saía de dentro dele. Em cada bexiga cheia desenhava um rosto. Depois, sugeriu que fosse montado o corpo inteiro de um boneco, ou melhor, de “um robô”.

Pedro desenhou o rosto e amarrou as bexigas umas nas outras, mas notou que uma das pernas

estava mal posicionada. Ao tentar resolver o problema as bexigas estouraram, para sua desolação.

Ele e a terapeuta encheram outras as bexigas e o “robô” ganhou novamente as partes do corpo perdidas. Na barriga fez um desenho, dizendo: “é uma roboa grávida de um menino”. Decidiu, então, que a daria de presente para a mãe.

Pedro havia incorporado a noção de corpo enquanto uma unidade, reconstruindo-o sem falhas, com criatividade; talvez gerando simbolicamente uma nova possibilidade de vida, uma nova condição de existência. Estaria sendo gerado um “outro menino”?

Estávamos no terceiro ano de terapia e ele completaria seis anos de idade. Passado o dia de seu aniversário, compareceu à sessão com um carrinho, anunciando que o havia ganhado de sua “cria” (tia). Lá estava, o sintoma insistente.

Até que, certo dia conta: “sabe, eu “assiscri” no programa da televisão, que a Chiquinha, do Chaves, teve um enfarto”. Atenta, a terapeuta perguntou a ele o que era um enfarto. Ao que ele respondeu: “é quando sente uma dor forte no coração [aperta o peito com a mão]. Daí tem que ir no médico e fazer um “moncri” de exames”. Vale destacar que nunca havia falado espontaneamente sobre seus problemas cardíacos. Mas parecia que, enfim, o assunto deixara de ser “um segredo” para ganhar circulação discursiva e ser revestido de sentido.

Quando se referia a dor, aos exames e aos médicos parecia que estava falando de si mesmo, de algo que ele próprio havia experimentado “na própria pele”. Como coloca Eliacheff (1995), é através da palavra que perturbações corporais transformam-se em experiências psíquicas. E este foi um marco para as subseqüentes transformações em sua linguagem.

Na sessão seguinte, Pedro propôs: “Vamos brincar de lego? Vamos construir um prédio?”. Enquanto brincava comentou: “sabe, minha mãe falou que logo, logo, eu não vou precisar mais vir aqui porque eu já estou falando tudo certinho”. E estava mesmo.

Ao final da sessão subseqüente, a mãe relatou que, desde o final da anterior, Pedro exibia aos pais que estava conseguindo falar /t/ e /d/ (“tia e prédio”), orgulhoso de si mesmo.

## Sujeito 2

### Entrevista com a mãe

Desde o início da entrevista, a mãe de Renato falava ininterruptamente, num discurso acompanhado de alguns momentos de choro e expressões de dor. Encadeava várias histórias, o que dificultava a compreensão de seu relato. Mas

foi possível alinhar conteúdos essenciais: Renato nasceu a termo, de parto cesáreo, tendo entrado previamente em sofrimento fetal (cujas causas são por ela desconhecidas). Durante a gestação, havia feito os exames pré-natais com acompanhamento médico, sendo que tudo indicava que nasceria uma “criança normal” (sic).

Imediatamente após o nascimento da criança, foi informada, por uma das enfermeiras, que seu filho havia nascido com o “pênis atrofiado”. A criança, de fato, nascera com genitália ambígua e, para que fosse definido o sexo, era necessária a realização de exame genético (cariótipo).

Três dias após o nascimento, mãe e filho tiveram alta hospitalar. A festa pelo nascimento transformou-se em luto, afinal, como colocam Terzaghi e Coriat (2000) havia nascido um “impostor”.

O investimento que havia sido feito para o filho desejado ficou desalojado, já que havia nascido uma criança sem um sexo que pudesse ser definido através da simples observação do esquema corporal.

Assim, Renato não pôde receber um nome por, aproximadamente dois meses, até que se obtivesse o resultado do cariótipo. Neste intervalo era chamado de nenê, bebê e anjinho (aquele que não tem sexo?) por seus familiares.

Segundo a mãe, por orientação do médico, durante esse período de indefinição, quando os pais fossem questionados a respeito do sexo do bebê, teriam que responder que se tratava de “um bebê muito doente”.

Aos quatro meses, Renato foi submetido a uma cirurgia (hipospádia perineal grau III), que tinha como objetivo a reconstituição da uretra no interior do pênis.

À mãe foram desatribuídos, pela equipe médica, os cuidados naturais para com o filho, que se centravam no organismo, a fim de investigá-lo e tratá-lo.

Desde o nascimento, a criança foi por várias vezes afastada dos pais, tanto fisicamente (em função dos inúmeros exames clínicos e da cirurgia corretiva), quanto simbolicamente (quem é esse filho?). Nessa medida, não pôde encontrar nesse momento ímpar de desamparo ocasionado pelo nascimento, um ambiente afetivamente acolhedor que pudesse lhe conferir efetiva existência simbólica.

Nesta data, a mãe foi informada pelo médicos de que Renato não teria qualquer prejuízo decorrente em seu desenvolvimento. Porém, desde cedo, ela notou um atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor do filho: “a parte motora estava meio devagar, ele não estava sentando” (sentou-se sem apoio apenas aos nove meses).

Dizia que o menino não se interessava por nada, “se escondesse algo que ele estivesse brincando,

imediatamente ele perdia o interesse. Não olhava a gente no olho, seu olhar parecia que me ultrapassava, como se não tivesse ninguém em sua frente”.

O discurso materno tinha como referência, na maioria das vezes, o discurso médico, que era ao mesmo tempo informativo (do ponto de vista dos aspectos orgânicos) e esvaziado de subjetividade. Ela falava ora como se fosse médica, ora como se fosse educadora, raramente “como se fosse mãe”.

Renato não foi amamentado no seio, pois não sugava. Era alimentado com uma seringa ou com uma mamadeira de bico pequeno. Relatou que este fora um período muito frustrante para ambos (ela e Renato): “faltou aquele contato mais íntimo entre mãe e filho, e acho que ele sentiu. Pode ser por isso que ele é tão distante até hoje”.

Com poucos meses de vida Renato sofreu um acidente: enquanto a mãe preparava sua comida, ele se desequilibrou do “cadeirão” e caiu, não tendo chorado. Preocupada, buscou exames neurológicos.

O resultado da Tomografia Computadorizada foi “sinais de redução volumétrica encefálica difusa”, achado este que em nada se referia às supostas conseqüências da queda que sofrera, segundo o neurologista, o qual acrescentou que Renato apresentava comportamentos psicóticos típicos da “Síndrome Pervasivo do Desenvolvimento com Comportamento tipo Autismo de Alto Funcionamento”.

Foi, então, submetido a uma avaliação audiológica, pois havia sido levantada a suspeita de perda auditiva, já que “quando ele estava concentrado em algo, mesmo um barulho com alta intensidade não lhe afetava. Não se assustava, nem se dava conta do ocorrido”(sic). Em contrapartida, algo paradoxal acontecia em outras situações: “podia cair uma pena no chão que ele dirigia seu olhar para ela” (sic).

Foi submetido a avaliação de audição via tronco cerebral (BERA), cujo resultado foi “leve rebaixamento dos limiares de resposta frente ao estímulo empregado, não podendo excluir-se eventual componente condutivo. Prolongamento das ondas III e V, mais evidente à direita, podendo sugerir distúrbio de mielinização das vias auditivas do tronco cerebral”.

A partir da quantidade de informações clínicas que recebeu, a mãe decidiu inscrever-se em cursos ministrados por profissionais da área de saúde, a fim de que pudesse aprender a lidar com o seu filho. O hiato entre eles se tornava ainda maior, na medida em que passou a tentar compreender o filho numa condição de profissional. Era possível observar que, com freqüência, o discurso profissional substituíra o materno.

Conforme o corpo de Renato se desenvolvia, os exames eram refeitos e resultados recentes negavam os anteriores. Por exemplo, a hipótese de surdez central foi eliminada. A mãe, por sua vez, julgava-se culpada pelo comportamento dito autístico do filho, que teria como causa, segundo ela, o trauma vivido após o nascimento: “tentando ajudar eu o fiz mal. Eu o levava para sofrer (referindo-se aos exames aos quais fora submetido)... é um trauma ele ter sido segurado tantas e tantas vezes”.

Na seqüência, relatou que o marido não concordava que o filho precisasse de tantos tratamentos, recusando-se ao contato com os profissionais envolvidos.

As questões relativas à sexualidade, desde sempre foram as mais tocantes.

Sabemos que todo bebê nasce com sexo (com algum órgão genital), porém sem sexualidade definida; portanto, “hermafrodita”, se tomado em termos de constituição subjetiva (imagem corporal). Desta possibilidade, deriva a aposta que o outro faz sobre o corpo do bebê, dos cuidados que se tem com ele: o toque, a amamentação, a voz dirigindo-lhe uma mensagem. O desejo do outro imprime marcas que contornam, atribuem limites, esculpem o corpo da criança estabelecendo as eu/outro.

É o outro, se oferecendo como espelho, como um lugar onde as produções sonoras da criança podem ressoar, que vai conferindo sentidos possíveis às vocalizações da criança (nos processos de especularidade).

#### O processo terapêutico de Renato

Aos três anos e meio, quando chegou ao consultório fonoaudiológico, Renato caminhava com a base alargada e passadas assimétricas e desequilibradas. Seu olhar atravessava a terapeuta que o segurava pela mão, sem que ele se desse conta de que sua acompanhante não era mais a mãe. Não falava, não olhava para as pessoas e nem para os objetos, tropeçava e esbarrava em tudo (pessoas e/ou objetos) ao seu redor.

Produzia, aleatoriamente, alguns sons vocais, como se fosse mera descarga motora, sem qualquer intencionalidade. Suas produções sonoras não interpelavam a terapeuta, era algo que apontava para um tipo de funcionamento humano muito primitivo.

Seu olhar era disperso, encantado por luzes e cores dos objetos e havia uma evidente recusa a qualquer contato interpessoal. Suava muito, deitava no chão, levantava, corria, sentava, levantava, caía, tropeçava, como se estivesse descarregando motoramente todos aqueles estímulos visuais que havia captado.

Movimentava-se com rapidez e autonomia, porém seu corpo parecia não ter contornos. Sentava-se em “w” predominantemente, suas articulações pareciam não ter restrições. Quando caía, não esboçava sinal de dor e nem chorava. Manuseava os objetos, tateava-os um a um e depois se desfazia deles. Se estivesse tateando algum objeto e a fonoaudióloga o retirasse de sua mão, não o procurava nem resistia à retirada. Além disso, a aproximação física da terapeuta fazia com que ele se afastasse, indo em direção oposta à dela.

Só havia um momento em que ele tocava a terapeuta: quando precisava pegar algo que não alcançasse, utilizando-se do corpo dela como extensão do seu.

Nos primeiros encontros, na tentativa de estabelecer algum contato com ele, a fonoaudióloga o chamava pelo nome, cantarolava algumas canções que talvez lhe fossem familiares e nada ocorria. Em contrapartida, se ligasse o carrinho de bombeiros (com muitas luzes e barulhos) ou chacoalhasse algum objeto sonoro, quase que imediatamente, sua atenção era voltada para tais objetos.

Os signos deslizavam sem cessar nos eixos metafórico e metonímico. Esta dispersão dos signos era caracterizada pela falta de contenção no funcionamento simbólico. Qualquer signo podia ser substituído por qualquer outro, em qualquer posição na cadeia.

Em conversa com a psicanalista que já o atendia (há um ano), a mesma relatou que Renato se apresentou à fonoaudióloga do mesmo modo que a ela nas primeiras sessões. Apontou precariedade psíquica do paciente, caracterizada por uma evanescência. Vale destacar que ambos os atendimentos (fonoaudiológico e psicanalítico) passaram a ocorrer simultaneamente (durante todo o tempo).

A psicanalista relatou que Renato tinha avanços desde o início dos atendimentos, estava menos disperso, passava a ter contato ocular com ela embora apontasse que os eventos de fala eram muito raros. Segundo ela, o paciente apresentava um tipo de funcionamento bastante primitivo, caracterizado por traços psicóticos.

Renato era fascinado por livros, folheava-os, apontava com seu dedo indicador as letras e os números, sem se deter aos desenhos. Após um ano e seis meses de atendimento, em certo encontro, a terapeuta recolheu o livro de suas mãos, guardando-o em um local alto, que ele não pudesse alcançar, e lhe ofereceu um brinquedo, afinal ele “a ignorava”.

Inusitadamente, ele ficou puxando a terapeuta, apontando para o local em que ela havia guardado o livro. Ao negar o seu pedido, ele começou a

choramingar e disse: “mã - mã...”. Esta foi a primeira vez que falou algo que se pudesse entender.

Durante todo o processo, os fragmentos discursivos produzidos por Renato, fossem compreensíveis ou não (do ponto de vista do código lingüístico); assim como os seus gestos corporais, eram interpretados pela fonoaudióloga, que buscava conferir-lhes sentido, assegurando-lhe a posição de interlocutor.

Assim, quando disse “mã-mã...” a fonoaudióloga respondeu frente ao apelo: “você quer o livro, e como não lhe entreguei você chama sua mãe para que ela possa acudi-lo, não é?!” Conforme falava, Renato se tranqüilizava e aguardava a entrega do objeto solicitado.

A técnica fonoaudiológica compreendia em capturar as dispersas produções verbais e não-verbais do paciente e inseri-las em uma sintaxe. Isto é, apostando naqueles gestos ainda que tão primitivos, o valor de atividade simbólica.

Nas sessões que ocorriam com a presença da mãe, a cada objeto que Renato tateava ela o nomeava. Falava com o filho, mas endereçava seu discurso à terapeuta. “Você contou para a tia que você ganhou um lençol novo?”. Renato murmurava muito, produzindo vocalizações, mas em nenhum momento elas eram tomadas como linguagem pela mãe.

Então, a terapeuta passou a lhe pontuar: “você percebeu que ele falou algo?”. E ela, “é, ele disse, mas eu não entendi. Tem vezes que ele faz assim, mas eu não entendo”.

Certa vez, Renato corria pela sala com um carrinho nas mãos e a terapeuta perguntou: “você quer brincar de carrinho, né?”. Com demora, ele respondeu: “é!”. A mãe permaneceu indiferente à fala do filho e a fonoaudióloga interrogou-a: “você ouviu o que ele disse?”, e ela “ouvi, mas ele ficou olhando para o outro lado, nem pareceu que estivesse falando”.

Durante as sessões de que ela participava, Renato ora produzia algum murmúrio, ora se afastava e tateava silenciosamente algo, noutra momento se aproximava com algum brinquedo nas mãos. Enquanto as cenas se davam, entre os três, a fonoaudióloga buscava interpretar seus gestos e vocalizações.

Tempos após (aproximadamente dois anos e meio), a mãe começou a ser capturada pelos fragmentos sonoros do filho e apostava neles o valor de um gesto de fala. Conforme ela intensificava sua escuta a ele, Pedro apresentava transformações: estava menos disperso, conseguia brincar simbolicamente, porém as vocalizações eram ainda escassas.

A tendência fusional da relação mãe-filho permanecia. Por exemplo: Renato subia nas costas

da mãe, a puxava para o chão e ficavam os dois deitados, com os corpos entrelaçados, excluindo a terapeuta daquele jogo.

Estas situações, especialmente, reservavam apenas duas posições (enquanto que supostamente, havia três): a da fonoaudióloga e de mãe + filho. Eles se fundiam em um único corpo e entre eles nada precisava ser dito. Assim, a posição de falante estava reservada à mãe, que falava pela dupla.

O tempo passava e embora fosse possível observar transformações significativas no comportamento e na linguagem de Pedro, estas ainda revelavam grande defasagem em termos dos parâmetros naturais de desenvolvimento para a sua idade.

Dentre os sintomas, destaca-se que, aos seis anos, Renato ainda fazia suas necessidades fisiológicas (urinava e defecava) na fralda. Nesses momentos, a mãe entrava na sala de terapia para higienizá-lo.

Ele possuía o esquema corporal de uma criança de seis anos e uma imagem corporal de um bebê. Tinha várias habilidades motoras compatíveis com sua faixa etária, porém no âmbito das aquisições psíquicas e de linguagem, era arcaico. Ora parecia entender o que era dito, ora parecia nem ouvir.

Mas, não controlar esfíncteres já era um sintoma constituído, a despeito das intervenções da fonoaudióloga com o propósito da retirada da fralda. Até que, certa vez, incomodada demais com a situação, a terapeuta lhe disse de modo enérgico, apostando que sua fala pudesse afetá-lo: “você já é grande e seu cocô cheira mal assim como o de gente grande. Sente que cheiro forte! Chega!. Você vai fazer sete anos, já é grande, e quando quiser fazer cocô irá usar o banheiro, como todos fazem!”.

Desta vez ocorreu algo diferente. A mãe, presenciando a cena, disse a ele: “ouviu só o que ela disse? Você vai ter que pedir quando quiser fazer xixi ou cocô e vai ficar sem fralda”.

Na sessão seguinte, Renato foi sem fralda. Segundo a mãe, ele havia passado aquele período, “pedindo para ir ao banheiro”. Disse ela: “ele falava ah, ah e eu o atendia”. Isto é, ela o interpretava/escutava.

Na seqüência, Renato intensificou suas vocalizações (terceiro ano de terapia). Certa sessão, ele puxou uma caixa repleta de carrinhos, espalhando-os pelo chão. A terapeuta propôs que brincassem de loja de carros: “então, o senhor que é o dono da loja? Eu queria comprar um carro”. Ele pegou um deles na mão e ela lhe perguntou “quanto custava”.

Olhando fixamente para a terapeuta, como nunca havia feito antes, ele disse: “têis” (três) e, ainda com o olhar intenso, continuou: “reais”.



Em outra sessão, ele e a mãe estavam abraçados, brincando, quando a fonoaudióloga sugeriu que brincassem os três juntos. Ele, sentado no colo da mãe, disse: “dois”. A mãe sorriu, dizendo que o amava muito, mas que iriam incluir a terapeuta no jogo.

O investimento materno no diálogo com o filho estava cada vez maior: “conta para a tia o que você comeu ontem?! Purê...” (ficando reticente), ao que o filho completava, “de batata”. E a fonoaudióloga armava um texto para aquela fala: “uhm... que delícia purê de batata!”.

Seis meses depois, durante certa sessão, ele fez algo que desagradou a mãe, ao que ela o repreendeu firmemente, com autoridade: enfim falava com ele. Renato ficou sentado, chorando, olhando-a com uma expressão facial de tristeza.

A mensagem endereçada ao Renato, via linguagem, estava, efetivamente, alcançando seu destinatário, causando efeitos. Enquanto chorava, dizia “mã, mã”, fitando-a. Ela respondia: “agora não adianta me chamar e pedir colo porque estou muito brava com você”. Enfim, os enunciados dele eram capturados e inseridos em uma rede de significação que, dialogicamente, retornavam a ele.

Renato iniciou o tratamento fonoaudiológico apresentando um retardo de aquisição de linguagem oral, caracterizado por ausência de oralidade e raros murmúrios.

Ao longo da terapia fonoaudiológica começou a falar, mesmo que precariamente em termos lingüísticos formais. Simultaneamente, seu olhar passou a alternar-se entre a dispersão e a intencionalidade. Seu corpo adquiriu contornos: passou a andar e sentar-se adequadamente, as articulações irrestritas deram lugar à contenção. A manipulação de objetos deu lugar às atividades lúdicas (surgiram os jogos, muitas vezes com regras e alternância de turnos entre a terapeuta e ele). Adquiriu controle esfinteriano passando a solicitar, através de uma fala acompanhada de gestos, a ida ao banheiro, embora se recusasse a segurar o próprio pênis ao urinar. Transformações na linguagem e no corpo ocorriam simultaneamente. Nascia, mesmo que tardiamente, um sujeito - menino.

## Discussão

Renato e Pedro: crianças com queixas de problemas de linguagem, ambos com aproximadamente a mesma idade e com histórias peculiares.

Durante as primeiras entrevistas os pais de ambas as crianças fizeram um relato pormenorizado das questões orgânicas dos filhos. Faziam, inclusive, uso de termos técnicos para descrevê-

las com maior precisão e pouco disseram sobre as questões de linguagem.

Interpretou-se que a demanda parental para o tratamento fonoaudiológico, referia-se tanto aos distúrbios orgânicos que acometeram as crianças ainda bastante pequenas, quanto as questões de linguagem. Os encontros terapêuticos eram denotados pela manifestação do sofrimento (Palladino, 2000).

E por que tais demandas, que se referiam às questões cardíacas e genitais, respectivamente, estavam sendo remetidas a uma fonoaudióloga?

Analisando os casos, compreende-se que as histórias de vida dessas crianças estavam, desde sempre, vinculadas a uma condição patológica de existência. Seus corpos foram sendo constituídos, acolhidos e lidos desde suas histórias mórbidas.

O coração e os genitais são órgãos que não mantêm, anatômica e funcionalmente, relação direta com a fala. Assim, numa relação de causalidade direta, essas histórias em nada se relacionariam com as questões de linguagem. Logo, seriam dados possivelmente “arquivados”, dada a sua importância secundária, numa abordagem centrada no funcionamento orgânico.

Nessa perspectiva, se a lesão congênita se desse na região oral (por exemplo, uma fissura lábio-palatina), provavelmente as alterações na fala de Pedro seriam associadas a essa lesão orgânica. Se Renato tivesse nascido com uma surdez profunda, por exemplo, igualmente esse dado orgânico ganharia destaque no discurso fonoaudiológico em relação ao problema de linguagem.

Sobre isto, Souffont (2004) relata a terapia de uma criança de dois anos de idade com distúrbios alimentares que, após investigação, verificou a não ocorrência de qualquer problema de origem orgânica. No campo fonoaudiológico, Palladino et al., (2004) também discutem esse tema.

Tais propostas sinalizam que as questões do corpo devem ser analisadas para além do funcionamento orgânico. Por exemplo, a surdez profunda em crianças com graves quadros psíquicos e de linguagem, não justifica, em si mesma, tais manifestações sintomáticas.

Ressalta-se que as histórias do corpo, quaisquer que sejam, merecem atenção privilegiada do fonoaudiólogo. Porque a doença orgânica não deve ser entendida como algo “estrangeiro” à subjetividade, mas como algo “produzido” pelo sujeito, como uma solução encontrada para resolver um conflito profundo e, conscientemente, inacessível.

Assim, nos dois casos estudados, os transtornos de linguagem das crianças parecem

ter sido a solução mais potente encontrada para convocar o outro (principalmente, seus pais) interpelando-os, pedindo ajuda.

Os processos de subjetivação necessariamente envolvem a qualidade das relações interpessoais, as apostas que (especialmente a mãe) faz sobre o corpo tão delicado e dependente do bebê, exercendo sobre ele uma leitura que busca uma possível identificação.

No caso dessas crianças, Pedro e Renato, os efeitos simbólicos advindos do nascimento de filhos radicalmente diferentes dos pretendidos, foram devastadores para os pais, deixando-os impossibilitados de acolher simbolicamente seus bebês.

### Conclusão

1. Nos dois casos estudados, pôde-se sugerir a existência de relações entre intervenções cirúrgicas e/ou internações hospitalares sofridas por crianças nos primeiros anos de vida e transtornos de linguagem e psíquico subsequentes.

2. Na prática fonoaudiológica, o clínico deve levar em consideração quaisquer dados que se

relacionem à história orgânica do paciente, não somente aqueles que se refiram aos sistemas nervoso, motor oral e/ou auditivo.

3. As patologias de linguagem dos pacientes aqui relatados, mantiveram estreita relação com a situação de privação física e afetiva a que foram precocemente submetidos em relação aos pais. Deste modo, salienta-se também que a prática de orientar a família (isto é, “ensinar-lhe” estratégias para lidar com os sintomas manifestos) não garante que ela consiga lidar simbolicamente com a criança.

4. O nascimento orgânico dessas crianças não foi concomitante ao nascimento simbólico, formando-se entre eles um hiato, uma falta de compatibilidade entre o amadurecimento do esquema corporal dos processos de subjetivação. Essas crianças sempre foram lidas por seus pais desde a doença, da impossibilidade de realizarem algo, o que criou transtornos em seus modos de funcionamento. Assim, era como se inconscientemente soubessem que algo tinha que funcionar mal. Elas só poderiam falar desde o lugar em que foram postas, ou seja, do lugar da doença.

### Referências Bibliográficas

ABADIL, V. Troubles de l'oralité du jeune enfant. *Reeduc. Orthoph.*, Paris, v. 42, n. 220, p. 55-68, 2004.

CUNHA, M. C. Desesquecimento: sobre a escolha do material clínico na pesquisa fonoaudiológica. *Dist. Comun.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 91-99, 2000.

DOLTO, F. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 162 p.

DOLTO, F. *Imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1992. 313 p.

ELIACHEFF, C. *Corpos que gritam: a psicanálise com bebês*. São Paulo: Ática, 1995. 149 p.

JERUSALINSKY, J. Do neonato ao bebê: estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos Clín.*, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 49-63, 2000.

NASIO, J. D. As três funções de um caso: didática, metafórica e heurística. In: NASIO, J. D. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Zorge Zahar, 2001. p. 11-22.

PALLADINO, R. R. R. A objetividade e a subjetividade na fonoaudiologia. *Dist. Comun.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 61-74, 2000.

PALLADINO, R. R. R.; SOUZA, L. A.; CUNHA, M. C. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. *Psican. Univ.*, São Paulo, n. 21, p. 95-108, 2004.

SOUFFONT, V. Dysoralité: prise en charge orthophonique de Victor, deux ans, nourri par nutrition entérale à débit continu (NEDC). *Reeduc. Orthoph.*, Paris, v. 42, n. 220, p. 169-177, 2004.

SOUZA, S. P. Um lugar para falar... *Estilos Clín.*, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 156-169, 2000.

TERZAGHI, M. A.; CORIAT, H. L. Fundamentos e limites da estimulação precoce: algumas reflexões. *Estilos Clín.*, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 18-23, 2000.