UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ARACÊ MARIA MAGENTA MAGALHÃES

O Brincar, o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear

São Paulo

2012

ARACÊ MARIA MAGENTA MAGALHÃES

O Brincar, o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Edda Bomtempo

São Paulo

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Magalhães, Aracê Maria Magenta.

O Brincar, o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear / Aracê Maria Magenta Magalhães; orientadora Edda Bomtempo. -- São Paulo, 2012.

78 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Crianças. 2. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971. 3. Implantecoclear. 4. Surdez. 5. Brincar (Winnicott). I. Título.

HQ767.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Aracê Maria Magenta Magalhães

Título: O brincar, o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em: /..... /.....

Banca Examinadora

Prof. Dr /..... /.....

Instituição:..... Assinatura:

Prof. Dr /..... /.....

Instituição:..... Assinatura:

Prof. Dr /..... /.....

Instituição:..... Assinatura:

Para Hendrick e Alexander,
que me ensinaram a ser mãe,
que me ensinaram a ser.

À meu pai e ao Gui (*in memorium*),
por tanto amor.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, irmãs e filhos que sempre me apoiaram.

À Prof. Dra Edda Bomtempo por ter aceito este “brincar”, pela orientação serena – compreensão e disposição.

À Prof. Dra Aidyl Macedo Q. Perez-Ramos por ter-me apresentado o Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, pelas contribuições que deu a este trabalho, acolhida e amizade.

Ao Prof. Dr. Manoel Henrique Salgado pelo auxílio na análise dos dados estatísticos.

Aos colegas e funcionários do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em especial do Programa de Pós Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, que contribuíram para o bom funcionamento deste trabalho.

Aos colegas, pacientes e funcionários do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, em especial da Seção de Implante Coclear, onde foi realizado esta dissertação.

A todas as crianças que, mesmo sem o saber, estão mais perto do que intuitivamente buscamos, a *joie de vivre*, o encanto de viver.

RESUMO

Magalhães, A. M. M. (2012). *O brincar, o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Certos progressos científicos vêm possibilitando melhoria, na qualidade de vida de pessoas profundamente surdas, promovendo-lhes a audição em nível tal que podem captar a especificidade da voz humana. O implante coclear constitui um desses importantes avanços. A presente dissertação vem contribuir para o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear, anteriormente com surdez profunda. O apoio teórico é fundamentado em Winnicott, presente em todo o desenvolvimento da pesquisa. Selecionam-se dez crianças e suas famílias, com base nos critérios do hospital onde são atendidos e também nos de homogeneização. Realizam-se, individualmente, avaliações psicológicas contextualizadas nas crianças, com apoio de suas famílias, empregando-se entrevistas, observação participante e o Jogo Estruturado com Bonecos elaborado por Lynn. Compõe-se este de treze cenas lúdicas, pelas quais as crianças brincam e trazem a sua realidade. Baseando-se em bibliografia aplicável, a pesquisa apresenta inovações sobre o conhecimento do processo evolutivo destas crianças, cujo desenvolvimento é em parte interceptado pela surdez profunda e pela cirurgia invasiva da audição, seguida de follow-up. São atendidos, entre outros, o principal propósito deste trabalho que consiste no conhecer destas crianças e sua aprendizagem, através do seu brincar, dirigido a rotina diária delas.

Palavras-chave: Crianças. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971. Implante coclear. Surdez. Brincar (Winnicott).

ABSTRACT

Magalhães, A. M. M. (2012). *The playing, knowing and learning of children with cochlear implants*. Master Thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Certain scientific developments have improved the life quality of profoundly deaf people, by enhancing their hearing at such a level that can capture the specificity of the human voice. The cochlear implant is one of these important advances. This dissertation contributes to the knowing and learning of previously profoundly deaf children, now fitted with these devices. The theoretical support based on Winnicott, present throughout the development of the research, is studied. Ten cases are selected based on criteria of the hospital where these children and their families are assisted and homogenization criteria are used for a group of children in the age range four to six years, and for their respective families. Contextualized psychological assessments are performed individually (child and environment) through interviews, participating observation and the application of Lynn's Structured Doll Play, with ludic scenes, through which the children play and bring their own reality. Based on the applicable literature and these psychological evolutions, the research presents innovations on the knowledge of the developmental process of these children, whose development is partially impaired by their profound deafness, by the invasive hearing surgery and subsequent follow-up. The main purpose of this work, with others, are to achieve the research objectives, i.e., learn more about these children and their learning processes through their playing, directed to their daily routine.

Keywords: Child. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971. Cochlear implant. Deafness. Playing (Winnicott).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Eleição Parental do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (J.E.B.L.)(Caso 1) .	34
Tabela 2 – Eleição de Objetos do J.E.B.L (Caso 1)	34
Tabela 3 – Eleição Parental do J.E.B.L (Caso 2)	41
Tabela 4 – Eleição de Objetos do J.E.B.L (Caso 2)	41
Tabela 5 – Faixa etária e gênero das crianças	43
Tabela 6 – Época da cirurgia do I.C., por faixa etária	44
Tabela 7 – Tempo de uso do I.C., por faixa etária	46
Tabela 8 – Escolaridade dos Pais	47
Tabela 9 – Número de filhos nas famílias estudadas	47
Tabela 10 – Ordenação filial nas famílias	48
Tabela 11 – Procedências das Famílias	49
Tabela 12 – Áreas dos distúrbios de comportamento	51
Tabela 13 – Figuras predominantes para a maternagem	51
Tabela 14 – Quadro geral das respostas no J. E. B.L.	56
Tabela 15 – Seleção de Objetos – J.E.B.L.	56
Tabela 16 – Eleição parental – Apoio – J.E.B.L.	58
Tabela 17 – Intercorrências entre pais e crianças- J.E.B.L.	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Época da cirurgia do I.C., por faixa etária	45
Gráfico 2 – Tempo de uso do I.C., por etária	46
Gráfico 3 – Número de filhos nas famílias estudadas	48
Gráfico 4 – Procedências das Famílias	49
Gráfico 5 – Áreas dos distúrbios de comportamento	51
Gráfico 6 – Figura predominante para a maternagem	53
Gráfico 7 – Eleição parental – Apoio – J.E.B.L.	58
Gráfico 8 – Intercorrências entre pais e crianças – J.E.B.L.	60

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. APOIO TEÓRICO	14
2.1 A relação criança e ambiente	14
2.2 O brincar como elemento transicional	17
2.3 A importância do brincar	20
2.4 O brincar criativo e sua carência	21
3. METODOLOGIA	23
3.1 Integrantes da pesquisa: criança e família	23
3.2 Instrumentos de coleta de dados	25
3.3 Comprovantes da metodologia: estudos de casos	28
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Análise Demográfica	43
4.2 Resultantes da integração de dados: criança-família	50
4.3 Respostas obtidas na aplicação do Jogo Estruturado de Lynn (J.E.B.L.)	55
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	61
Conclusões	61
Recomendações	65
REFERÊNCIAS	67
 ANEXOS	
Nº. 1 – Roteiro de entrevista	70
Nº. 2 – Jogos Estruturados com Bonecos de Lynn	
– Protocolo de aplicação e interpretação dos dados	75
– Quadros para anotação quantitativa	77

João e Maria

Agora eu era o herói
E o meu cavalo só falava inglês
A noiva do cowboy
Era você
Além das outras três
Eu enfrentava os batalhões
Os alemães e seus canhões
Guardava o meu bodoque
E ensaiava um rock
Para as matinês

Agora eu era o rei
Era o bedel e era também juiz
E pela minha lei
A gente era obrigada a ser feliz
E você era a princesa
Que eu fiz coroar
E era tão linda de se admirar
Que andava nua pelo meu país

Não, não fuja não
Finja que agora eu era o seu brinquedo
Eu era o seu pião
O seu bicho preferido
Sim, me dê a mão
A gente agora já não tinha medo
No tempo da maldade
Acho que a gente nem tinha nascido

Agora era fatal
Que o faz-de-conta terminasse assim
Pra lá deste quintal
Era uma noite que não tem mais fim
Pois você sumiu no mundo
Sem me avisar
E agora eu era um louco a perguntar
O que é que a vida vai fazer de mim

Música de Sivuca (1947)

Letra: Chico Buarque de Holanda (1976)

1 INTRODUÇÃO

Os progressos científicos, em relação à saúde audiológica, vêm, na atualidade beneficiando intensamente a qualidade de vida do ser humano que, desde o nascimento é privado profundamente da audição. O implante coclear é hoje um dos principais recursos cirúrgicos que, utilizados bem cedo na vida da criança, possibilita-a a ouvir, inclusive a especificidade da voz humana. Abre-se para ela uma nova perspectiva de vida, o que pode facilitar melhor convivência com os demais e maior exploração do brincar, do aprender e do conhecer o contexto que a cerca, interagindo com os estímulos ambientais, em particular com aqueles que antes, era privada de captá-los e compreende-los.

A experiência de equipes interprofissionais, sobretudo do psicólogo, aliada à observação e interpretação winnicottiana, tem possibilitado adentrar o conhecimento da problemática dessa criança e sua relação com o ambiente, sobretudo com a figura que exerce a *maternagem*.

Por outro lado, tem-se a considerar que todo o processo de reabilitação auditiva, particularmente com os progressos do implante coclear, vem beneficiar a criança, mas sérias conseqüências podem afetar o seu desenvolvimento e bem-estar, não somente devido à dificuldade da comunicação esperada, como também das experiências adversas ao tratamento. A problemática estende-se à família que compartilha das dificuldades dessa criança, sem estar, muitas vezes, preparada para enfrentá-las.

Tais considerações, aliadas as vicissitudes do tratamento hospitalar, em especial a internação, pode alterar o processo evolutivo da criança, condição que se agrava quando esta é retirada do seu ambiente, periodicamente, para corresponder às etapas necessárias do seu tratamento, muito embora o hospital acolha a família do paciente atendido. Em contrapartida, os referidos progressos científicos facilitam a aquisição das habilidades auditivas e a aprendizagem da linguagem verbal, compreensiva e expressiva. O tratamento passa a fazer parte da rotina da criança e também de sua família, o que constituem, por si só, alterações na dinâmica de ambos.

A situação decorrente desse tratamento consegue ser amenizada, até nos momentos mais críticos, com a inserção do brincar como forma da criança expressar-se livremente. Tem-se que o brincar aparece como elemento indispensável no desenvolvimento infantil e em especial na fase do “faz-de-conta” onde a atividade lúdica flui com maior expressividade, através de representações, também conhecidas como dramatizações.

Prevê-se que a criança estando mais livre para entrosar-se com o ambiente, poderá brincar criativamente, conforme o que é afirmado pelas idéias de Winnicott (☆1896-†1971). Uma das contribuições mais marcantes do autor refere-se à importância do brincar, e de ser criativo:

É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self) (1971/1975a, p.80).

Este estudo, utilizando-se do brincar, pretende compreender o processo evolutivo dessas crianças, envolvidas em situações de reabilitação oral, conseqüentes do uso e manutenção do implante coclear, como também dos reflexos nos ambientes dos quais aquelas pertencem.

Tendo em vista tais considerações, a presente pesquisa fundamenta-se na teoria de Winnicott, especialmente referente à relação da criança e o ambiente e daquela com o brincar, ambas amplamente estudadas pelo autor, que pontua a necessidade de um ambiente *suficientemente bom* para garantir-lhe a sobrevivência e um desenvolvimento saudável.

Quanto às crianças deste estudo, privadas intensamente da audição e, atualmente, beneficiadas pelo implante coclear (em grego *caracol* - semelhante à forma de parte existente no ouvido interno) necessitam, como qualquer outra, de um *ambiente suficientemente bom* para promover-lhes um processo evolutivo saudável e de aprendizagem verbal.

Esta importante aquisição científica vem sendo empregada no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo, em Bauru/SP, na Seção de Implante Coclear, unidade do Centro de Pesquisas Audiológicas, vinculado a esta instituição-escola. No que respeita ao atendimento de crianças com Implante Coclear (I.C.), objeto deste estudo, o hospital oferece atendimento interprofissional, especializado, não só responsável pela cirurgia do implante como também pelo *follow-up* dessas crianças e de suas famílias. Neste grupo de profissionais, o psicólogo tem seu lugar efetivo, o que favorece a realização de investigações neste campo de atuação.

A presente pesquisa vem contribuir para a compreensão do processo evolutivo dessas crianças, proporcionando-lhes, através da representação lúdica, melhores meios para possibilitar o conhecimento delas e dos ambientes sócio-familiares dos quais fazem parte. Em complemento, esta estratégia lúdica lhes favorece o bem estar, que se estende aos lares onde vivem.

Para efetuar esta pesquisa, o primeiro passo foi submeter o seu projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da citada instituição. Uma vez aceito, foi solicitado e obtido a participação dos pais ou responsáveis pelas crianças estudadas, o seu Consentimento Livre e Esclarecido. Tratando-se das crianças na idade pré-escolar, (4 a 6 anos) objeto deste trabalho, a elas também foi solicitado, oralmente, sua colaboração. Todos os dados foram coletados diretamente pela autora desta dissertação e interpretados, como já foi referido, à luz das contribuições de Donald Woods Winnicott.

Espera-se que esta contribuição possa proporcionar novas vias de conhecimento em prol do processo evolutivo das crianças estudadas e do seu ambiente familiar. A estas são proporcionados importantes avanços científicos, mas que, por si só, não garantem seu efetivo desenvolvimento, próprio da idade, e sua plena interação com o contexto familiar e educacional dos quais faz parte. Há necessidade de se conhecer psicologicamente essas crianças que, antes eram privadas de ouvir e sua integração com o ambiente, para se verificar, através do lúdico, as possibilidades para que ocorra nestas condições, o processo de um desenvolvimento saudável.

Com base no exposto, a pesquisa em foco, teve como objetivo conhecer individualmente um grupo de crianças, com profunda deficiência auditiva, ora minimizada pelo implante coclear, bem como o ambiente em que esta está inserida.

Para tal fim, utiliza-se do brincar em cenas sistematizadas e interpretadas em função do que a criança se expressa. A estas são proporcionadas situações com brinquedos que estimulam a representação criativa do seu viver, aliadas a uma observação participante com as mesmas e entrevista com seus pais, tudo isto à luz das concepções de Winnicott. Assim, como já referido, o objetivo desta pesquisa é o de conhecer a criança com implante coclear (I.C) por meio do seu brincar, mediante estudo de casos nos quais é focalizado seu processo evolutivo em função de um *suprimento ambiental*, que segundo o autor, pode ser *suficientemente bom* ou não.

2 APOIO TEÓRICO

Nesta parte do trabalho pretende-se apresentar as principais idéias e pressupostos de Winnicott aplicáveis à compreensão da criança (com implante coclear) e suas inter-relações, basicamente com o ambiente familiar.

2.1 A relação criança e ambiente

*Que inquietante estranheza, quando as mães
vacilam, elas que, só elas, ficam entre nós e a
redenção.*

Freud em Carta a Fliess, citado por Cesar (2009)

Em toda a sua obra, Winnicott enfatiza a vital importância que o ambiente, principalmente o da família, desempenha na vida e no desenvolvimento infantil. O autor já afirmava (1969/1999b) que “*a criança possui uma tendência herdada para o desenvolvimento*” (p.141). E que “*(...) o suprimento ambiental ou fornece uma oportunidade para que ocorra o processo interno de crescimento, ou então impede que tal aconteça*” (p. 148).

Por ambiente da criança, Winnicott (1951/2000) identifica a própria pessoa da mãe, suas características pessoais e situacionais, incluindo neste contexto o pai, os irmãos, se, por ventura existirem, a família estendida e as especificidades do lar onde aquela vive. O autor salienta ainda que a mãe em questão, não se trata da genitora, mas da pessoa que exerce a *maternagem* junto à criança.

Com efeito, não há como pensar na criança pequena sem a figura materna. É esta última que lhe deve proporcionar acolhimento e cuidados essenciais para o pleno desenvolvimento do seu filho. Dos cuidados que este necessita, o teórico em evidência (1969/1999b) inclui afeto e calor, fatores importantes para que o pequeno desenvolva certa dose de confiança nas pessoas.

Segundo este autor (1969/1999b), é previsível que os pais, em determinado momento de suas vidas, estejam absorvidos pelos próprios problemas e não possam prodigalizar aos filhos os devidos cuidados e assistência que eles necessitam. Se mesmo assim, houver no lar, pais que revelem uma determinada convivência entre si, providenciem juntos o sustento

doméstico e que as crianças possam observar esta situação, isto é, se houver certa *previsibilidade do ambiente*, estas podem suportar certa tensão que ali se apresente. Com isto, o autor precisa o conceito de “*pais suficientemente bons*”, afirmando que estes podem ser qualquer um de nós – não perfeitos, mas que “*podem ser usados por bebês e crianças pequenas.*” (Winnicott, 1969/1999b, p. 141).

Anteriormente, Winnicott (1951/1975) enfatiza a importância da existência de uma “*mãe suficientemente boa*” para a criança, sendo que nesse momento, a figura materna inclui a idéia de pai, entre outras especificações próprias de um ambiente *suficientemente bom*.

Mãe suficientemente boa é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades da criança, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade desta em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. (p. 25)

Se tudo corre bem, quando do nascimento de um bebê, ele está em estado fusional com a mãe ao que o autor denominou de *dependência absoluta* (Winnicott, 1960/1983a). Neste começo, a *mãe suficientemente boa* fornece uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê, dando a oportunidade para que este tenha a *ilusão* de sua onipotência (a mãe oferece o objeto quando o bebê necessita dele).

Como se sabe, a dependência, segundo o autor, só consegue ser instalada quando houver plena confiança da criança no ambiente (mãe). Tal confiança/crença, quando do estágio inicial do desenvolvimento da criança, está em processo de construção e tem-se que ter cuidados para que algo não dificulte ou abale a confiabilidade no ambiente e assim acontece a instalação da *dependência*, essencial nos estádios mais primitivos do desenvolvimento humano.

Com o passar do tempo e gradativamente a mãe vai fornecendo ao seu bebê falhas à adaptação, ou limites e frustração que possibilitam a *desilusão* e a percepção de algo externo a si mesmo e que se desloca, sendo na verdade, a primeira percepção que ele tem de sua mãe. Ao mesmo tempo, toma consciência desta dependência e adquire a capacidade de fazer saber ao ambiente quando necessita de atenção. Neste estágio não existe mais o estado fusional mãe-bebê e também não existe a dependência absoluta, estabelecendo-se, então, uma *dependência relativa*. A partir desta *dependência*, começa a *luta pessoal da criança pela independência*, ao que o autor denominou de um estágio *rumo à independência* (Winnicott 1960/1983a, p. 46).

Sabe-se que as crianças pequenas, como é o caso das deste estudo, necessitam de cuidados contínuos e seguros para desenvolver-se de forma apropriada, e isto independente de sua condição de surdez relativa em estágio de aprendizagem verbal (compreensiva e expressiva). Elas, segundo o autor (1969/1999b), como todas as crianças, possuem uma tendência inata para viver, alimentar-se, respirar, crescer e desenvolver-se. Cada uma se apresenta com ritmo e singularidade próprios, que a faz diferente uma das outras. Os processos de desenvolvimento individualizados das crianças trazem mudanças que, por vezes, são muito aguardadas pelos pais.

No contexto competitivo em que se vive, os pais desejam que seus filhos estejam bem preparados para enfrentar os desafios pertinentes e é comum que alguns deles comparem os avanços no desenvolvimento de seu filho com outros, desconsiderando a singularidade deste. Os pais das crianças deste estudo, não são diferentes - após a colocação do implante na cóclea de seu filho, aguardam com ansiedade, mudanças que correspondem não somente à aquisição da linguagem que lhe facilitará a comunicação oral, como também seu desenvolvimento em geral. Acontece que esta criança é inserida num processo lento e gradual de aprendizagem que necessita de um suprimento ambiental *suficientemente bom*, como toda e qualquer criança.

Além disto, as condições derivadas da própria deficiência e também da cirurgia invasiva e *follow up*, podem provocar nesta criança um estado de stress que aumenta ainda mais seu desconforto. Nesse sentido, Winnicott apresenta suas contribuições.

O autor (1969/1999b) concebe o stress que se desenvolve na criança como resultante do fracasso parcial ou total do suprimento ambiental, ou ainda das tensões inerentes ao seu crescimento. Como exemplo dessas dificuldades cita o problema universal de ambivalência, como o do amor e ódio a uma dada pessoa/coisa que ocorre em um mesmo momento.

No presente estudo, tem-se como exemplo o stress resultante em ambas, mãe e criança, pelas constantes expectativas sobre os diversos deslocamentos do lar ao hospital, para fim de tratamento, tendo em vista que 70% destas residem em outros Estados.

No caso das crianças com I.C., objeto da presente pesquisa, pode ocorrer intenso *stress* consequente de fortes tensões no ambiente, oriundas do conhecimento do diagnóstico da surdez, pelos pais. Nos dias atuais, isto ocorre frequentemente ainda na maternidade, quando do nascimento do bebê, através da aplicação do *teste da orelhinha* utilizado para o diagnóstico da saúde auditiva do recém-nascido ou um pouco mais tarde, auxiliado pela observação dos pais. Ambas as situações podem intensificar os sentimentos ambivalentes em relação ao afeto dos pais para com seu próprio filho que, de certa forma, não corresponde ao

ideal filial esperado, tendo em vista a deficiência auditiva. Nesse sentido Winnicott, no seu livro *Conversando com os Pais*, (1957/1999c) assim se expressa:

Penso haver muitíssimo a fazer nessa questão de aceitar o que as pessoas sentem, pensam e realizam, e a partir dessa base, desenvolver uma discussão ou um ensino que propicie uma melhor compreensão. (p. 4)

Quando os pais se sentem estressados, eles se colocam em dúvida quanto à educação a ser proporcionada ao filho, procurando informações sobre o rumo a seguir com a sua criança, sem ao menos perceberem a própria problemática pela qual, eles próprios, estão passando (Winnicott, 1960/1999a).

Essas considerações revelam a importância do contexto em que a criança está inserida, em especial o conceito de *suprimento ambiental suficientemente bom*, onde se inclui todo o entorno da criança, em especial os pais, com demais filhos se houverem, e particularmente a mãe.

Khan (2001) ressalta que: Winnicott observa e compreende o bebê e a criança mais velha, como uma pessoa inteira, inserida no meio ambiente de cuidado que lhe é oferecido. Esse posicionamento faz muita diferença na forma de observar as crianças, bem como na justa compreensão do seu viver.

Ao nascer, o bebê é inserido num ambiente (mãe) onde, neste contexto, havendo *uma mãe suficientemente boa*, surge entre esta e a criança, uma área intermediária, que é a do brincar, a qual será tratada seguidamente.

2.2 O brincar como elemento transicional

*Na realidade, nunca renunciamos a nada:
apenas trocamos uma coisa por outra.*
Freud (1908/1996, p.136)

Os conceitos abaixo descritos servem para compreender a constituição do brincar e este como elemento transicional, mas sem aplicação direta no material colhido nesta pesquisa.

Desde o nascimento da criança, pode-se observar uma série de fenômenos que serão descritos como uma tendência desta em levar os punhos e dedos à boca, buscando satisfazer os instintos ligados a zona erógena oral, ou manifestados em momentos tranquilos.

Com alguns meses, os bebês manipulam bonecos, objetos, panos e é comum as mães perceberem e respeitarem a eleição de algum objeto especial que a criança privilegia, sem sombra de dúvidas.

Este uso do objeto pela criança pode ser de variedade infinita; ainda, segundo Winnicott (1951/2000), nem mesmo precisaria ser um brinquedo, mas um pedaço de pau ou de pano, uma linha, enfim, não importando o que seja, mas sim poder ser usado por ela, amado e odiado, conservado e destruído, fantasiado e desiludido, dando vazão à dualidade, à ambivalência da busca e seu contrário, enfim, experienciando diferença e similaridade, tornando-se então capaz de aceitá-las.

É hoje geralmente reconhecido, acredito, que aquilo a que me refiro nesta parte de meu trabalho não é o pano nem o ursinho que o bebê usa: não tanto o objeto usado quanto o uso do objeto. (Winnicott, 1971/1975d, p. 10)

Para o autor citado, brincar é fazer e para que isso aconteça há necessidade de um determinado espaço (potencial) e um tempo, essenciais para que essa experiência se efetive. (Winnicott, 1971/1975d, p. 62).

Há a necessidade de retornar-se, junto com o autor, a idéia da unidade fusional, mãe-bebê, quando ocorre a *dependência absoluta* ou *dupla dependência* (mãe-bebê e bebê-mãe), momento este que provavelmente derivou a conhecida fala de Winnicott em uma reunião da Sociedade Britânica de Psicanálise, citado por Safra (2009): “O bebê não existe” – não existe separado de sua mãe. Quando da passagem desta fase para a da *dependência relativa* ocorre um espaço e momento em que a mãe passa a ser percebida como algo externo e separado - objetivamente percebido.

Aí surge o brincar que, segundo Winnicott (1971/1975d), ocorre inicialmente no espaço intermediário entre a mãe e a criança e num momento intermediário que, para abandonar a mãe como objeto subjetivamente percebido e percebê-la como objeto, objetivamente percebido, a criança cria um *objeto transicional* (concreto), que seria a primeira *possessão original não-eu*, a que o autor denominou *objeto transicional*.

Segundo Winnicott (1951/2000), o brincar é possível a partir da constituição de um *espaço potencial*, ou seja: “*existe uma terceira parte na vida do indivíduo, parte essa que não podemos ignorar, uma região intermediária de experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa.*” (p. 318).

No mesmo texto, o autor refere-se que é nesta terceira área de experimentação, que ocorre os *fenômenos transicionais* (o balbúcio do bebê, o cantarolar da criança, a brincadeira

com a fraldinha na hora de dormir), ou seja, a utilização de um *objeto transicional*, assim denominado porque não está dentro, nem fora do indivíduo; não pertencente à sua realidade interna, nem inteiramente à externa; mas pertence a *uma área intermediária, um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas* (Winnicott 1951/2000, p. 318).

Ainda, segundo o autor (1971/1975d), o *objeto transicional* pode ser uma bola de lã, uma melodia, um balbucio, algo fora do corpo da criança, mas quase inseparável, enfim, este algo que passa a constituir-se uma defesa contra a ansiedade, e sua importância, logo é percebida pelos pais que permitem que este seja usado pela criança no momento de ir dormir, alimentar-se e passear. Neste uso é acariciado, amado e mutilado e só deve mudar se for mudado pela própria criança.

Esse objeto representa aquele da primeira relação (a mãe) e o seu uso pelo bebê possibilita que este passe da ilusão de onipotência e controle mágico para a experiência da desilusão e controle pela manipulação (cf. Winnicott, 1971/1975d, p. 23). A criação do objeto transicional pela criança depende, portanto, da constituição da *dependência absoluta*, da oportunidade da experiência de *ilusão* e posterior *desilusão*, que por sua vez necessitam ambas da existência da *mãe suficientemente boa*, sem a qual tais experiências não aconteceriam.

Assim como em determinado momento, o objeto transicional passa a ter uma importância primordial para a criança, em outro, a posteriori, passa a ser relegado, oportunamente, por ela.

Perde o significado, e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a “realidade psíquica interna” e “o mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum”, isto é, por todo o campo cultural. (Winnicott, 1971/1975d, p.19)

Assim como os pais *suficientemente bons* percebem e respeitam a importância dada pela criança ao objeto transicional, geralmente também aguardam que o valor deste vá se desintegrando aos poucos, pulverizado nas experiências culturais.

Nesta exposição, foi colocada em destaque a importância do brincar e também como fenômeno transicional, elemento fundamental para o desenvolvimento emocional e para todo o processo evolutivo da criança.

2.3 A importância do brincar

Brincar é coisa séria.
Freud (1908/1996, p. 133)

Nesta unidade é apresentado o brincar, fenômeno de grande importância, tendo em vista estar presente nas diferentes fases do desenvolvimento humano, universal e evidente especialmente nas crianças. Brincar é fundamental para o processo evolutivo infantil, sendo a própria saúde que facilita o crescimento e os relacionamentos com as pessoas que cercam a criança, sendo uma forma de comunicação consigo mesmo e com os outros (Winnicott, 1971/1975d).

O tema em questão, o brincar, elencado nesta pesquisa como verbo no infinitivo, fornecedor de uma idéia de ação ou estado, é assim utilizado por Winnicott (1971/1975d) para enfatizar que a importância dada não se encontra no brinquedo ou na brincadeira (substantivos), mas sim no brincar, isto é, o enfoque está centralizado no que a criança faz com o objeto. Embora tenhamos o foco desta pesquisa nas crianças, o brincar, como o concebe Winnicott, não se limita apenas a elas, mas se estende aos adultos também.

Voltando um pouco no tempo, em *Escritores Criativos e Devaneios*, Freud (1908/1996) compara o comportamento da criança ao brincar, com o de um escritor criativo: cria um mundo próprio, melhor dizendo, rearranja as coisas de seu mundo numa nova ordem que lhe agrada, sendo sua ocupação favorita, a brincadeira. Para a criança, *brincar é coisa séria* e esta se dedica a esta atividade com emoção, afínco e seriedade – retira elementos das coisas visíveis e tangíveis do mundo real e transporta para situações e objetos imaginados. Essa ligação diferencia o brincar infantil do devaneio onipotente. O que vem a se opor ao brincar não é a seriedade, é justamente o que é real, muito embora este último forneça suporte à atividade de brincar.

Em sua obra magna, *a Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/1996) refere-se a dois campos de experiência dos indivíduos: a realidade psíquica interna de cada um e a realidade externa e compartilhada socialmente.

Winnicott (1951/2000) por sua vez, propõe que o brincar pertence a uma terceira área de experiência dos indivíduos, o espaço potencial, que faz a transição entre os dois campos de experiência freudianos: o mundo psíquico e o mundo socialmente compartilhado.

Nesta terceira área da experiência, a criança vai gradualmente perceber e aceitar a realidade socialmente construída: passa da ilusão de onipotência de criação de tudo para uma

crescente aceitação da realidade externa. Esse *espaço potencial* não tem fronteiras definidas, tratando-se de uma área de jogo, que tece nossa realidade.

Segundo Winnicott (1971/1975d), é nesta zona de experimentação intermediária que se dá o processo de emergência simultânea do sujeito e do mundo entendido como ambiente cultural compartilhado. Ao mesmo tempo gera a realidade interior e exterior. É nesse lugar que acontece o brincar, o jogo sem regras, desde que existam as condições favoráveis. Para o autor, esse espaço une e separa, ao mesmo tempo, a criança e seu ambiente, engendrando isolamento e comunicação, solidão e presença, identidade subjetiva e alteridade cultural.

Ao brincar, a criança experimenta uma sensação delicada de prazer, de controle, em que sua subjetividade emerge juntamente com os objetos reais. A criança brinca com a realidade – o ambiente de confiança e sintonia que desfruta com sua mãe proporciona o relaxamento necessário a esta experiência. A princípio brinca só, na presença da mãe. Esta última experiência de ficar sozinha, na presença da mãe, lhe capacita para esquecer-se dessa presença confiável, uma vez que pode ser contatada no momento que quiser.

A delicadeza da experiência do brincar da criança é percebida pela mãe que não rompe com o dinamismo do brincar infantil. Brinca também só e com sua criança quando esta está pronta para experimentar um brincar que não lhe é próprio, mas que pode ser compartilhado. Daí poderá passar para o estágio mais avançado, ou seja, conseguir brincar só – a *mãe suficientemente boa* (ambiente) está internalizada.

A confiabilidade e a previsibilidade da mãe proporcionam à criança a credibilidade necessária no ambiente para que esta, finalmente, possa adquirir a *capacidade de estar só*, isto é devido sentir a segurança necessária, para o seu viver.

2.4 O brincar criativo e sua carência

Quanto a esta parte, o brincar criativo, já foi tratado nas outras partes do trabalho. Por esta razão, apenas são abordados alguns aspectos do mesmo.

Verificou-se anteriormente, segundo a teoria de Winnicott (1971/1975d) que, se tudo corre bem, e isto significa entre outras coisas, a existência da *mãe suficientemente boa* que possibilite à criança pequena a experiência de ilusão/desilusão, esta poderá constituir o objeto transicional quando toma para si a fraldinha ou outro objeto qualquer em seu mundo, apropriando-se dele.

Ao criar o objeto transicional, a criança concebe sua primeira possessão não-eu, o primeiro uso de um símbolo e da experiência do brincar, este último essencial porque através dele consegue manifestar sua criatividade (Winnicott, 1971/1975d).

Winnicott (1962/1983c) ressalta em uma de suas obras, a importância do *ser criativo*, da criatividade mesma que, por seu intermédio, pode-se ter sucesso numa busca maior, ou seja, a do indivíduo pelo seu eu (*self*), podendo utilizar sua personalidade integral, existir como unidade e portanto poder expressá-la: (...) *eu sou, eu existo, eu adquiro experiências, enriqueço-me* (...) p.60. Quando o indivíduo, criança ou adulto, consegue reunir-se e existir como uma unidade, alcança o *viver total*, onde tudo é criativo. Para tanto, faz-se necessário uma condição essencial, a de relaxamento, só obtida se houver fidedignidade no ambiente.

A falta de *confiança, previsibilidade e fidedignidade* do ambiente acirra a ansiedade e, por conseguinte, a organização de defesas. Nas crianças, Winnicott (1935/2000) destaca especial atenção ao cansaço e à inquietação delas, que não conseguem dar conta da excitação e da ansiedade que as afeta, através do brincar. Neste insucesso, transformam a excitação e ansiedade sentidas em comportamentos inadequados e irritantes.

É bastante comum, inclusive nas crianças deste estudo, a presença de comportamentos tais como agitação, perturbações do sono, do apetite, da eliminação, medos, insegurança e animosidades. Segundo o autor (1935/2000), esta é uma forma intrapsíquica de lidar com ansiedades que tem contrapartidas comportamentais.

Winnicott (1935/2000) compara a realidade externa com a realidade interna. Esta também pareceu ser uma boa perspectiva para o estudo das crianças deste trabalho.

3 METODOLOGIA

Esta parte do trabalho teve por objetivo a seleção das crianças e de suas famílias, a elaboração do perfil demográfico de ambas, para obter-se uma apreciação geral dos integrantes selecionados para a pesquisa. A seguir, foram explicitados os instrumentos de coleta de dados. Para sua interpretação foram utilizados certos conceitos de Winnicott, particularmente aqueles referidos no apoio teórico. Como comprovante da metodologia empregada, foram apresentados dois estudos de casos, nos quais são utilizados os instrumentos metodológicos previstos.

3.1 Integrantes da Pesquisa: criança e família

As crianças e seus familiares analisados neste estudo foram previamente selecionados pelo próprio hospital e posteriormente pelos critérios de homogeneização utilizados na pesquisa.

Primeiramente apresentam-se os critérios de elegibilidade dos candidatos a implante utilizados pelo Centro de Pesquisas Audiológicas, no que se refere à Seção de Implante Coclear do citado hospital. São eles considerados por Costa Filho, Bevilacqua e Moret (1996) aperfeiçoados na atualidade, pelos dois primeiros autores, incluindo Amantine (2005) e individualmente Moret (2005). Os mesmos são sintetizados por Magalhães e outros (2007), os quais são aqui apresentados:

a) Tipo e intensidade do déficit auditivo

Há necessidade que o déficit auditivo seja de natureza neurossensorial, isto é, identificado por distúrbios que provém das células ciliadas da cóclea, com alterações na amplitude da audição e conseqüente ausência ou diminuição profunda da intensidade sonora e da discriminação auditiva (Santos & Russo, 1991). Além disso, que sejam bilaterais e em grau profundo.

b) Idade e tempo da privação auditiva

Os dois primeiros anos de vida vêm a ser o período mais indicado para a cirurgia do implante, uma vez que há maior plasticidade neural que facilita a reorganização cerebral a novos estímulos e também pela necessidade da aprendizagem verbal no período previsto para a aquisição normal da linguagem (de um a dois anos de idade). Segundo Moraes, Zeigelboin, Bevilacqua e Jacob (2000), quanto menor for o tempo de privação auditiva, maiores são as chances de conseguir-se adequada expressão e compreensão verbais.

c) Desenvolvimento saudável das crianças

Elas devem ser isentas de comprometimento acentuado de natureza cognitiva e emocional, como são as acometidas de deficiência mental média ou profunda ou de autismo. Estes quadros clínicos podem impedir a colaboração da criança na proteção da prótese, bem como no uso das habilidades que proporcionam a aprendizagem verbal. Juntam-se a esses critérios, as de deficiências motoras, como a criança que sofre de paralisia cerebral, cujos movimentos abruptos podem arrancar a prótese e não apresentar condições para essa aprendizagem.

d) Condições favoráveis dos familiares

Constituem também critérios de elegibilidade a motivação, compenetração e disponibilidade dos familiares para acompanharem a criança na cirurgia e a orientarem no processo da reabilitação, sobretudo na aprendizagem verbal. Também é propício que a família nuclear conte com rede de apoio da estendida que, quando bem informada, constitui elemento valioso na reabilitação da criança.

e) Recursos comunitários condizentes ao *follow up* da criança com I.C.

É importante a existência de recursos educacionais e de equipes inter-profissionais na localidade na qual a criança selecionada e sua família nuclear residam ou em regiões próximas e de fácil acesso.

Uma vez atendidas essas exigências é necessário prever um processo de intercambio de informações entre os recursos escolhidos pelos pais e os da Seção de Implante Coclear do referido Hospital.

Com respeito à pesquisa em foco, utilizaram-se critérios de homogeneização do grupo de crianças e de seus pais ou representantes, resultando-se em dez conjuntos criança e família. Nota-se que o respeito à individualidade é preservada nesses conjuntos. Complementa-se

como critério, a faixa etária de maior expressividade lúdica que, segundo Bomtempo (2007) corresponde ao período de quatro a seis anos.

São estes os seguintes critérios de homogeneização:

- da própria criança:
 - ser usuária do I.C., no mínimo, por um ano;
 - contar com a idade de quatro a seis anos;
 - estar em tratamento no Centro de Pesquisas Audiológicas – Seção de Implante Coclear, do citado hospital.
- da família:
 - ser constituída pelos dois pais presentes no lar onde vive a criança;
 - ter convivência regular com o pai que não mora com ela, no caso de separação dos genitores.

Eliminam-se aqueles casos onde a separação dos pais da criança, prejudica a convivência desta com um deles.

3.2 Instrumentos de coleta de dados

São especificados abaixo os seguintes instrumentos:

- Entrevista semi-estruturada com os pais, cujo roteiro apresenta-se no anexo nº1, incluindo dados dos prontuário da criança no hospital.
- Observação lúdica participante para fins de *rapport* e conhecimento inicial da criança.
- Administração e interpretação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (1989).

Com relação ao roteiro da entrevista (anexo nº1), este é constituído de instruções e de itens conceituais para a sua aplicação. Abrange dados sobre a história da deficiência auditiva da criança, seu desenvolvimento psicológico, com ênfase nos distúrbios de comportamento e suas áreas. Estes são considerados como reações inadequadas da criança que se mantém fora

da idade e objeto de regressão, ambas situações responsáveis por dificultar o desenvolvimento saudável da criança resultando em meios que prejudiquem o seu relacionamento, especialmente com a figura que exerce a maternagem.

A respeito das crianças pré-escolares com implante coclear, encontram-se apenas alguma bibliografia disponível. Mellon (2000) apontou como distúrbios de comportamento em crianças com deficiência auditiva o isolamento, a impulsividade, o egocentrismo e a esteriotipia. Este é um exemplo de trabalho efetuado com crianças que são privadas de audição mas não se referiu à aquelas com implante coclear. Como outro exemplo, cita-se o trabalho de Cariola (2006) que, por meio do Desenho da Figura Humana, segundo Koppitz, detectou distúrbios como timidez, inibição e isolamento em crianças escolares. Estes são trabalhos aproximativos, encontrados, mas não diretamente com crianças pré-escolares com implante coclear, objeto do presente estudo.

São detectados os distúrbios em suas respectivas áreas. Note-se que esta classificação foi obtida da experiência profissional da autora, especialmente dos casos estudados nesta pesquisa.

<u>Áreas:</u>	<u>Distúrbios de comportamento</u>
Linguagem:	- atraso na expressão ou compreensão da linguagem verbal; linguagem infantilizada; dissonorização; dislalias; emissão telegráfica na composição de frases.
Alimentação	- seletividade de alimentos; falta de horários; inapetência; dependência dos demais para comer; lentidão; uso inadequado de guloseimas; alimentação líquida e pastosa, fora de época.
Sono	- agitação; bruxismo; parasonias; interrupções frequentes; pesadelos; necessidade de companhia para dormir; falta de cumprimento nos horários de acordar e adormecer; sonolência frequente.
Eliminação	- enurese diurna e/ou noturna; dependência dos demais; carência de condutas socializadas;
Manipulação	- uso tardio da chupeta e de paninhos; chupar dedos; onicofagia.
Inter-relação	- apatia; isolamento; dependência dos demais; agressividade; indisciplina; teimosia; negativismo.
Medos:	- pessoas (familiares, estranhos, médicos); do escuro; de

figuras imaginárias; de situações novas; do hospital.

Ansiedade - crise de birra; irritabilidade; choro ou manhas frequentes.

Ciúmes - dos irmãos; de outras pessoas; de um dos pais; dos próprios pertences.

Além dos dados pessoais da criança e da família desta, diretamente relatados à pesquisadora, a entrevista apresenta conceitos em relação à criança x mãe, criança x pai, criança x irmãos, e situações que podem alterar o desenvolvimento da família como: mudança de domicílio, doenças, separação e conflitos entre genitores. Inclui também limitações e concessões educacionais em relação ao filho com privação parcial ou total da audição. Além do lar, há itens referentes à instituição educacional na qual a criança poderia frequentar.

Quanto à observação lúdica da criança, foram disponibilizados brinquedos diferentes dos utilizados no Jogo Estruturado de Lynn, mas adequados ao período de vida da criança, objeto de estudo.

Em relação ao Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (adaptado por Perez-Ramos em 1989), apresenta-se uma informação sintética e uma idéia do protocolo utilizado para sua aplicação e interpretação. Trata-se de uma técnica de natureza lúdica apropriada a crianças pré-escolares (4 a 6 anos) para verificar os desajustamentos mais leves em relação ao ambiente familiar. Vale dizer, que a finalização das cenas propostas à criança, são livres.

O Jogo consta de várias cenas/situações incompletas, organizadas com diferentes brinquedos que representam momentos da rotina da criança. Um dos critérios por que foi escolhido este jogo é devido poder vir a ser um complemento da limitada linguagem verbal da criança em foco. Este instrumento foi ainda escolhido por corresponder a utilização do lúdico e também pela faixa etária da criança de 4 a 6 anos, período escolhido para a homogeneização das crianças, como já foi referido antes.

O material lúdico que compõe o jogo consta de uma família de bonecos e de pequenos móveis e brinquedos representativos da vida quotidiana. Com estes brinquedos, são montadas diversas cenas, previstas nas instruções do instrumento, como as de dormir, alimentar-se, usar o banheiro, acrescentadas de cenas de jogos e brigas entre os pares, passeio dos pais e de hospitalização da criança. Tais cenas são oferecidas a esta para que, através da dramatização, complete-as. Ao iniciar o processo, oferece-se ao examinando (a) um bonequinho(a) representativo de um(a) menino(a) do seu próprio sexo, o qual seria ele(a) próprio(a), a fim de facilitar-lhe o envolvimento nas diversas situações preparadas. O formulário de aplicação das

situações lúdicas (anexo nº2) consta de quadros destinados à anotação qualitativa e quantitativa dos dados.

3.3 Comprovantes da metodologia: estudos de casos

A seguir são apresentados dois estudos de casos que comprovam o valor da teoria empregada, bem como da metodologia e os instrumentos previstos para a presente pesquisa. Informa-se que, os casos apresentados abaixo já foram publicados sucintamente, mas sem a interpretação devida, por Magalhães e outros (2007) na *Revista Academia Paulista de Psicologia*. Estes estudos de casos são retomados nesta pesquisa, ora com a análise winnicottiana tanto em um caso em que se verifica falha no suprimento ambiental da criança como no outro em que há um ambiente “suficientemente bom”.

CASO nº1 – A (abreviação do nome)

1) Dados da Entrevista e do Prontuário.

São estes referentes às informações em relação à criança, obtidos pela avó paterna. Parte do início da gestação da paciente, passa pela história de sua deficiência auditiva, seu processo evolutivo, os distúrbios de comportamento apresentados, entre outros. Prevê também a obtenção de dados sobre o ambiente familiar e oportunamente sobre a instituição escolar na qual a criança frequenta. São estes:

a-) Dados Pessoais

- da criança

Nome: A (abreviação); idade 5;6 meses; sexo feminino; posição na família: filha única;

- da família

Pai: técnico de segurança do trabalho; 31 anos; ensino médio completo.

Mãe: auxiliar odontológico; 29 anos; ensino médio completo.

b-) Desenvolvimento da criança

Diagnosticada pela existência de: neuropatia no nervo coclear provocando perda auditiva neurossensorial profunda. Não reagia aos sons domésticos, o que ocasionou conflitos

entre os pais. O implante, efetuado no ouvido direito, foi realizado quando a criança tinha 2 anos e nove meses.

Gestação não planejada e nascimento prematuro com cinco meses e meio, pesando oitocentos e sessenta gramas, permanecendo dois meses e vinte e um dias na incubadora, o que ocasionou, já de início, perturbação na maternagem, especialmente devido ao período em que a criança permaneceu hospitalizada em risco de vida.

Houve atraso no desenvolvimento psicomotor da criança, com compensação gradual até os seis meses de idade. Alguns distúrbios de comportamento foram detectados atualmente, a fim de verificar-se as condições emocionais da criança. Foram eles:

- linguagem: - dissonorizada, lambdacismo, dificuldade na discriminação de fonemas e na linguagem compreensiva.
- sono: - irregularidade no ritmo do sono, com frequentes períodos de vigília.
- manipulação: - sucção frequente do polegar.
- inter-relação: - dificuldade de relacionamento com outras crianças, isolando-se delas e insistência na atenção dos pais para com ela.
- medo: - do escuro, de barata, de ficar sozinha.
- ansiedade: - crises de birra iniciadas ao redor de um ano e meio, o que veio provocar atitude impositiva por parte da mãe;
- agitação e nervosismo, intensificados por ocasião da internação hospitalar materna.
- ciúmes: - ciumenta e possessiva de todos no lar.

Estes distúrbios podem, em parte, ser explicados pela situação conflitiva da *maternagem*, agravados pela instabilidade no lar, superproteção e rejeição à criança, o que corroborou para o seu atraso em freqüentar um jardim da infância, fato que foi realizado apenas quando a criança tinha quatro anos e meio.

c-) Ambiente na família e na instituição escolar.

A entrevista foi realizada com a avó paterna da criança, uma vez que a mãe estava hospitalizada e o pai estava trabalhando e estudando. Devido à mãe estar doente já há algum tempo, a *maternagem*, que era dividida entre a genitora e a avó paterna, ficou mais ainda prejudicada.

A proximidade de moradia entre ambas facilitava a troca da “figura que exerce a maternagem junto à criança” (Winnicott, 1971/1975). Com a intensificação da doença da mãe

(anorexia grave), esta ficou hospitalizada durante um longo período, passando os cuidados da criança à avó paterna. Pode-se perceber que essa criança ficou dividida na atenção que recebia entre a mãe e a avó, situação em que ocasionava sentimentos ambivalentes para com estas, devido em parte, às diferenças intergeracionais e culturais.

Por sua vez, o pai não era figura atuante na vida da criança, a não ser ocasionalmente, quando a levava para passear. Sendo a filha diagnosticada com deficiência auditiva profunda e indicada como candidata para realizar o implante coclear (I.C.) sendo que este manifestou-se contra, o que gerou intensa situação conflitiva entre os cônjuges, manifestada, oportunamente,, na presença da própria criança. A partir dessa época, a mãe adoeceu gravemente e o pai, voltando a fazer faculdade no período noturno, ausentou-se mais do lar e, por conseguinte, da *paternagem*.

Denota-se que o conflito entre os pais começou com o conhecimento do diagnóstico da deficiência auditiva da filha, quando a figura paterna passou a rejeitar a esposa sexualmente. A partir desse período, o pai passou também a rejeitar e depreciar a filha sendo que a avó paterna, paulatinamente, foi assumindo a *maternagem* junto à criança, sendo esta discrepante daquela exercida pela mãe. Nestas circunstâncias a genitora sentia-se mais rígida e menos capaz do que a avó nos cuidados da criança. Usava da agressividade física para impor-lhe disciplina. Com isso a frequência à escola foi postergada. Atualmente a criança frequenta a escola regular aparentando certas dificuldades na expressão e compreensão verbais.

2) Observação da criança

A criança manifestou-se acessível ao atendimento da examinadora, além de mostrar-se inquieta, sem limites na aceitação das normas, excitada, empregando linguagem verbal pobre e solicitando constantemente a atenção da avó.

Este comportamento, segundo Winnicott (1971/1975) corresponde a regressão como um desejo de dependência a uma época em que a criança se sentia segura pelo acolhimento dos pais, resultando certo grau de confiabilidade e previsibilidade do ambiente no lar.

3) Avaliação e interpretação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn

Com respeito ao Jogo Estruturado de Lynn, as cenas foram preparadas seguidamente, em função das situações previstas no instrumento, nas quais a criança se envolveu com certa facilidade, embora muitas vezes, solicitasse a atenção da avó que foi orientada a não interromper as atividades lúdicas que a criança realizava.

Em cada uma das cenas lúdicas apresentadas à criança, esta respondia utilizando-se dos brinquedos, de acordo com o que lhe era solicitado, também com alguma verbalização. Cada uma delas era anotada em formulário próprio para posterior análise do conteúdo manifestado pela criança.

Cita-se o exemplo da cena 09 referente à arrumação para dormir, preparada por uma cena composta de quatro camas, sendo uma de casal, outra de solteiro, um berço, o boneco pai, a boneca mãe e a “boneca ego” (representando a própria criança). A examinadora oferece os bonequinhos a criança e pede que os coloque para dormir, dizendo: -“É de noite, todos vão dormir, o papai, a mamãe e a menina. Mostre-me aonde dormem e o que acontece”.

A criança colocou os bonecos pais na cama de casal e pegou a boneca-ego colocando-a no meio deles. Posteriormente junta a cama de solteiro com a do casal e expressa:

-“E fica os tês, ali.”

Pode-se interpretar que a resposta da criança nesta situação corresponde a um desejo intenso de estar e permanecer junto aos pais. Isto é explicado devido aos sentimentos da criança frente ao afastamento destes (mãe hospitalizada; pai trabalhando durante o dia e estudando a noite, o que faz com que permaneça distante do lar e, por conseguinte, da filha), podendo indicar um bloqueio na *maternagem*.

Citam-se, a seguir, as interpretações de cada cena, em função dos dados da entrevista e dos aspectos teóricos de Winnicott. Nas tabelas respectivas tem-se os dados quantitativos da eleição parental (tabela 1) e da eleição de objetos (tabela 2) que reiteram a preferência da criança por ambos os pais juntos a ela.

Avaliação pormenorizada do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (Caso nº 1).

Situação nº. 1A – Seleção entre berço e cama

A boneca ego (be) escolhe a cama; depois troca-a pelo berço. O boneco pai (bp) chega e pega a boneca ego (be) no colo.	Insegurança para aceitar o papel que lhe é próprio da idade. Na situação de dormir, ocasionalmente regride para fases anteriores no desenvolvimento. Prefere o pai e o carinho dele.
--	--

Situação nº. 1B – Seleção de mamadeira e xícara ou copo

Escolhe primeiramente a mamadeira, depois a xícara e depois o copo, empregando-os ao be (ego). A boneca mãe (bm) chega e o be (ego) a abraça e fala “mamãe e papai, tô com saudade”.	Assume papel inferior à idade na alimentação e gradualmente vai alcançando a situação própria de sua fase de vida. Sente a ausência dos pais na rotina diária e quer o seu aconchego.
--	---

Situação nº. 2 – Seleção de amiguinho

A criança escolhe o boneco menino (bm) para brincar. Brincam “de rodando” (de rodar).	Preferência masculina de criança para brincar, mostrando-se envolvida na cena lúdica.
---	---

Situação nº. 3 – Briga

O be (ego) aparta a briga entre crianças e pede para pararem de brigar, quando então chegam os bonecos pais (bp e bm). A criança conta a eles que a menina machucou o menino.	Percebe brigas entre as crianças e intervém para apartá-las. A criança provavelmente associa a situação com conflitos entre os pais e interfere para pararem de brigar. Percepção da criança aos danos provocados pela briga.
---	---

Situação nº. 4 – Alimentação

A criança despeja o conteúdo da mamadeira na xícara e depois no copo e com a colher faz o gesto de comer e fala “papô tudo”.	A criança passa da fase de vida de criança menor à própria de sua idade. Utiliza da linguagem para explicar a cena lúdica.
--	--

Situação nº. 5A – Perseguição

O be (ego) é perseguido por ambos os bonecos pais (bp e bm), parando em frente à sua mãe e diz: "vai pegar".	Percebe a mãe como agressiva e impositora na disciplina. Emprega a linguagem para completar a cena.
--	---

Situação nº. 5B – Repreensão

A boneca mãe (bm) fala que a boneca menina (ego) é malvada.	Sente que a mãe lhe imprime um papel depreciativo. Uso da linguagem.
---	--

Situação nº. 6 – Relações Parentais

A boneca ego (be) não considera que os pais (bp e bm) estão conversando e vem para junto deles.	Necessidade de aconchego dos pais, mesmo nas situações de diálogo entre eles.
---	---

Situação nº. 7A – Saída dos pais

A boneca (ego) vai se esconder da “vovó (bm) e do papai (bp)” para eles poderem achá-la.	Brincadeiras: aceita o pai e a avó nas suas atividades lúdicas. Não se envolve na cena indicada.
--	--

Situação nº. 7B – Hospital

O papai (bp) vai ao quarto da criança (ego), na cama desta. Busca a menina e leva para a cama dos pais. Em seguida a mãe (bm) vai para a cama da menina. Depois o pai (bp) troca com a mãe. O pai (bp) leva a menina ao hospital, senta-se e espera que melhore, por acompanhamento verbal.	Inicialmente mostra preferência pelo pai, eliminando a mãe da situação, o que, posteriormente, é invertida a situação pela posse da mãe. Tem consciência da ajuda do pai, até quando está doente.
---	---

Situação nº. 8 – Eliminação

A criança (ego) faz xixi e cocô na privada. Ambos os pais (bp e bm) chegam e colocam a criança (ego) na banheira.	Necessidade de acolhimento por parte de ambos os pais. Utiliza o papel de criança própria da idade na rotina diária de eliminação.
--	--

Situação nº. 9 – Arrumação para dormir

A menina (ego) vai para a cama de casal e fica no meio dos pais (bp e bm). Depois junta as camas e ficam os três ali, e a menina no meio deles.	Ela deseja a posse dos pais vivenciando situações de criança menor. Deseja o aconchego deles.
---	---

Situação nº. 10 – Pesadelo

Na situação de pesadelo, a menina (ego) vai para a cama dos pais, ficando no meio destes.	Busca os pais na sua situação de angústia, desejando o aconchego de ambos.
---	--

Tabela 1 - Eleição Parental do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (J.E.B.L.)

Situações (Caso 1)													
Sit. Pessoa	1A Berço	1B Alim.	3 Briga	4 Alim Liq.	5A Perse	5B Repr.	6 Rel Par.	7A Saída	7B Hosp.	8 Elim	9 Dorm.	10 Pesad.	Total
Pai	X	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	03
Mãe	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	01
Ambos	-	-	X	-	X	-	X	-	-	X	X	X	07
Outros	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	01
Total	1	-	1	-	1	1	1	2	1	1	1	1	11

Legenda: X existência / - não existência.

Tabela 2 – Eleição de Objetos do J.E.B.L (Caso 1)

Situações					
Sit. Obj	1A Berço	1B Alimentação	4 Alimentação Líquida	8 Eliminação	TOTAL
Berço	X	-	-	-	01
Cama	X	-	-	-	01
Mamadeira	-	X	X	-	02
Copo/Xicara	-	X	X	-	02
Prato	-	-	X	-	01
WC	-	-	-	X	01
Urinol	-	-	-	-	0
Total	2	2	3	1	8

Legenda: X existência / - não existência.

Analisando os dados das demais situações, incluindo a nº 9, observa-se uma frequência alta na preferência de ambos os pais nas situações que representam diretamente as atividades da rotina diária. Estas circunstâncias confirmam a interpretação da existência de um desejo de dependência da criança para com seus pais, conforme Winnicott (1971/1975). No caso da eleição de objetos (tabela 2), a criança está dividida em sua preferência entre aqueles próprios da idade em que está e aqueles de idades inferiores.

As informações obtidas pelo brincar da criança neste Jogo, dão margem para verificar a dependência desta, especialmente pela figura paterna. Nesse sentido ela manifesta medo e ansiedade de ficar sozinha, distúrbios que se agravam no período de internação de sua mãe. Quer ter exclusividade na atenção paterna, desejando até eliminar a mãe do seu convívio. Em sua fantasia gostaria de ver os pais juntos e ela gozando da convivência destes.

Na realidade atual, a mãe passa por um quadro grave de depressão com internação subsequente. Sente-se incapaz de cuidar de si própria e também da filha. Na realidade é agressiva e disciplinadora, utilizando-se de castigos físicos no trato com sua criança, o que justificaria a preferência da criança pela figura paterna. O quadro de anorexia e depressão profundas da mãe, com grave risco da própria vida, explica a atitude desta frente à vida e consequentemente à filha.

Já o pai encontra-se ausente do lar na maior parte do tempo e não consegue aceitar o implante coclear da filha e seus componentes visíveis. Como pontua Winnicott (1969/1999b), muitas vezes aos pais deve ser dito que a aceitação pode vir com o tempo e que o amor não é incondicional, mas comporta ambigüidades que alternam.

Atualmente a avó paterna estuda, com certas reservas, a proposta efetuada pela nora, em assumir a guarda da neta, devido o estado doentio por que passa aquela. Com efeito, a paciente não está encontrando a almejada estabilidade no lar, nem os cuidados contínuos e seguros que, segundo Winnicott (1969/1999b) são condições necessárias para que uma criança se desenvolva de forma apropriada. Não que o autor queira pais perfeitos, muito pelo contrário, considera que *as crianças necessitam de seres humanos à sua volta que tenham êxitos e fracassos, mas coerentes, previsíveis para os próprios filhos, devendo ser “suficientemente bons”*.

No caso em questão, pode-se verificar um fracasso relativo no suprimento ambiental desta criança, devido às deficiências em termos de *confiabilidade, previsibilidade e certo padrão de continuidade da linha da vida da criança*. (Winnicott 1969/1999b, p. 151). O que acontece então, é a busca, da criança, pela dependência – e isto possui significado.

A criança procura buscar no ambiente, a segurança de que necessita, em termos de confiabilidade, acolhimento e afeto. Não encontrando estas condições para o seu desenvolvimento, ela regride a fases anteriores deste, passando a ser mais dependente e possessiva dos pais.

Ainda pode-se verificar que nessa busca acentuadamente regredida, a criança não está livre para brincar independentemente. Necessita assegurar-se do que na realidade não tem – a previsibilidade e a confiabilidade do ambiente, requerendo atenção por não se sentir segura.

Conforme o teórico (1958/1983b), a criança não adquiriu a *capacidade para estar só* na presença de alguém, o que requer a existência de *mãe suficientemente boa* e menos ainda *ficar realmente só*.

Em síntese, pode-se afirmar que se trata de uma criança em busca da independência relativa, mas que o suprimento ambiental não é satisfatório. Então regride rumo à *dependência absoluta*, a fim de obter dos adultos a atenção afetuosa que necessita.

CASO nº2 – R (abreviação do nome)

1) Dados da entrevista e do prontuário:

a-) Dados Pessoais:

- da criança

Nome: R (abreviação); idade 5;11 meses; sexo: masculino; posição na família segundo filho, com irmã de 10;5 meses.

- da família

Pai: técnico projetista; 39 anos; ensino superior incompleto.

Mãe: professora de magistério/do lar; 38 anos; ensino médio completo.

b-) Desenvolvimento da criança

A criança nasceu de parto normal, a termo e com *Icterícia neonatorum*, causa provável da deficiência auditiva profunda bilateral, com dissincronia do nervo coclear, não reagindo desde cedo a estímulos auditivos, sendo diagnosticado deficiência auditiva o que ocasionou intensa insegurança por parte da mãe. O menino submeteu-se a cirurgia do I.C. tardiamente, com três anos e nove meses, após três tentativas fracassadas devido não atender as condições de saúde necessárias para tal. Apresentou desenvolvimento neuromotor normal. Com o uso do I.C., passou a compreender, paulatinamente, a expressão verbal dos demais. A criança demonstrou certa independência no brincar.

Alguns distúrbios de comportamento detectados:

- Linguagem verbal: - presença de sinais de surdez, afetando o contato verbal com os demais.
- Inter-relação: - autoritarismo, retraimento, brigas e agressividade frequentes em relação à irmã, egocentrismo.
- Medos: - medo do escuro e de figuras autoritárias.
- Ansiedade: - irritabilidade e nervosismo frequentes.
- Ciúmes: - da irmã, em relação aos seus pertences; dos pais ao atender outra criança.

Estes distúrbios podem ser explicados em parte devido à dificuldade de expressar a linguagem verbal aliada à ansiedade de entender e se fazer entender, em parte devido à educação permissiva dos pais ministrada à criança.

c-) Ambiente familiar e institucional

A entrevista foi realizada com a mãe da criança que, de forma calma, reservada e interessada respondeu ao que lhe era solicitado. Demonstrou buscar informações que pudessem auxiliar a criança, especialmente quanto a sua educação e uso da linguagem, como meio de comunicação e interação com os demais.

A família nuclear constituída de dois filhos, sendo o examinando o caçula, morava numa pequena cidade que não lhe oferecia os recursos profissionais necessários à reabilitação auditiva. Embora a família estendida da criança ainda more lá, seus pais mudaram-se para outra cidade de porte médio em busca de melhores condições para seu filho e, por conseguinte, toda a família nuclear. Nesse sentido também efetuaram cursos sobre crianças surdas e seu desenvolvimento, inteirando-se de progressos científicos como o do implante coclear, como esperança de melhoria auditiva de seu filho. Isto proporcionou aos pais maior segurança.

O ambiente familiar e conjugal é harmonioso e comprometido com o bem estar e as necessidades dos filhos. Os pais têm boa aceitação da deficiência auditiva da criança e do implante coclear, disponibilizando recursos para o contínuo tratamento fonoaudiológico.

A criança tem uma adequada convivência com a irmã, apesar de demonstrar certa rivalidade em relação à atenção dos pais para com ela. Os pais têm dificuldades em impor limites ao filho com deficiência e oportunamente utiliza castigos físicos à criança, como meio disciplinar.

Pode-se perceber que a figura que exerce a maternagem junto à criança é a própria genitora, tratando-se de *mãe suficientemente boa*, conforme os conceitos de Winnicott, já abordados anteriormente. O pai é figura presente na educação da criança.

Denota-se que no ambiente do lar há um grau satisfatório de *previsibilidade*, *confiabilidade* e *continuidade da linha de vida da criança*, condições estas que apontam para um bom *suprimento ambiental* e a oportunidade para impulsionar o desenvolvimento da criança.

Esta iniciou a frequência na pré-escola com três anos de idade e permanece na mesma até hoje. Apresentou boa adaptação desde o início, sendo que para isto tem contribuído o acompanhamento da fonoaudióloga, que o atende, na escola. Denota-se que apesar das

dificuldades auditivas, a criança participa, como qualquer outra, da educação familiar e escolar.

2) Observação da criança

A criança manifestou-se, inicialmente, reservada e ao sentir-se segura passou a atuar com maior liberdade e independência nas atividades propostas. Também demonstrou certa tranquilidade, pouco solicitando a ajuda dos demais. Suas produções gráficas estão de acordo com sua idade, também utilizando de algumas palavras escritas, inclusive seu nome.

3) Avaliação e interpretação do Jogo Estruturado com Bonecos, de Lynn

Durante a aplicação do Jogo, aceitou-o com naturalidade, participando das cenas de forma livre e espontânea. Os resultados revelam independência na sua rotina diária e também no uso da liberdade para brincar. Na situação 7ª - Saída dos pais, extra limitou-se, desobedecendo e percebendo a debilidade dos pais na imposição da disciplina filial. Demonstra claramente perceber a fraqueza disciplinar dos pais encontrando aí a oportunidade de escapar-se de seus controles. Percebe o pai afetuoso, mas controlador do seu comportamento. Quando isolado por castigo, aceita-o naturalmente.

Cita-se o exemplo da situação 5, a da perseguição, do Jogo Estruturado de Lynn, preparada por uma cena composta do boneco pai, da boneca mãe e do boneco ego. A examinadora oferece o boneco ego a criança diz: -“ O papai, a mamãe ou os dois correm atrás do menino. Qual deles corre? Por que faz(em)? O que acontece? Mostre-me”.

A criança pega o boneco ego e dramatiza a fuga dos bonecos pais dizendo: -“Ele não que. Que brinca com amigos” e pegando os bonecos pais fala a estes:-”Fraquinho e fraquinha.” Esta situação vem comprovar a percepção da criança em relação a debilidade das normas disciplinares a ele dirigidas e o desejo de independizar-se. Essa situação de acordo com Winnicott (1971/1975d) pode representar o desejo e a direção da criança rumo à independência, muito embora os pais não estejam preparados, neste momento, para oportunizarem estratégias para o bom uso da liberdade.

A seguir, encontram-se as interpretações de cada situação/cena, em função dos dados da entrevista, de observações do comportamento da criança feito pela pesquisadora e dos aspectos teóricos de Winnicott.

Posteriormente, apresentam-se os dados quantitativos da eleição parental (tabela 3) e da eleição de objetos (tabela 4).

Avaliação pormenorizada do Jogo Estruturado com Bonecos, de Lynn (Caso nº 2).

Situação nº. 1A – Seleção entre berço e cama

A boneca ego (be) escolhe a cama para dormir em vez do berço. Chega o boneco pai (bp) e a boneca mãe (bm). "Vão dormir na cama com a criança", diz o examinando.	Inicialmente se mantém na fase de vida em que está. Na presença dos pais infantiliza-se, o que é alimentado por eles (a criança é colocada na cama pelos genitores).
--	--

Situação nº. 1B – Seleção de mamadeira e xícara ou copo

A be (ego) escolhe a xícara e bebe. Os bonecos bp (pai) e bm (mãe) chegam. O be continua bebendo leite na xícara.	Independência nos hábitos alimentares e sem mudança na presença dos pais.
---	---

Situação nº. 2 – Seleção de amiguinho

O be (ego) escolhe o boneco do mesmo sexo para brincar. Brincam com carrinhos e pulam.	Preferência masculina para brincar. Brinca bem com outras crianças.
--	---

Situação nº. 3 – Briga

O be (ego) vê duas crianças brigando, entra na briga e também briga e chuta. As crianças brigam porque "são nervoso, são bravo", explica o examinando. Chegam os bonecos pais. O bp (pai) vai dar uns tapas nas três crianças. O be (ego) foge.	Manifesta comportamento agressivo com outras crianças, o que é reprimido fortemente pelo pai. O menino procura se defender da represália agressiva paterna.
--	---

Situação nº. 4 – Alimentação

O be (ego) toma "toddy" na mamadeira e come comida no prato.	Utiliza das vantagens de criança menor e dos privilégios da maior.
--	--

Situação nº. 5A – Perseguição

<p>O be (ego) e uma boneca menina brigam e a boneca "cai no rio".</p> <p>O be (ego) “queria pegar, mas não conseguiu”. O bp (pai) perseguiu o be (ego) pois “ia dar uns tapas e queria prender ele”.</p>	<p>O pai é a pessoa que o reprime fisicamente, especialmente no comportamento agressivo. Briga entre companheiros e quer ajudá-los. Defende-se da agressividade paterna.</p>
--	--

Situação nº. 5B – Repreensão

<p>O bp (pai) fala que o be (ego) é malvado porque “ele bateu na colega dele”.</p>	<p>O pai é a figura que julga e condena a agressividade manifestada pela criança.</p>
--	---

Situação nº. 6 – Relações Parentais

<p>O bp (pai) e a bm (mãe) estão conversando que o be (ego) pergunta se "já podia sair do castigo".</p>	<p>Os pais são as figuras repressoras que o castigam e o liberam deste quando ele obedece.</p>
---	--

Situação nº. 7A – Saída dos pais

<p>O bp (pai) chega e pergunta: -“ O que você está fazendo?” - Xixi, responde o be (ego).</p> <p>O bp (pai) fala: “Se você tá com fome, vai comer”.</p> <p>O be (ego) vai tomar banho no chuveiro e o bp (pai) fala: -“Tá tomando banho, filhinho? Tá fazendo o que aí?”. Ao que o be (ego) responde: “To tomando banho”.</p>	<p>Percebe o pai presente como inquisidor e controlador como quanto a suas atividades rotineiras.</p>
---	---

Situação nº. 7B – Hospital

<p>O be (ego) vai para a cama dos pais e fala que está doente. Os pais dão remédio. O be (ego) volta para sua cama.</p>	<p>Quando doente/indefeso, procura a atenção dos pais. Parece utilizar da doença para obter a atenção dos seus genitores.</p>
---	---

Situação nº. 8 – Eliminação

<p>O be (ego) faz xixi em pé no vaso e cocô na privada.</p>	<p>Independência nos hábitos de eliminação, com comportamento próprio da idade.</p>
---	---

Situação nº. 9 – Arrumação para dormir

O be (ego) dorme em sua cama e com os bonecos pais.O “filhinho dorme mais”. Os pais acordam e vão dormir na cama deles.	Aceita em termos a separação de ambiente para dormir; dependência alimentada pelos pais.
---	--

Situação nº. 10 – Pesadelo

O be (ego) tomou café.	Parece não entender o que lhe foi pedido.
------------------------	---

Tabela 3 – Eleição Parental do J.E.B.L (Caso 2)

Situações													
Sit. Pessoa	1A Berço	1B Alim	3 Briga	4 Alim Liq.	5A Perse	5B Repr.	6 Rel Par.	7A Saída	7B Hosp.	8 Elim	9 Dorm.	10 Pesad.	Total
Pai	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	03
Mãe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	01
Ambos	X	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-	07
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1	1	2	1	1	1	1	-	-	1	2	-	11

Legenda: X existência / - não existência.

Tabela 4 – Eleição de Objetos do J.E.B.L (Caso 2)

Situações					
Sit. Obj.	1ª Berço	1B Alimentação	4 Alim. Líquida	8 Eliminação	TOTAL
Berço	X	-	-	-	01
Cama	-	-	-	-	-
Mamadeira	-	-	-	-	-
Copo/Xicara	-	X	X	-	02
Prato	-	-	X	-	01
WC	-	-	-	X	01
Urinol	-	-	-	-	-
Total	1	1	2	1	5

Legenda: X existência / - não existência.

Analisando-se as reações da criança perante as situações, inclusive a de nº 5A, observa-se alta frequência na preferência de ambos os pais nas situações que representam as

atividades da rotina diária e também no uso da liberdade e hospitalização. No caso da eleição de objetos, a criança prefere aqueles próprios da idade em que está (ver tabela 4).

Comparando as tabelas dos dois casos, percebe-se que enquanto no primeiro caso a criança deseja a dependência dos pais e regride a fases anteriores de seu desenvolvimento onde encontrava certa *confiabilidade* e *previsibilidade* no ambiente, no segundo caso, trata-se da inversão. A criança 2 deseja a sua independência e caminha rumo a ela com a previsibilidade e confiabilidade que encontra num *suprimento ambiental suficientemente bom*. Ao mesmo tempo a criança sente-se tolhida pelos pais que, estes sim, talvez devido a deficiência auditiva do filho, não se independizaram após o estágio da *dupla-dependência*, como se espera.

Diante dessas considerações metodológicas, pode-se inferir que foram tomados todos os cuidados possíveis para a seleção homogênea das crianças selecionadas, tanto em função das variáveis que lhes concernem, como do ambiente em que vivem.

Além disso, as suas unidades tiveram como apoio teórico as idéias de Donald Woods Winnicott e sua vasta contribuição bibliográfica. Dois estudos de casos foram comprovantes da pertinência metodológica, uma vez que houve ineditismo no cruzamento dos fundamentos teóricos *winnicottianos* com a prática de estudos de casos, incluindo os Jogos Estruturados de Lynn (1989) pouco divulgado no Brasil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fundamentado na adequação do apoio teórico e dos instrumentos metodológicos selecionados para esta pesquisa, prosseguiu-se, com segurança, para as fases seguintes desta investigação, isto é, para os resultados obtidos e sua discussão, bem como, as devidas conclusões.

Realizou-se um perfil tanto da criança quanto do ambiente em que ela vive e em seguida, um estudo da interdependência entre eles pelo brincar, fundamentado no enfoque winnicottiano.

Comparando-se tais resultados com o apoio teórico previsto, pôde-se verificar a convergência entre eles, ambos baseados em bibliografia atualizada e apropriada.

4.1 Análise demográfica

Estes dados dão uma idéia do perfil do grupo das dez crianças, objeto de estudo, onde são utilizadas as variáveis: gênero, faixa etária, época e tempo de uso do implante coclear. Quanto ao perfil da família, são estudados: sua composição, procedência, escolaridade dos pais e ordenação filial.

No que se refere ao perfil das crianças, em estudo, foram analisados, primeiramente sua faixa etária e gênero. Os dados referentes se apresentam na tabela 5.

Neste estudo resolveu-se integrar as duas variáveis acima citadas (gênero e faixa etária), as quais já foram, isoladamente, estudadas em um trabalho realizado sobre crianças com implante coclear efetuado por Magalhães e outros (2007).

Tabela 5 - Faixa etária e gênero das crianças

Faixa Etária	M	F	Total Fr	Total Fr %
4;0 – 4;5	1	1	2	20
4;6 – 4;11	1	-	1	10
5;0 – 5;5	2	1	3	30
5;6 – 6;0	2	2	4	40
Total	6	4	10	100

Legenda: M: masculino / F: feminino

A análise da citada tabela demonstra que o grupo de crianças estudadas se concentra nas idades entre 5 e 6 anos, quase não havendo diferença de gênero, digna de nota. Observa-se a mesma tendência na frequência de ambos os sexos e também pouca diferença em seus totais, o que leva a eliminação da variável gênero. Acrescenta-se a informação de que para este estudo, o mais importante é o processo evolutivo da criança em seu ambiente. O apoio teórico desta pesquisa, cujo autor é Donald W. Winnicott, privilegia o processo evolutivo da criança em seu contexto ambiental, sendo que no estudo dele, não encontrou diferença significativa entre gênero (1971/1975d).

O processo evolutivo dessas crianças, sofre interferências desde o nascimento, pelo quadro de surdez total e posterior cirurgia do I.C., bem como sua reabilitação através de uma equipe interprofissional (psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, entre outros).

As tabelas 6 e 7 e gráficos correspondentes indicam dados referentes às variáveis citadas:

Tabela 6 - Época da cirurgia do I.C., por faixa etária

Época do implante	Crianças	
	Fr	Fr%
1,1 – 2,0	2	20
2,1 – 3,0	4	40
3,1 – 4,0	3	30
4,1 – 5,0	1	10
Total	10	100

Gráfico 1 – Época da cirurgia do I.C. por faixa etária

Analisando a idade da criança na qual foi efetuada a cirurgia, pode-se verificar que a maior frequência delas se situa nas idades entre 2 a 4 anos. Note-se que a atual exigência para o candidato realizar a cirurgia de I.C., no hospital referido e quanto a faixa etária, corresponde ao primeiro ano de vida da criança, explicável devido a maior plasticidade neural e menor tempo de privação da criança no mundo dos sons.

Vários fatores explicam o porquê da cirurgia ter sido efetuadas após os dois anos de idade da criança: interrupções da realização desta cirurgia no respectivo hospital, intercorrências clínicas das próprias crianças, conflitos familiares e outros.

Uma variável que pode ajudar o processo evolutivo da criança é o tempo em que ela se utiliza do implante. Neste período, ela começa a conhecer os meios pelos quais pode beneficiar-se do uso do aparelho: o novo acesso ao mundo dos sons e o início de sua aprendizagem verbal como também dos relacionamentos permeados por esta. Por outro lado, estes benefícios conduzem a algumas exigências e limitações: uso diário do componente externo do I.C. para possibilitar a audição; certos cuidados para a preservação do aparelho, o que pode, inicialmente, constituir-se em certas limitações no comportamento da criança, como no brincar ativo (correr, pular) e em certos cuidados com a própria saúde audiológica (Costa Filho, Bevilacqua & Amantini 2005).

Essas atitudes trazem em si, sentimentos contraditórios na própria criança, uma vez que auxilia na sua audição, mas limita o seu comportamento até mesmo no lúdico, e no aspecto estético, que lhe é estranho devido ao uso do componente externo do I.C.. Como Winnicott (1971/1975d) explica, que o processo de tornar-se capaz de aceitar diferenças e similaridades nunca é finalizado e traz tensões, cujo alívio se dá numa área intermediária do

ser humano (nem dentro, nem fora) onde o brincar ocorre, facilitando a oportunidade para a criança aceitar a realidade.

Tabela 7 - Tempo de uso do I.C., por faixa etária

Tempo de uso do I.C., por faixa etária	Crianças	
	Fr Tempo de	Fr%
0,1 – 1,0	1	10
1,1 – 2,0	3	30
2,1 – 3,0	5	50
3,1 – 4,0	—	—
4,1 – 5,0	1	10
Total	10	100

Gráfico 2 - Tempo de uso do I.C., por faixa etária

Da tabela 7 e gráfico 2, pode-se verificar que a maior frequência do uso do implante corresponde ao período de um a três anos, onde se espera que, salvo diferenças individuais, neste período, a criança já deveria estar familiarizada com o componente externo do I.C. e sua manutenção.

Em relação ao perfil do ambiente familiar, constata-se que, embora a presença do pai na vida da criança tenha sido um dos critérios exigidos para a aceitação desta no programa I.C., tem-se que em cinquenta por cento dos casos estudados houve a separação dos pais, com deserção da figura paterna. Este dado corrobora com a inferência, que necessita de investigação comprobatória, de que a ferida narcísica dos pais, ao ter um filho com deficiência auditiva profunda, agregado a outros fatores dificultadores e inerentes, constituem

um grave abalo no esquema familiar até então estabelecido. Com a separação dos pais, é esperado certo prejuízo no contato diário da criança com a figura paterna.

No entanto, como um ponto positivo a ser focalizado, é a escolaridade de ambos os pais, o que se pode verificar na tabela 8.

Tabela 8 - Escolaridade dos Pais

Grau de Escolaridade	Pai	Mãe	Total	Total
			Fr	Fr %
Fundamental	1	1	2	10
Médio	6	7	13	65
Superior	3	2	5	25
Total	10	10	20	100

Com relação aos dados da tabela 8, nota-se que quase não há diferença quanto à escolaridade de ambos os pais, apenas uma leve superioridade paterna quanto ao terceiro grau. A maioria deles (pai e mãe) se situa no nível do ensino médio (65%), cujo conhecimento poderá facilitar a compreensão da problemática da criança e sua reabilitação, evitando até a interferência de fatores de risco sociais, conforme Azevedo, 2006 (In Bomtempo, Antunha & Oliveira):

As crianças em situação de risco social, no geral, são provenientes de famílias desestruturadas, marginalizadas pela sociedade e que vivem em precária condição econômica e social (p.144).

Quanto à constituição familiar, esta é identificada pela tabela 9, que aponta a quantidade de filhos que as famílias estudadas possuem.

Tabela 9 - Número de filhos nas famílias estudadas

Número de Filhos	Famílias	
	Fr	Fr%
1 filho	6	60
2 filhos	2	20
3 filhos	2	20
Total	10	100

Gráfico 3 – Nº de filhos nas famílias estudadas

A tabela 9 e gráfico 3 indica alta frequência de filhos únicos nas famílias em questão. Complementa-se com a informação de que em uma das famílias com dois filhos, a criança com deficiência auditiva é a caçula. A outra também com dois filhos, segundo a fala da própria genitora, esta quis ter mais um filho *para saber como é ter uma criança normal*. Estas informações são indicativas de que algo deva estar acontecendo nesses ambientes familiares, para justificar a limitação do número de filhos e que pode ser devida a interferência do aparecimento da deficiência auditiva em um deles.

Estuda-se em que ordem as crianças em foco situam-se nas respectivas famílias (tabela 10).

Tabela 10 - Ordenação filial nas famílias

Ordenação Filial	Crianças	
	Fr	Fr%
Primogênito	1	10
Do meio	2	20
Caçula	1	10
Único	6	60
Total	10	10

A ordem do nascimento dos filhos, nas famílias estudadas, constitui também uma variável comprometedora da sua constituição. À alta frequência de filhos únicos (60%), incluem-se todos os demais casos assim resumidos: o primogênito que tem a deficiência auditiva, sua mãe quis mais um filho, como já referido, para ter um normal; o caçula com deficiência auditiva profunda, por si só aponta que seus pais não tiveram mais filhos após

este; em um dos casos em que o filho do meio apresenta surdez profunda, a gravidez posterior deu-se antes do conhecimento do diagnóstico da deficiência no filho anterior; no outro caso, a terceira gravidez deu-se num período de conturbação familiar com posterior separação do casal. Esta variável de ordenação filial é considerada por Winnicott em seus estudos de casos, como se expressa no livro *O Brincar & a Realidade* (1971/1975d), considerando a posição da filha caçula como variável incidente.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a procedência da família da criança com implante.

Tabela 11 - Procedência das Famílias

Procedência (Estado)	Famílias	
	Fr	Fr%
Goiás	1	10
Minas Gerais	5	50
Rio de Janeiro	1	10
São Paulo	3	30
Total	10	100

Grfico 4 – Procedncia das Famlias

Conforme a tabela 11 e grfico 4, observa-se que apenas trs famlias das crianas em foco vivem no Estado de So Paulo, mas no na cidade em que est localizado o hospital referido. As outras procedem dos Estados circunvizinhos que, apesar de pertencerem ao mesmo pas, guardam diferenas culturais entre si. Esse componente cultural enfatizado por Winnicott (1971/1975d) que o considera como um elemento proeminente na vida do ser

humano, não podendo ser dicotomizado desta. As famílias em referência, empreendem longo percurso, para atender as exigências advindas da cirurgia e *follow up*, fator que interfere no *processo interno de crescimento da criança* (Winnicott, 1969/1999b, p.148) e também em seu ambiente familiar, muito embora os períodos de atendimento restrinjam-se em poucos dias.

Como síntese da comparação entre os dois perfis, criança e ambiente, percebe-se que a deficiência auditiva profunda dá origem a uma situação de crise familiar, demandando ou acarretando um processo de reorganização da criança, dos pais e toda a família, o que motiva a análise de comportamentos específicos decorrentes tanto da criança como da família e a inter-relação entre ambas.

4.2 Resultantes da interação de dados: criança-família

De um lado, consideram-se os distúrbios de comportamento da criança e de outro, a maternagem, como indicadores da relação mãe-criança. Posteriormente, serão analisadas situações decorrentes da rotina diária em que as crianças e suas famílias estão inseridas.

Os distúrbios de comportamento que as crianças apresentaram na convivência com seus familiares, foram retirados das informações obtidas da entrevista com a mãe e, por vezes, decorrentes da observação da criança, efetuada pela pesquisadora.

Tais distúrbios, aqui apresentados, foram classificados por áreas, a fim de facilitar o estudo dos mesmos nesta pesquisa. Winnicott (1954/1990) referiu-se à necessidade de classificação dos distúrbios menores da criança, o que a bibliografia disponível esboça essa tendência.

Tabela 12 - Áreas dos distúrbios de comportamento

Áreas dos distúrbios de comportamento	Crianças	
	Fr	Fr%
Ansiedade	10	100
Inter-relação	10	100
Linguagem	10	100
Sono	9	90
Alimentação	7	70
Manipulação	7	70
Medos	7	70
Eliminação	1	10
Total	61	76

Gráfico 5 – Áreas dos Distúrbios de Comportamento

Analisando a tabela 12 e gráfico 5, verifica-se que todas as crianças, objeto deste estudo, apresentaram maior frequência de distúrbios de linguagem, ansiedade e de inter-relação. Os primeiros foram expressados por: dislalias, linguagem telegráfica e dissonorização, o que já era esperado, visto estarem em processo de aprendizagem da compreensão e expressão verbais. Percebeu-se que as crianças faziam grande esforço para comunicar-se e inter-relacionar-se, o que era acompanhado e relatado pelas suas próprias famílias (*Minha filha faz frases com três palavras, agora*). Vale ressaltar, que tais comportamentos são próprios das fases anteriores, do processo evolutivo verbal. Só constituem distúrbios com sua manutenção, em períodos posteriores, como é o atual. É evidente que a aprendizagem verbal envolva vários processos, inclusive a superação de certas dificuldades de inter-relação.

Este quadro de distúrbios da linguagem, leva a acentuado quadro de ansiedade e manifestações desta, como agitação, crises de birra e teimosia.

Estas idéias são apoiadas, em algum sentido pelos conceitos de Winnicott (1954/1990), que conceitua os distúrbios menores como alterações do funcionamento corporal associado com o emocional.

Seguindo, por frequência, os distúrbios de comportamento, estão os de sono (90%), ciúmes(80%), medos(70%) e de alimentação (70%).

Como se observou anteriormente, todas estas crianças manifestaram distúrbios de ansiedade, o que corroborou para o aparecimento de outros mais, como os de sono e de medo.

Tem-se a considerar que a maior parte dessas crianças (60%) são filhos únicos, o que facilita a possessividade deles , provocando crises de ciúmes de seus pertences e de familiares. O mesmo acontecendo com os transtornos de alimentação, devido ao uso de guloseimas como agrado, provocando inapetência e dependência dos pais para comer, o que prejudica a rotina alimentar.

A todas as crianças desta pesquisa, foi necessário um período de adaptação ao uso e manuseio diário da prótese externa do I.C., o que exigiu dela um esforço extra nesse sentido e de sua família, um suprimento ambiental que a apoie nessas ocasiões. Nesse difícil processo, as crianças, externalizaram tensões internas através de crises de birra, teimosia e outros comportamentos comuns em crianças menores da faixa etária em que se encontravam (4 a 6 anos). Este quadro de ansiedade exacerbada, reflete o nível de tensões e de stress na criança, o que é destacado por Winnicott (1969/1999b):

(...) o estresse pode ser descrito em termos de fracasso do suprimento ambiental, justamente onde a confiabilidade se faz necessária. (p.149)

Tabela 13 - Figuras predominantes para a maternagem

Figura predominante	Família	
	Fr	Fr%
Mãe	6	60
Mãe e Pai	2	20
Mãe e avó	2	20
Total	10	100

Gráfico 6 – Figura predominante para a maternagem

A tabela 13 e gráfico 6 indicam que há maior prevalência da genitora na função da maternagem, o que já foi confirmado por Winnicott (1971/1975d), embora este pontue que tal função pode ser exercida por qualquer outra pessoa que se responsabilize pela criança. No presente estudo, a maternagem se restringe a figura da mãe que é apoiada em dois casos pela figura do pai e em outros dois, pela da avó.

Analisando os dados coletados sobre esse conceito, verifica-se que o ambiente (mãe) conforme pontua Winnicott (1969/1999b) ou oferece oportunidade para o desenvolvimento da criança ou o impede.

Tratando-se das crianças deste estudo, um dado relevante se apresenta: um período de surdez intensa nos primeiros anos de vida, seguido pelo da cirurgia do I.C., o que facilita a aprendizagem da linguagem compreensiva e expressiva daqueles que estavam destinados à nunca ouvir. Por outro lado, conforme estudos e a experiência profissional da autora, a criança é inserida num processo de aprendizagem que requer um tempo prolongado e esforço para a aquisição da linguagem, o que muitas vezes frustra seus pais.

Este processo lento, gradual e custoso pode entrar em contradição com as expectativas imediatas dos pais e vir a constituir um abalo no ambiente, tendo em vista que, a partir do conhecimento do diagnóstico da deficiência auditiva, toda a família é atingida por esta problemática (Costa Filho, Bevilacqua & Amantini, 2005).

Este fato em si mesmo, pode vir a ser um abalo em dois fatores importantes que Winnicott (1969/1999) destaca nas suas contribuições: a *confiabilidade* e a *previsibilidade* do

ambiente (mãe, abrangendo com isto a figura paterna, os irmãos, avós, a atmosfera do lar, entre outros).

É importante lembrar que o autor (1969/1999b) não se refere à família como tendo que ser perfeita, mas *suficientemente boa* para facilitar provimentos ambientais a seus filhos.

O que se pode concluir das famílias estudadas, na visão de Winnicott, é que algumas ultrapassam o trauma inicial, ou seja, em nosso caso, aquele resultante do conhecimento da profunda deficiência auditiva em um de seus filhos. Estas buscaram recursos que auxiliassem o desenvolvimento de sua criança, o que conseqüentemente refletiu no ambiente do lar das crianças com I.C., deste estudo. Outras, não conseguiram superar o trauma sofrido e os conflitos resultantes destes e procuraram não a solução dos problemas, mas a fuga destes. Realizaram o I.C., mas não aderiram ao tratamento, deixando que a criança utilizasse da prótese a seu bel prazer. Com o surgimento dos problemas subsequentes, o núcleo familiar ou se reorganizou ou se desestruturou, com a deserção de um dos pais. Isto não significa que não possa haver a possibilidade de uma nova organização, com um *suprimento ambiental suficientemente bom*, que, segundo Winnicott (1969/1999b), é imprescindível ao adequado desenvolvimento da criança.

Frente a estes problemas, é justo que a criança e sua família tenham uma alternativa favorável a sua saúde física e mental. O implante coclear pode ser uma alternativa viável se resultar na aderência dos pais e existir uma *mãe suficientemente boa* que se responsabilize pela maternagem desta criança. Ainda de acordo com as idéias de Winnicott, principalmente na ênfase que dá à existência da *mãe suficientemente boa*, sendo aquela que fornece a oportunidade para que ocorra o processo interno de crescimento da criança, uma vez que faz ajustes em sua maternagem, conforme as necessidades desta. É também responsável por oportunizar o primeiro brincar da criança, a constituição de sua primeira posseção de objeto *não-eu*, ou seja do objeto transicional, que se traduz no primeiro brincar do seu filho.

Segundo o autor (1971/1975d), a criança quando brinca, sai do estado de passividade para o de atividade, modificando com isto, a sua realidade externa.

Neste brincar, a criança pode representar as suas atividades da rotina diária, seus sentimentos, desejos, tensões e também comportamentos que expressam as características do seu viver.

Esta análise, pelo brincar, considerando a fase de vida destas crianças, é traduzida pelo jogo simbólico, dramatizações, ou faz-de-conta, que traduz a realidade vivenciada por elas.

Neste estudo utiliza-se do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (1989) para poder analisar o dia-a-dia da criança, junto com o seu ambiente familiar. Tem sido ultimamente utilizado por Magalhães e outros (2007) com colaboração da adaptadora deste instrumento.

4.3 Respostas obtidas na aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (J.E.B.L.)

A fim de facilitar a análise das respostas lúdicas obtidas com a aplicação do referido jogo, são apresentadas abaixo as cenas que o compõe, incluindo também uma delas (2) que foi retirada por não ser aplicável à natureza da pesquisa. Seguem, as cenas propostas por Lynn (1989):

- 1A- Dormir: berço ou cama
- 1B – Alimentação: mamadeira, xícara ou copo
- 2- Seleção de amiguinhos (excluída)
- 3– Briga entre pares
- 4– Alimentação : mesa posta ou mamadeira.
- 5A – Perseguição
- 5B – Repreensão
- 6- Relações Parentais
- 7A – Passeio dos pais
- 7B – Hospital,
- 8- Eliminação
- 9A- Arrumação para Dormir
- 10- Pesadelo

A tabela 14 apresenta o quadro geral da finalização das cenas apresentadas, excluindo a cena 2 por motivos já referidos.

Tabela 14 - Quadro geral das respostas no Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn

Sit. Pessoa	Situações												Total
	1A Berço	1B Alim	3 Briga	4 Alim	5A Perse	5B Repr.	6 Rel Par.	7A Saída	7B Hosp.	8 Elim	9 Dorm.	10 Pesad.	
Pai	2	1	2	1	3	5	2	2	2	2	1	1	24
Mãe	-	2	-	1	1	1	-	-	1	1	-	2	9
Ambos	8	7	4	4	6	2	7	2	4	4	8	1	57
Total	10	10	6	6	10	8	9	4	7	7	9	4	90

Observa-se que, pelos dados obtidos (tabela 14) que a figura materna por si só, conta com frequência diminuta, especialmente quando comparada a ambos os pais (alta frequência). Estas diferenciações foram especificadas pela análise dos resultados das divisões em grupo, segundo a natureza das respectivas cenas.

Seguindo em parte as divisões propostas pelo próprio Lynn (1989), foram elas classificadas em três grupos: as referidas à eleição dos objetos, as que os pais prestam apoio à criança e as demais que exploram as intercorrências entre pais/crianças.

No primeiro grupo, o da eleição de objetos, são incluídas as cenas 1A, 1B e 4. Os resultados desta distribuição constam da tabela 15.

Tabela 15 - Seleção de Objetos – J.E.B.L.

Cenas	Objetos	Crianças Fr	Crianças Fr %
1A	berço	7	70
	cama	1	10
	berço/cama	2	20
1B	mamadeira	3	30
	copo/xícara	5	50
	mamadeira e copo/xícara	2	20
4	mamadeira	2	20
	mesa posta	5	50
	mamadeira e mesa posta	3	30

Na primeira cena (1A) observa-se que a maior parte das crianças apresentou comportamento infantilizado, correspondente às condutas de criança menor ao escolher o berço para seu boneco dormir (70%).

Já em outra cena (1B), elas expressaram, em maior frequência, condutas próprias da idade, ao escolher o copo e xícara para alimentação, aumentando na terceira cena (4), a posição ao nível da idade. Desta última escolha, pode-se inferir que a criança, sentindo-se mais motivada ao observar uma situação organizada dos utensílios para alimentação, acende à posição de criança pré-escolar (de 4 a 6 anos).

Nas três cenas ora discutidas, encontra-se certo número de frequências nas duas posições (berço/cama; mamadeira/copo ou xícara; mamadeira/mesa-posta). Essas duplas escolhas poderão indicar insegurança por parte da criança, de não querer dispensar os prováveis benefícios que recebiam quando menor e querer gozar daqueles próprios da idade.

Complementa-se, ao analisar qualitativamente estas cenas, que mesmo aquelas crianças que apresentaram comportamentos próprios de sua idade em determinada situação do jogo, por vezes voltavam a regredir em outras cenas, apresentando comportamentos próprios de fases menores que a sua.

Este vai e vem comprova que as crianças estudadas, na sua maioria, sentem-se inseguras, adotando comportamentos regredidos a estágios da sua vida em que encontravam a segurança de que necessitavam. Como exemplifica Winnicott, no caso de uma criança, no livro *O Brincar e a Realidade* (1971/975), este compara a evolução deste comportamento da criança ao das marés, enchentes e vazantes, em que a criança tanto expressa comportamentos regredidos, como avança para os de sua idade e vice-versa. Supõe-se que este vai e vem deva ir diminuindo até se estabelecer no patamar das condutas próprios da idade, se o ambiente for *suficientemente bom*.

Com respeito ao apoio dos pais nas situações como as de alimentação, de dormir, de passeio deles, de hospitalização e de pesadelos, a tabela 16 indica, através de dramatizações expressas pelas crianças, a eleição parental de apoio efetuada em cada uma das cenas mencionadas.

Tabela 16 - Eleição parental – Apoio – J.E.B.L.

Cenas	Mãe	Pai	Ambos	Total	
				Fr	Fr%
1A berço/cama	-	2	8	10	100
1B alimentação	2	1	7	10	100
4 Mesa posta	1	1	4	6	60
7A Passeio dos pais	-	2	2	4	40
7B Hospitalização	1	2	4	7	70
9 Ato de dormir	-	1	8	9	90
10 Pesadelo	2	1	1	4	40
Total	6	10	34	50	500

Gráfico 7 - Eleição Parental – Apoio J.E.B.L.

A análise revela que nem todas as cenas foram respondidas na totalidade, mas de todas elas, pode-se abstrair conteúdos significativos para este estudo.

Um aspecto que se destaca é a alta frequência de solicitação de ambos os pais, em especial, no ato de dormir. Nesse sentido, recorre-se a Winnicott (1958//1983b) que analisa a necessidade de determinadas condições para que a criança desenvolva a capacidade de estar

só. Ainda segundo o autor, esta capacidade é um dos sinais mais importantes do *amadurecimento do desenvolvimento emocional da criança*.

Com respeito à alimentação, apesar da pouca frequência de respostas na situação 4 (mesa posta), a escolha pelo apoio de ambos os pais, é alta, o que é um indicativo de que as crianças, em estudo, ainda não se independizaram deles, evidenciando, com isto, que elas ainda não desenvolveram a *confiabilidade ambiental*.

Em relação à cena referente ao hospital, que é uma situação presente na vida das crianças estudadas, estas, em sua maioria, também solicitam ambos os pais para enfrentar tal situação que, embora frequente, ainda lhes causa ansiedade e medo, necessitando da presença acolhedora dos dois. O mesmo acontece, embora em menor frequência, com a cena de pesadelo.

Como síntese da análise da tabela 16, pode-se inferir que estas crianças não desenvolveram ainda a independência necessária para o seu viver, aspecto muito focalizado por Winnicott.

Na rotina diária, como pontua Winnicott (1969/1999b), as crianças não necessitam de pais perfeitos, mas aqueles que lhes fornecem *um ambiente suficientemente bom* para facilitar um desenvolvimento emocional saudável ao filho. Com isto, é admissível que os pais, ao educar sua criança, tenham que colocar limites e mesmo, repreendê-las. Com respeito ao grupo de crianças e seus pais, objeto deste estudo, procurou-se verificar, através do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, como isto acontece.

Tabela 17 - Intercorrências entre pais e crianças – J.E.B.L.

Pessoas Cenas	Mãe	Pai	Ambos	Total Fr	Total Fr %
3 Briga entre pares	-	2	4	6	60
5A Perseguição	1	3	6	10	100
5B Repreensão	1	5	2	8	80
6 Interferência na convivência dos pais	-	2	7	9	90
Total	2	12	19	33	330

Gráfico 8 – Intercorrências entre pais e crianças – J.E.B.L.

Da observação da tabela 17 e gráfico 8, infere-se que nas intercorrências com os pais, reveladas nas dramatizações alusivas, as crianças, em geral, percebem ambos os pais como pessoas repressoras de seus comportamentos. É curioso que, quando a percepção é dirigida a apenas um dos pais, a figura paterna é vista como repressora e a mãe é resguardada dessa situação, isto é, apenas duas (20%) das crianças percebem a mãe como figura impositora.

Os dados resultantes da aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn revelam, em síntese, que as crianças, na sua rotina diária, apresentam comportamentos regredidos e em ensaios de vai e vem, não apresentando a confiança necessária no ambiente para alcançar e permanecer numa fase mais evoluída, própria do seu desenvolvimento.

Apresentam-se dependentes dos pais e ao mesmo tempo os percebem como pessoas repressoras. Quando citados pelas crianças, em separado, as percepções delas são bem diferentes, como foi explicado anteriormente.

Segundo Winnicott (1960/1999a), os pais assumem plena responsabilidade e controle da criança em seus primeiros anos de vida. Paulatinamente, ela vai desenvolvendo a capacidade de compreender o ambiente que a cerca e os pais obtêm certo alívio porque seu filho cresceu, o bastante, para não necessitar dos controles deles, tornando-se mais independente.

Trazendo esses enfoques para as crianças e seu ambiente, objeto deste estudo, pode-se verificar que o quadro é justamente ao contrário: crianças dependentes dos pais com raros avanços para alcançar o nível maturacional próprio de sua idade. Os pais seguem controladores, em períodos que a criança não necessita mais da sua constante atuação.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclusões

Quanto às conclusões, estas serão limitadas ao próprio trabalho, sem elaborarem-se generalizações, uma vez que este estudo se limita à natureza de amostra intencional. Assim, de cada unidade que compõe a pesquisa, exceto a da introdução, extraem-se deduções particulares, deixando-se para a segunda parte, algumas recomendações de caráter teórico-prático.

Quanto à parte introdutória desta pesquisa, esta consiste em uma apresentação sintética das diferentes fases do desenvolvimento do trabalho: apoio teórico, metodologia, resultados e sua interpretação e, posteriormente, a unidade que ora se desenvolve. Optou-se por não incluir bibliografia nesta etapa, porque a mesma é centralizada na do apoio teórico e também aparece diluída nos temas em estudo, como a que se refere ao implante coclear e sobre o Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn. Dados comprobatórios da realização desta pesquisa e os princípios éticos que permeiam sua realização são inferidos desta unidade em referência.

Diante destas deduções científicas faz-se um chamado aos autores para a consecução de novos trabalhos na área, resultante dos progressos científicos atinentes à saúde audiológica, em investigações como estas.

Pode-se concluir que o objetivo da pesquisa foi atendido, ou seja, o de conhecer o desenvolvimento da criança com implante coclear e o seu aprender utilizando-se do brincar, na sua fase simbólica, mediante estudos de casos, nos quais se analisa o processo evolutivo da criança/ambiente, em função do apoio teórico de Winnicott.

Deste contexto extraem-se conclusões específicas derivadas das unidades: metodologia e resultados e sua interpretação, que são expressivas ao propósito deste trabalho.

1. O apoio teórico é integrado por quatro divisões. Da primeira, A relação: criança e ambiente deduz-se que os princípios dessa unidade foram relevantes e permearam todo o desenvolvimento da pesquisa. Como elemento diferencial, o autor compreende a criança como uma *pessoa inteira* inserida no ambiente de cuidado que lhe é oferecido, enfatizando sua singularidade, traduzidas por expressivas diferenças individuais. Esta consideração que Winnicott faz à singularidade é fator de importância para as crianças e famílias deste trabalho. Aqui se estendem aos movimentos utilizados, atualmente, sobre inclusão de crianças com necessidades especiais no ambiente familiar, educacional e social. São exemplos de inclusão

os que no presente estão sendo feitos pelas escolas, hospitais e até nas brinquedotecas, com metodologias individualizadas e recursos lúdicos e pedagógicos adaptados para crianças com necessidades especiais, como as que são enfocadas nesta pesquisa.

Na análise desses contextos, principalmente o da família com criança pequena, chama a atenção as idéias de Winnicott sobre o ambiente que identifica como mãe, o qual inclui todo o entorno da criança, em especial os pais com os irmãos e particularmente a mãe.

O autor pontua que *o suprimento ambiental ou fornece uma oportunidade para que ocorra o processo interno de crescimento, ou então impede que tal aconteça*. Essas diferenças são encontradas nos casos em estudo, onde a criança com deficiência auditiva minimizada pelo implante coclear, ora segue aprendendo e superando dificuldades ou se paralisa e regride a fases inferiores de seu desenvolvimento.

Quanto ao ambiente, separado para fins didáticos, este ou se organiza para vencer vários entraves, inclusive os decorrentes da surdez (em sua criança e reabilitação oral desta) e das condições do próprio meio familiar, ou se desestrutura e fragmenta como fuga a situações de crise, podendo, também, se reorganizar após isto. Este princípio, que aqui se reitera, é devido à sua importância nesta fase do trabalho.

A segunda unidade do apoio teórico, O brincar como elemento transicional, embora esta não tenha sido utilizada diretamente no decorrer da análise do trabalho, foi de fundamental importância para o entendimento do conceito de brincar, onde este se dá, ou seja, num espaço de experimentação intermediário, entre a mãe (suficientemente boa) e a criança pequena, bem como a constituição da primeira posse (da criança) de objeto não-eu (objeto transicional). Tudo isto está interligado ao desenvolvimento da criança que parte da dependência absoluta (da mãe) para a relativa e após, rumo à independência.

Da terceira unidade, a importância do brincar, deduz-se que este é a própria saúde do ser humano, essencial para o seu desenvolvimento. O conceito do brincar, que é o núcleo de toda a pesquisa, se baseia no próprio verbo no infinitivo, dando a idéia do que se passa na realidade: brincar é fazer, demanda um tempo e um espaço. Nesta atividade, a criança sai da passividade e parte para a atividade, modificando a realidade e com isto, experimentando certa sensação de prazer e controle.

Dentro deste contexto de atividade, caracterizado no brincar, decorreu a escolha do Jogo Estruturado de Lynn (1989), por apresentar cenas com brinquedos, próprias da idade das crianças estudadas (4 a 6 anos), para que estas brincando, terminassem as cenas a elas propostas.

Da quarta unidade, o brincar criativo e sua carência, verifica-se que certos conceitos do brincar criativo foram aplicados no uso que a criança fazia ao completar as cenas do Jogo Estruturado de Lynn. Percebia-se que elas, no brincar de faz-de-conta, eram livres para dramatizar as respostas de cada cena, sendo que as mesmas sempre traduziam algo de sua realidade.

Winnicott põe em relevo, na sua obra *O brincar e a Realidade* (1971/1975) o valor que concebe a criatividade, uma vez que *é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self)*. O indivíduo-criança, ao nascer, parte de um estado de não-integração, atemporal, aespacial, onde não há separação entre o finito e o infinito, entre o eu e o não eu, o tudo e o nada, para viver uma série de experiências de *confiabilidade, credibilidade e continuidade* em seu próprio ritmo e necessidade, passando a estabelecer certas integrações que nunca se completam mas que fazem parte de uma busca maior, a do indivíduo pelo seu eu (self), conseguindo reunir-se e existir como uma unidade, utilizando sua personalidade integral, alcançando um viver total, onde tudo é criativo.

Em relação às quatro unidades escolhidas pela autora, referente ao apoio teórico, deduz-se que os conceitos elencados de Winnicott com relação ao ambiente, tais como *mãe suficientemente boa, suprimento ambiental suficientemente bom, confiabilidade/previsibilidade/continuidade no ambiente, cultura*; por parte da criança *dependência/independência, maturação, stress, o brincar, o brincar criativo*, entre outros, foram amplamente utilizados na presente pesquisa, especialmente na unidade resultados e discussão dos dados obtidos.

2.Quanto à metodologia, pode-se concluir que sua abrangência e variabilidade facilitaram a inclusão de procedimentos científicos adequados a esta etapa da pesquisa, sendo esta identificada como amostra intencional. Selecionaram-se devidamente, os participantes, mediante dois grupos de critérios: um deles advindo do próprio hospital como garantia de prognóstico favorável e o outro, para fins desta pesquisa, qual seja, homogeneização dos grupos criança e família, embora constituía-se pequenos grupos.

O Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn continua sendo utilizado no exercício profissional e em pesquisas de autores americanos realizadas principalmente pelo casal Lynn, e na atualidade por brasileiros, como a autora deste trabalho em pesquisas com crianças privadas de audição, e no presente estudo, com as que fizeram cirurgia de implante coclear.

O conteúdo das cenas do Jogo foi concretamente destinado à rotina diária das crianças no período de quatro a seis anos, consistiu em um material motivador devido a sua natureza lúdica e que possibilita o brincar, senão dizer, o brincar criativo destas.

A escolha deste instrumento foi um achado oportuno que possibilitou, além da participação ativa e entusiástica das crianças, a integração com a teoria de Winnicott, especialmente no que se refere ao viver delas e ao seu contexto familiar. Alguns momentos do jogo foram dirigidos à convivência com os pares, outros ao ambiente familiar e à experiência vivida no hospital. Neste brincar, a criança pôde expressar seus sentimentos, afetos e medos na convivência diária com seus pais e algumas vezes outras pessoas.

A metodologia empregada foi efetiva dando lugar ao conhecimento integral da criança e seu ambiente, oferecendo dados relevantes para conhecer o aprender e o brincar desta.

3. Dos resultados e discussão, extraíram-se conclusões expressivas com respeito ao processo evolutivo da criança, em sua individualidade, caracterizada por pesquisa de campo e em amostra intencional, como a presente. Foram efetuados perfis tanto das crianças como de suas famílias, por dados quantitativos e também por informações obtidas da autora, no contato direto com estes integrantes. Da análise das famílias, advieram conceitos de valor como a limitação da prole centralizada em filhos únicos, e também naquelas com um maior número de filhos, todas elas eram abaladas pela existência de uma criança surda em seu meio. O conhecimento da possibilidade da cirurgia de implante coclear, abriu-lhes perspectivas mais otimistas para esses lares comprometidos.

As famílias tiveram que se reorganizar perante aos novos desafios que a cirurgia e o novo tratamento propiciavam a seu filho. Muitas delas se desestruturaram, e se fragmentaram pela deserção paterna, o que requereu nova reestruturação destas, tarefa difícil mas não impossível quando ainda há uma *mãe suficientemente boa* que está atenta em sua maternagem ao filho que lhe requer cuidados especiais.

Os perfis serviram de base para interpretação do material colhido dos instrumentos utilizados em cada caso. Desta integração, concluiu-se que o desenvolvimento de tais crianças foi interceptado por um período de surdez profunda e pelos benefícios audiológicos obtidos pela cirurgia de implante coclear e posterior *follow-up*, concorrente a aprendizagem verbal, especialmente.

Os resultados afirmam que a criança apresenta padrão de comportamento inferior ao de sua idade, quer pelos distúrbios de comportamento manifestados, próprios de criança menor, quer pela dramatização de sua rotina através de cenas lúdicas do Jogo que lhe foi apresentado. Mostram-se dependentes de um ambiente nem sempre acolhedor e *suficientemente bom*, em fase regredida, mas com tentativas para alcançar um patamar próprio de sua fase evolutiva. Nesses momentos regredidos, ela recebia acolhimento próprios de fase anterior. Isto também ocorreu na época da realização da cirurgia, fase em que recebeu toda

atenção dos seus familiares e dos profissionais do hospital que lhe prodigalizaram as atenções necessárias ao cuidado que este momento exigiu.

Na atualidade, a criança tem que lidar com a ambiguidade de sentimentos oriundos do uso diário dos componentes externos do implante coclear, uma vez que ao mesmo tempo que possibilita ganhos em sua audição, de certa forma impõe certos cuidados com o aparelho que a limitam no seu proceder e também a diferencia esteticamente dos seus pares, familiares e outros.

Recomendações

1. Uma vez que esta pesquisa se ateve a amostra intencional, portanto sem generalizações, fica para o futuro bem próximo alcançar este horizonte, mediante estudo de variáveis populacionais, uma vez que, por informações diretas, o hospital registrou recentemente mil casos de cirurgia de implante coclear. Contando com essa população, poderão ser destacadas variáveis que servirão de apoio para pesquisas com amostras estratificadas, tomando-se em conta os parâmetros encontrados na presente investigação.

2. Tendo em vista esta pesquisa que estudou exaustivamente dez crianças e seu ambiente e que detectou certos problemas ainda não resolvidos, há necessidade de enriquecer o follow-up que realizam com essas crianças e suas respectivas famílias no hospital onde são atendidas, fornecendo informações e dados de real valor que podem complementar a continuidade do atendimento interprofissional promovido por essa instituição. São oportunas as reavaliações periódicas objetivando verificar o desenvolvimento da criança e a evolução do meio familiar, se possível no mesmo referencial winnicottiano, como ferramenta auxiliar na prossecução dos referidos casos.

Trata-se de crianças com necessidades especiais que necessitam integrar-se ao movimento de inclusão educacional e social, podendo contar com o apoio de um hospital de referência, no qual essas crianças e suas famílias são atendidas.

São recomendáveis estratégias de acessibilidade para facilitar o ajustamento das crianças estudadas que, por certo, continuam em reabilitação. Acessibilidades estas, que se iniciam no lar, procurando minimizar ruídos ambientais que possam prejudicar o iniciante aprendiz auditivo, como também a disponibilidade de brinquedos com sons e vibrações adaptados a especificidade de cada estímulo lúdico a ela oferecido.

Neste caso, os pais e outros familiares devem ser instruídos no trato com sua criança, objetivando uma comunicação apropriada que estimule a inter-relação desta com o ambiente. Passa por isto, a aceitação dela com suas visíveis diferenças individuais, especialmente quanto a suas limitações verbais presentes, em processo de aprendizagem e ao uso do componente externo do implante coclear.

Tendo em vista que para a aceitação desta, há, muitas vezes, a exigência de quebra de estigmas e barreiras, faz-se necessário um trabalho de cunho psicológico comprometido com a inclusão educacional, social, familiar e cultural das crianças com necessidades especiais, como as aludidas. Neste caso, sugere-se que o hospital em referência, através do Centro de Pesquisas Audiológicas, promova cursos pontuais, presenciais e a distância, de aperfeiçoamento aos profissionais que atendem estas crianças, suas famílias e instituições escolares, como um programa de apoio, principalmente naqueles Estados dos quais provém estas crianças. Tal recomendação tem sua viabilidade, uma vez que o hospital é escola e proporciona cursos de aperfeiçoamento e de especialização, entre outros, possuindo profissionais especializados e qualificados para operacionalizar essas recomendações.

A aceitação da criança com suas limitações, por sua família, evidentemente lhe propiciará a *segurança/confiabilidade/previsibilidade* no ambiente de que necessita para a *integração do seu próprio eu (self)* e conseqüentemente, o alcance de um adequado desenvolvimento. Nesta linha de pensamento, tem-se que priorizar a aplicação de determinados conceitos de Winnicott, como *o suprimento ambiental suficientemente bom* que proporciona entre outras coisas, acolhimento, calor e afeto que a criança necessita. Tais conceitos e outros foram introduzidos na pesquisa que ora se apresenta e devem ser expandidos na prática profissional e em outros trabalhos que se realizem a respeito.

Nas instituições escolares, a começar pelo jardim da infância e no início do ensino fundamental, os quais são recomendáveis às fases de vida na qual as crianças estudadas se encontram, é fundamental ater-se aos mesmos cuidados recomendados ao lar no qual a criança vive. Acrescentam-se certas recomendações como a colocação adequada da criança em sala de aula de modo a facilitar-lhe a audição (a pessoa com deficiência auditiva percebe melhor os sons que são emitidos diretamente a ela, na mesma altura e direção desta).

Um ensino individualizado é imprescindível para a integração de crianças como estas, na aprendizagem do conteúdo escolar, atendo-se mais as suas habilidades do que em suas limitações. Nestes casos, a integração não somente inclui o professor na sala de aula, como as autoridades de ensino, funcionários da escola e principalmente os pares desses alunos.

REFERÊNCIAS

- Bomtempo, E. (2007). Brincar, fantasiar, criar e aprende. In V. B. Oliveira (Org.), *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos* (8a ed.). Petrópolis, RJ.: Vozes.
- Bomtempo, E., Antunha, E. G. & Oliveira, V. B. (Orgs.) (2006). *Brincando na escola, no hospital, na rua...* Rio de Janeiro: Wak.
- Cariola, T. C. (2006). *O desenho da Figura Humana em crianças atípicas*. Bauru, SP: Canal.
- Cesar, F.F. (2009). Flores Tristes. In A. M. Ferreira, I. B. M. Ferreira, M. H. B. Maaz & S. Tschirner (Orgs.), *A presença de Winnicott no viver criativo* (pp.150-162) (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud - vol.1). São Paulo: Editora ZY Ltda.
- Bevilacqua, M. C., Costa, O. A. & Amantini, R. B. (2005). Considerações sobre o implante coclear em crianças. In M. C. Bevilacqua & A. L. M. Moret, *Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais da Saúde*. São José dos Campos, SP.: Pulso.
- Costa Filho, O. A., Bevilacqua, M. C. & Moret, A. L. M. (1996). Critérios de seleção de crianças candidatas ao implante coclear no Hospital de Pesquisas e Reabilitação de Lesões Lábio Palatais/USP. *Revista Brasileira Otorrinolaringológica*, 62(4), 306-313.
- Freud, S. (1996). Escritores criativos e devaneio. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.IX, pp.131-143). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1908, M. A. M. Rego, trad.).
- Freud, S. (1996) A Interpretação dos Sonhos. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.IV e V). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1900, W. I. de Oliveira, trad.).
- Khan, M. M. R. (2001). Introdução por M. Masud R. Khan. In D. W. Winnicott, *Holding e Interpretação* São Paulo: Martins Fontes. *Anotações clínicas sobre perturbações na infância*, 1931, (S. M. T. M. de Barros trad., pp.1-25).
- Lynn, D. (1989). *Structured doll play* (SDP). California (Perez-Ramos, trad. e adapt.).

- Magalhães, A. M. M., Pérez-Ramos, A. M. Q., Neme, C. M. B. & Yamada, M. O. (2007). O desenvolvimento socioemocional de crianças surdas com implante coclear. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, XXVII(2), 83-112.
- Mellon, N. (2000). Psychossocial of children in deafness. In J. K. Niparko, I. K. Kirk, N. K. Mellon, A. M. Robbins, D. L. Tucci et al., *Cochlear Implants: Principles and Practices*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moraes, T. V., Zeigelboin, B. S., Bevillacqua, M. C. & Jacob, L. C. (2000). Indicação do implante coclear: tendências atuais. *Acta AWHO*, 20(4), 229-237.
- Moret, A. L. M. (2005). Princípios básicos da habilitação da criança deficiente auditiva com implante coclear. In M.C. Bevillacqua & A.L.M. Moret, *Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais da Saúde*. São José dos Campos: Pulso.
- Santos, T. M. M. & Russo, I. C. P. (1991). *A prática audiológica clínica*. São Paulo: Cortez.
- Safra, G. (2009). Introdução: alguns princípios fundamentais subjacentes à clínica Winnicottiana. In A. M. Ferreira, I. B. M. Ferreira, M. H. B. Maaz & S. Tschirner (Orgs.) *A presença de Winnicott no viver criativo* (pp.13-22). São Paulo: ZY Ltda.
- Winnicott, D. W. (1975a). O brincar: a atividade criativa e a busca do eu (self). In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 79-93). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1971, J. O. A. Abreu, V. Nobre, trads.).
- Winnicott, D. W. (1975b). A criatividade e suas origens. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 95-120). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1971, J. O. A. Abreu, V. Nobre, trads.).
- Winnicott, D. W. (1975c). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott. *O Brincar e a Realidade* (pp.13-44). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1971, J. O. A. Abreu, V. Nobre, trads.).
- Winnicott, D. W. (1975d). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1971, J. O. A. Abreu, V. Nobre, trads.).
- Winnicott, D. W. (1983a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação* (pp.38-54). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1960, I. C. S. Ortiz, trad.).
- Winnicott, D. W. (1983b). A capacidade para estar só. In D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1958, I. C. S. Ortiz, trad.).
- Winnicott, D. W. (1983c). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp.55-61). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1962).

- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (1999a). Dizer não. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp.27-48). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1960, A. Cabral, trad.).
- Winnicott, D. W. (1999b). A construção da confiança. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp.139-152). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1969, A. Cabral, trad.).
- Winnicott, D. W. (1999c). Educação para a saúde através do rádio. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp.1-7). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1957, A. Cabral, trad.).
- Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp.316-331). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1951, D. Bogomoletz, trad.).
- Winnicott, D. W. (2000). A Defesa Maníaca. In D. W. Winnicott, *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp.199-217). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1935, D. Bogomoletz trad.).
- Winnicott, D.W. (2001) *Família e desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1965, M.B. Cipolla, trad. do original: The Family and Individual development).

Anexo: nº. 1

Roteiro da entrevista

Recomendações:

O presente roteiro tem por finalidade orientar a realização de uma entrevista para fins de psicodiagnóstico. É dirigida à mãe, ou a quem a substitua, de um pré-escolar submetido ao implante coclear. Objetiva conhecer as condições psicológicas deste e especialmente as derivadas da surdez, da(s) cirurgia(s) e dos resultados obtidos. Priorizam-se também as inter-relações criança-família e vice-versa, a atitude dos pais perante o(a) filho(a) com a deficiência e as condições ambientais em que a família vive.

Para que a entrevista seja efetiva aos fins a que se destina, são necessários procedimentos de natureza semidirigida, utilizando-se de um esquema composto de palavras conceituais para a sua condução. Consideram-se relevantes quanto à forma os seguintes aspectos: a flexibilidade na entrevista; as características individuais da entrevistada; o “rapport” que se estabelece com ela; a forma de estruturar as perguntas, sua ordem; bem como o uso de linguagem coloquial adaptada ao nível cultural e estilo de vida daquela. Faz-se necessário também explicar o que se pretende obter dela e da criança, os benefícios que podem resultar da entrevista e de outros procedimentos que complementam a avaliação contextualizada prevista.

Inicialmente, fazem-se perguntas mais simples e de maior motivação, de forma tal que a entrevistada possa sentir-se à vontade, passando então, às mais delicadas e difíceis de serem respondidas. Sugere-se também que sejam apresentados à entrevistada exemplos ilustrativos dos benefícios resultantes de procedimentos como este, de forma a induzi-la a participar da entrevista, com real motivação. Esclarece-lhe que os dados obtidos na entrevista, além de contribuir para o desenvolvimento da sua criança, poderão auxiliar outras mais submetidas ao implante coclear, sempre respeitando as normas éticas do sigilo profissional. Além disso, poderão auxiliar na realização de estudos científicos para enriquecer o conhecimento na área. Esta entrevista é um exemplo para o que se lhe solicita o consentimento livre e esclarecido.

O roteiro compreende as unidades referentes aos dados pessoais da entrevistada, da criança e de sua família, a história do diagnóstico e tratamento da deficiência auditiva; o desenvolvimento psicológico e distúrbios de comportamento da criança; e o ambiente familiar e institucional. Incorporadas a essas unidades encontram-se outras divisões que incluem

palavras consideradas como conceituais. Estas serão transformadas em perguntas no momento da entrevista, cuja forma subordinar-se-á às condições pessoais da entrevistada, como também a outras variáveis que possam conduzir a uma efetiva entrevista semidirigida e individualizada.

Assim constituído, o roteiro segue uma estruturação que servirá para orientar a realização da entrevista e ao mesmo tempo sistematizar os dados dela coletados aos que serão acrescidos com informações obtidas do prontuário da criança matriculada no hospital, constituindo assim, a anamnese.

2. Conteúdo do roteiro

Pessoa entrevistada: (mãe, pai, avó etc.)

Data: ____/____/____

1 – Dados Pessoais

1.a – da criança

Nome (1º. nome, apelido ou sigla):

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo:

Localização na constelação familiar (filho único, primogênito etc.)

1.b – da família

Nome do pai (1º. nome, apelido ou sigla):

Profissão:

Idade:

Escolaridade:

Nome da mãe (1º. nome, apelido ou sigla):

Profissão:

Idade:

Escolaridade:

Filhos:

Número:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

1.c - Outros parentes que moram com a família:

2 – Em relação à criança

2.a – História da deficiência auditiva

- Origem/causa: genética ou adquirida; época do desenvolvimento da criança em que foi descoberta a deficiência; conhecimento do diagnóstico pelos familiares e suas reações perante ele e a de outros membros da família (grau de parentesco).
- Implante Coclear (I.C.): idade da criança na cirurgia de I.C.; reimplante; preparo para cirurgia (participação da família e reação do examinando); aceitação e uso da prótese pela criança.
- Tratamento: Acompanhamento pela equipe interprofissional (médico, psicólogo, fonoaudiólogo)
- Outro(s) quadro(s) clínico(s) menor(es), associado(s): tipo; e tratamento.

2b – Desenvolvimento psicológico

- Nascimento: prematuridade, atraso no choro, peso e comprimento ao nascer. Primeiro ano de vida e fases posteriores.
- Linguagem; comunicação verbal ou mímica antes e depois da cirurgia; vocalizações; balbucios; intenção comunicativa; uso de intermediários na comunicação; palavras – frases e sentenças.
- Socioemocional: sociabilidade, comunicação; participação na família; amizades; lúdico individual e/ou em grupo.

- Psicomotor: controle de cabeça; sentar-se; engatinhar; andar, correr, saltar... e psicomotora fina: garatujas e desenho figurativo.

2c – Distúrbios de comportamento

- Linguagem: atraso na expressiva e/ou na compreensiva; linguagem infantilizada dissonorizada; dislalias; emissão telegráfica.
- Alimentação: seletividade; falta de horário; inapetência; dependência dos demais; lentidão; uso inadequado de guloseimas e de alimentação líquida.
- Sono: agitação; bruxismo; notilalias, interrupções frequentes, pesadelos; necessidade de companhia para dormir; dificuldades para adormecer e acordar nos horários previstos; sonolência diurna.
- Eliminação: enurese diurna ou noturna; dependência dos demais; carência de condutas socializadas.
- Manipulação: uso tardio da chupeta e de paninhos; e de chupar dedos; onicofagia.
- Distúrbios de inter-relação: apatia; isolamento; dependência dos demais; brigas; agressividade; indisciplina; teimosia.
- Medos: pessoas (familiares, estranhos, médicos); escuro; figuras imaginárias; situações novas; do hospital.
- Ansiedade: crise de birra; irritabilidade; choro ou manhas frequentes.
- Ciúmes: dos irmãos; de outras crianças; de um dos pais. Manifestação do ciúmes.

3 – Ambiente familiar

- Da família: inter-relações pai x criança, mãe x criança, irmãos x criança, pai x mãe.

Variáveis situacionais: mudanças de domicílio, nascimento/morte/doença na família; emprego/desemprego, separações e conflitos entre os genitores.

- Limitações educacionais à criança implantada: proibição para brincar inclusive fora do lar; cuidados excessivos quanto ao uso da prótese; limitação no uso de roupas. Inconsistência nas normas disciplinares; fragilidade e rigidez; castigos físicos na educação disciplinar.
- Concessões educacionais: dormir no quarto dos pais (na própria cama ou na cama dos pais); faltas à creche ou pré-escola sem motivo justo; atendimento a todos os

desejos da criança; deixar fazer o que ela quer. Presentes mais freqüentes à criança com I. C. do que a outros filhos; flexibilidade na rotina diária; superproteção.

Nota: No caso de ter mais filhos, valem-se as mesmas normas.

4 – Ambiente institucional

- Creche, escola especializada, escola regular: isolamento, agressividade, amizades, dependência dos adultos, choro por sentir falta dos familiares. Frequência, participação e desempenho.

Observações da entrevistada

Timidez, centralização nos problemas de ordem pessoal, respostas evasivas, nervosismo, cooperação, interesse por receber orientação etc.

Anexo: nº. 2

Protocolo de Aplicação e Interpretação dos Dados – Jogos Estruturados de Lynn

a) Análise Qualitativa:

Aplicação

Interpretação

1 A – Seleção: berço ou cama

--	--

1 B – Seleção: mamadeira ou copo

--	--

2 A – Seleção: amiguinho(a) / brincar

--	--

3 – Agressividade / amiguinhos

--	--

4 – Alimentação

--	--

5A – Perseguição

--	--

5B – Repreensão

--	--

6 – Relações parentais

--	--

7A – Saída dos pais

--	--

7B – Hospital

--	--

8 – Eliminação

--	--

9 – Arrumação para dormir

--	--

10 – Pesadelo

--	--

b) Quadros para anotação quantitativa:

Quadro nº. 1 - Eleição Parental

Situações														
<i>GENITORES</i>	1A	1B	2A	3	4	5A	5B	6	7A	7B	8	9	10	T
Pai														
Mãe														
Ambos														

Quadro nº. 2 – Eleições de Objetos

Situações						
<i>OBJETOS</i>	1A	1B	4	8	9	TOTAL
Berço						
Cama						
Mamadeira						
Copo/Xic./Prato						
W.C.						
Urinol						
Cama/Casal						
Cama/Solteiro						

c) Integração dos Resultados

<hr/>	<hr/>
Local e data	Aplicador
São Paulo, de de	
	<hr/>
	Aracê Maria M. Magalhães