

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**ARACÊ MARIA MAGENTA MAGALHÃES**

**O aperfeiçoamento dos conceitos de Winnicott aplicado às crianças pré-  
escolares com Implante Coclear**

**São Paulo  
2020**

**ARACÊ MARIA MAGENTA MAGALHÃES**

**O aperfeiçoamento dos conceitos de Winnicott aplicado às crianças pré-escolares com Implante Coclear**

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

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof<sup>fa</sup>Dr<sup>a</sup> Edda Bomtempo

**São Paulo**

**2020**

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  
Dados fornecidos pela autora

Magalhães, Aracê Maria Magenta

O aperfeiçoamento dos conceitos de Winnicott aplicado às crianças pré-escolares com Implante Coclear. / Aracê Maria Magenta Magalhães; orientador Edda Bomtempo. -- São Paulo, 2020.

145 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2020.

1. Brincar (Winnicott). 2. Crianças. 3. Implante Coclear. 4. Surdez. 5. Winnicott, Donald Woods. I. Bomtempo, Edda, orient. II. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: MAGALHÃES, Aracê Maria Magenta

Título: O aperfeiçoamento dos conceitos de Winnicott aplicado às crianças pré-escolares com Implante Coclear

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutora 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: .....

Prof. Dr. ....

Instituição: .....

Assinatura: .....

Prof. Dr. ....

Instituição: .....

Assinatura: .....

ParaAidyl,  
por ser a amiga, a irmã, sempre.

Parameus filhos, Hendrick  
eAlexander,com muito amor,  
sempre.

A meu Gui, meu pai e minha mãe,  
(*inmemorium*).

*“É bom lembrar que o começo  
é uma soma de começos”.*

Donald Woods Winnicott  
(1962/1983a p.56)

## **AGRADECIMENTOS**

A meus filhos e minha mãe, que sempre me incentivaram a estudar.

À Prof. DraEdda Bomtempo por ter aceito e incentivado este estudo, pela compreensão, orientação e amizade.

À Prof. DraAidyl Macedo Queiroz Perez-Ramos por ter-me acompanhado neste caminho, pela amizade, incentivo e contribuições relevantes.

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, aos Professores Doutores que muito me ensinaram, aos colegas e funcionários do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

A todos que além de tratar os pacientes, especialmente as crianças, buscam aprender com eles o encanto de viver.



## **Ciranda Cirandinha**

Cantigas Populares

Ciranda, cirandinha  
Vamos todos cirandar!  
Vamos dar a meia volta  
Volta e meia vamos dar

O anel que tu me destes  
Era vidro e se quebrou  
O amor que tu me tinhas  
Era pouco e se acabou

Por isso, dona Rosa  
Entre dentro desta roda  
Diga um verso bem bonito  
Diga adeus e vá-se embora...

## RESUMO

Magalhães, A. M. M. (2020). *O aperfeiçoamento dos conceitos de Winnicott aplicado às crianças pré-escolares com Implante Coclear*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O tratamento da surdez profunda bilateral em crianças pequenas através de implante na cóclea tem oferecido muitos benefícios não só em termos da restauração da função auditiva, mas extensiva à inclusão da criança com deficiência auditiva no contexto social, afetivo e escolar. A inserção da criança, acompanhada de sua família, no programa de implante coclear é feita mediante o cumprimento de diversas etapas, cuja trajetória pode ocasionar ansiedades e expectativas. O presente estudo tem como escopo aprofundar as contribuições teóricas do psicanalista Donald Woods Winnicott, aplicadas à dez crianças que atravessam o tratamento de implante coclear, bem como objetiva analisar as entrevistas efetuadas com os pais ou responsáveis pelas crianças e os resultados obtidos através da aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, onde são apresentadas dez pequenas cenas com brinquedos, referentes à pequenas histórias incompletas, para que as crianças as completem. A interpretação é baseada nas contribuições winnicottianas referentes ao “ambiente facilitador”, à teoria do desenvolvimento humano que pressupõe a evolução da dependência à independência, a constituição do Eu, falso *self* e verdadeiro *self*, do trauma e suas defesas.

Palavras-chave: Brincar (Winnicott); Crianças; Implante Coclear; Surdez; Winnicott.

## ABSTRACT

Magalhães, A. M. M. (2020). The improvement of Winnicott's concepts applied to preschool children with Cochlear Implant.

The treatment of bilateral profound deafness in young children through implantation in the cochlea has offered many benefits not only in terms of restoring hearing function, but also extending to the inclusion of children with hearing loss in the social, emotional and school context. The insertion of the child, accompanied by his family, in the cochlear implantation program is carried out through the fulfillment of several stages, whose trajectory can cause anxieties and expectations. The present study aims to deepen the theoretical contributions of the psychoanalyst Donald Woods Winnicott, applied to ten children undergoing cochlear implant treatment, as well to analyze the interviews with the parents (or responsible) of the children and the results obtained through the application of the Structured Game with Lynn Dolls, where ten small scenes with toys are presented, referring to small incomplete stories, for children to complete them. The interpretation is based on the Winnicottian contributions referring to the “facilitating environment”, to the theory of human development that presupposes the evolution from dependence to independence, the constitution of the “I”, “false *self*” and “true *self*”, from trauma and its defenses.

Keywords: Child; Cochlear implant; Deafness; Playing (Winnicott); Winnicott, Donald Woods.

## LISTA DE QUADROS

<u>Quadro 1: Classificação do grau da perda auditiva segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014)</u>	25
<u>Quadro 2: Fase ou período do desenvolvimento (Papalia &amp; Feldman, 2012).</u>	38
<u>Quadro 3: A Teoria da Dependência de Winnicott.</u>	43
<u>Quadro 4: Características do bebê saudável e do não saudável segundo Winnicott.</u>	58

## LISTA DE FOTOS

<u>Foto 1: Situação 1A – Aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn.</u>	
<u>Escolha entre dormir na cama ou berço.</u>	22
<u>Foto 2: Situação 1B – Aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn.</u>	
<u>Escolha entre se alimentar por mamadeira ou xícara.</u>	22

## LISTA DE FIGURAS

<a href="#"><u>Figura 1: Desenho de menina com I. C.</u></a>	20
<a href="#"><u>Figura 2: Desenho dos componentes externos do I. C.</u></a>	20
<a href="#"><u>Figura 3: Desenho de menino com I. C.</u></a>	21
<a href="#"><u>Figura 4: Desenho de menino com pontos cirúrgicos referentes à operação do I. C.</u></a>	21
<a href="#"><u>Figura 5: Localização do ouvido externo, médio e interno.</u></a>	26
<a href="#"><u>Figura 6: Funcionamento do implante coclear.</u></a>	27
<a href="#"><u>Figura 7: Componente interno do I.C.</u></a>	28
<a href="#"><u>Figura 8: Componente externo do I.C.</u></a>	28

## LISTA DE GRÁFICOS

<u>Gráfico 1: Situação 1A do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção entre berço ou cama.</u>	85
<u>Gráfico 2: Situação 1B do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção entre mamadeira e xícara ou copo.</u>	87
<u>Gráfico 3: Situação 2 do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção de amiguinho.</u>	89
<u>Gráfico 4: Situação 3 do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção Briga.</u>	91
<u>Gráfico 5: Situação 4 do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção Alimentação.</u>	93
<u>Gráfico 6: Situação 5A do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção Perseguição.</u>	95
<u>Gráfico 7: Situação 5B do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção Repreensão.</u>	97
<u>Gráfico 8: Situação 6 do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Relações Parentais.</u>	99
<u>Gráfico 9: Situação 7A do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultado: Saída dos pais.</u>	101
<u>Gráfico 10: Situação 7B do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultado: Hospital.</u>	102
<u>Gráfico 11: Situação 8 do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultado da Eliminação</u>	104
<u>Gráfico 12: Situação 9 do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Situação Arrumação para dormir.</u>	106
<u>Gráfico 13: Situação 10 do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Situação Pesadelo.</u>	108

## SUMÁRIO

1.	<u>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS</u>	16
2.	<u>FUNDAMENTAÇÃO BIBLIOGRÁFICA</u>	24
	2.1. <u>O Implante Coclear e sua utilização em crianças.</u>	24
	2.2. <u>Aspectos teóricos de Winnicott e os aplicáveis ao conhecimento da criança e ambiente.</u>	37
	2.2.1. <u>O desenvolvimento segundo Winnicott.</u>	38
	2.2.2. <u>O conceito de ego, self, self falso, self verdadeiro e pessoa inteira</u>	45
	2.2.3. <u>A previsibilidade e a confiabilidade do ambiente</u>	54
	2.3. <u>Alguns aspectos da teoria winnicottiana aplicados às manifestações da criança</u>	57
	2.3.1. <u>A regressão como defesas</u>	65
	2.4. <u>A problemática da revelação aos pais do diagnóstico de surdez da criança</u>	68
	2.4.1. <u>A teoria da angústia em Freud</u>	70
	2.4.2. <u>Os conceitos freudianos de sofrimento, angústia e trauma aplicados aos pais da criança com surdez.</u>	75
	2.5. <u>A capacidade da experiência no Campo Cultural</u>	79
3.	<u>OBJETIVOS</u>	82
4.	<u>MATERIAL E MÉTODO</u>	83
	4.1. <u>Participantes</u>	83
	4.2. <u>Técnicas Utilizadas</u>	83
5.	<u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	84
	5.1. <u>Resultados Quantitativos das Respostas das crianças deste estudo ao Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn.</u>	85
6.	<u>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</u>	125
	<u>REFERÊNCIAS</u>	129
	<u>ANEXO nº 01: Roteiro da entrevista – Recomendações</u>	138
	<u>ANEXO nº 02: Protocolo de Aplicação e Interpretação dos Dados</u>	143





## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

*“As coisas mais valiosas na vida, costumam ser as mais indefesas”*

YOU - Série de TV(Temporada 1 Episódio1)

A pesquisa, que ora se apresenta, é resultante de uma investigação anterior, correspondente à dissertação de mestrado da autora, a qual se referiu ao *Brincar, ao conhecer e ao aprender de crianças com implante coclear*(Magalhães,2012).

O objetivo desta pesquisa, tal qual se propôs efetuar, ou seja, o de conhecer o desenvolvimento da criança com implante coclear e o seu aprender, utilizando-se para isso, do brincar na sua fase simbólica, foi atendido e chegou-se a algumas conclusões, dignas de nota e desencadeantes da necessidade de se dar continuidade ao estudo, frente à relevância dos achados. Já nas recomendações do trabalho exposto, a autora havia salientado a carência de pesquisas na área e efetuou um chamado aos autores para a consecução de novos trabalhos, resultante dos progressos científicos atinentes à saúde audiológica, onde os estudos ainda permanecem prioritariamente circunscritos às áreas fonoaudiológica e médica.

Como resultado essencial da pesquisa referida, foi verificado que a criança, objeto de estudo, apresenta padrão de comportamento inferior ao de sua idade, em fase regressiva, mas com tentativas para alcançar um patamar próprio de sua faixa etária. Nesses momentos, a criança recebia acolhimento característico de fase anterior, mostrando-se dependente de um ambiente nem sempre acolhedor e *suficientemente bom*.

A criança a que estamos atendendo, é aquela que efetuou um procedimento de alta complexibilidade, consistindo na colocação cirúrgica de um implante no ouvido interno, devido não ter obtido resultados minimamente satisfatórios com aparelhos de amplificação sonora convencionais, que dessem conta de restabelecer a audição frente a sua deficiência auditiva bilateral, em grau severo ou profundo e de etiologia neurosensorial, ou seja, quando a perda de audição acontece devido a problemas no ouvido interno (cóclea) ou nas vias nervosas que vão do ouvido interno ao cérebro.

Vale ressaltar que o implante coclear (I.C.) não fornece a cura da surdez, mas é uma ferramenta que propicia a sensação da audição, ao portador de deficiência auditiva, com a qualidade necessária para a percepção dos sons da fala, segundo Costa, Bevilacqua e Amantini, (2005, p.125).

Esse dispositivo de alta tecnologia e custoconsiste numa prótese eletrônica computadorizada, que estimula o nervo auditivo na cóclea, desempenhando as funções das células ciliares. Representa uma importante alternativa para este grupo de crianças privado prematuramente do mundo dos sons e fadado a dificuldades amplas e devastadoras não restritas a audição e à aquisição da linguagem oral, mas desencadeadora de outras que atingem a qualidade das interações familiares, sociais e afetivas, o desempenho acadêmico e possivelmente o desempenho profissional futuro.

Podemos efetuar um comparativo do I.C., com um carro de último tipo pertencente a uma pessoa que não sabe dirigir: é uma promessa para seu futuro condutor, o qual precisa se aplicar para extrair os benefícios que a tecnologia coloca à sua disposição. Assim é com o implante: a colocação deste configura o início de uma aprendizagem auditiva cujo *objetivo da reabilitação auditiva é auxiliar a criança a aprender a falar, integrando a audição à sua personalidade* (Moret, 2005, p.227).

Nesse caminho, a criança é auxiliada por profissionais como o fonoaudiólogo, em sessões semanais e pelos muitos estudos na área que vêm aprimorando a abordagem de modo significativo, anteriormente voltada a um contexto exaustivo de treinamento auditivo, e evoluída, segundo Moret (2005, p.228), para uma terapêutica contextualizada e integradora com ênfase na habilitação e reabilitação auditiva.

Não só a família presencia e participa da construção da aquisição da audição e linguagem oral pela criança implantada, como também os profissionais pertencentes à equipe do centro de especialidades em audição e implante coclear, onde foi efetuada a cirurgia e as visitas frequentes para avaliação, ajustes e acompanhamento. No caso das famílias estudadas, verificou-se que há muita ansiedade relatada em diversos momentos das entrevistas, afeto esse que não engana quando faz escutar o sofrimento envolvido. No caso dos profissionais, há a intenção, identificada por metas terapêuticas, de que as crianças atinjam alvos selecionados e estabelecidos, visando à reabilitação da criança implantada mas respeitando-se sempre, o ritmo de desenvolvimento desta.

Mesmo sem a desnecessária rigidez do planejamento terapêutico, e tendo a visão realista da complexibilidade que envolve o ouvir e o falar, com a gama de acentos, ritmos, entonações e aplicada a múltiplas situações, como diálogos, filme, desenho, música, dentre outros, em ambientes silenciosos ou ruidosos, em tarefas simples ou simultâneas, enfim, mesmo conhecendo a criança, sua capacidade individual e as dificuldades inerentes, tanto os profissionais como a família devidamente informada por estes, tem norteadores do tratamento condizentes com o período em que a criança se encontra e o propósito da aquisição de vários comportamentos como a linguagem oral, a partir da percepção da fala.

Acontece que a quase totalidade das crianças deste estudo, apresentaram atraso nas aquisições próprias do desenvolvimento, corroboradas pelo também atraso no desenvolvimento esperado para sua idade cronológica. Isto foi detectado no trabalho anterior efetuado pela autora (2012), quando também foi identificado em todas as crianças, além do distúrbio de linguagem, os de ansiedade e de inter-relação. Em 70% delas, os de alimentação, manipulação e medos, sendo que apenas uma das crianças apresentou distúrbio de eliminação. Estes dados não foram estudados na investigação anterior, mas apenas revelados.

Devido à relevância deste estudo e seus achados, pode-se concretizar um segundo momento propício ao aperfeiçoamento dos conceitos de Winnicott aplicado as crianças pré-escolares com implante coclear (I.C.), efetuado nesta tese.

A escolha dos pressupostos teóricos do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott (1896-1971) para dar embasamento a esta pesquisa, demonstrou ser, desde o início, uma eleição acertada, não apenas por sua importância no campo das teorias das relações objetais, do *self*, com a oposição de “falso self” e “verdadeiro self”, do espaço transicional, dentre outros achados, mas de uma teoria do desenvolvimento que inclui a noção de “ambiente facilitador” e a evolução da “dependência absoluta” à dependência relativa, rumo a independência.

Sabemos que a dependência na primeira infância é um fato. Daí a importância que Winnicott (1969/1999a) registra na figura da mãe, não necessariamente a genitora, mas a figura que exerce a maternagem junto a essa criança, *a sua pessoa, sua natureza, as suas características distintas que a ajudam a saber que é ela mesma* (pp.143-144), incluindo neste contexto todo o seu entorno, seu aroma, a figura do pai da criança, irmãos, família estendida se houver, a que o autor denominou *mãe/ambiente*.

Também como conclusão do trabalho anterior, foi verificado que o diagnóstico da surdez profunda e bilateral teve um impacto relevante na figura *damãe/ambiente*, quando então, reportamo-nos a teoria psicanalítica de Sigmund Freud (1926/1996a), mais especificamente, à segunda teoria da angústia, ao afeto que não engana e se faz perceber. A mãe/ambiente teve que se reorganizar perante aos novos desafios e necessidades que o tratamento e cirurgia descortinaram para sua criança. Muitas das famílias do estudo se desestruturaram e se fragmentaram com a deserção da figura paterna, requerendo nova reestruturação frente a mais uma adversidade.

O diagnóstico revelado aos pais, da deficiência auditiva profunda e bilateral em seu filho(a) representa fato novo, não esperado e acontecido num contexto em que a totalidade dos pais das crianças deste estudo, não estavam familiarizados com a problemática que envolve uma pessoa completamente surda dos dois ouvidos.

O desenvolvimento inicial do bebê é afetado pelo diagnóstico de surdez profunda bilateral, quadro clínico este transmitido aos pais que, sem estarem preparados para tal, reagem apresentando muito stress, angústia e sofrimento. Mesmo a criança, que se vê no rosto da mãe como a um espelho, percebe que algo mudou na relação com seu objeto primário de amor. Muita coisa mudou, não apenas na rotina dos pais e filho(a). Tais mudanças interceptam a linha da vida destas crianças, acrescentadas pela privação auditiva, pela falta de comunicação oral, pelas graves intercorrências do tratamento e os cuidados com os componentes do I.C. da vida diária, atrasando ou impedindo o processo evolutivo da criança, como nas deste estudo, que apresentaram comportamentos próprios de estágios anteriores onde encontraram maior segurança para viver.

A procura de informações e tratamento auditivo com o implante cocleardireciona a família até o centro de especialidades na área e acarreta a inserção desta às muitas etapas em que sua criança precisa comparecer, desde avaliações diversas, preparo pré-operatório, a cirurgia para a colocação da prótese no ouvido interno desta, sua convalescência, ativação dos eletrodos, visitas periódicas ao hospital para ajustes dos canais e acompanhamento, terapia fonoaudiológica dentre outras, somados aos cuidados que decorrem do uso diário dos componentes externos do implante.

As crianças participantes da presente pesquisa, em número de dez, com frequência igual de gênero, têm idades compreendidas entre quatro a seis anos e foram submetidas à cirurgia invasiva de colocação de um implante na cóclea. Para efetuar-la, a primeira providência foi submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sendo esta aceita. Então, foi solicitado aos pais das crianças participantes, o consentimento livre e esclarecido, documento este que foi assinado por eles, comprovando a aceitação desses participantes e seus filhos, neste trabalho.

O atendimento oferecido às crianças e suas famílias, neste centro de especialidades, é de natureza interdisciplinar e compreende às áreas de fonoaudiologia, genética, serviço social, medicina, psicologia, entre outros. Nesse contexto, o psicólogo tem o seu papel destacado, tanto na área clínica como de pesquisa.

Como exemplo de atendimentos efetuados com grupos de criança com implante coclear (I.C.), anexamos material de desenhos, oferecidos às crianças juntamente com lápis coloridos. As crianças são convidadas a desenhar, não sendo obrigatória a participação e estando disponíveis também, outros brinquedos. Configura-se um momento em que a criança pode dar curso à sua liberdade de expressão, de ruptura e abertura, através do brincar ou de sua recusa, sendo vetado qualquer procedimento médico ou medicamentoso.

Figura 1: Desenho de menina com I. C.

Figura 2: Desenho dos componentes externos do I. C.



Fonte: Acervo da autora



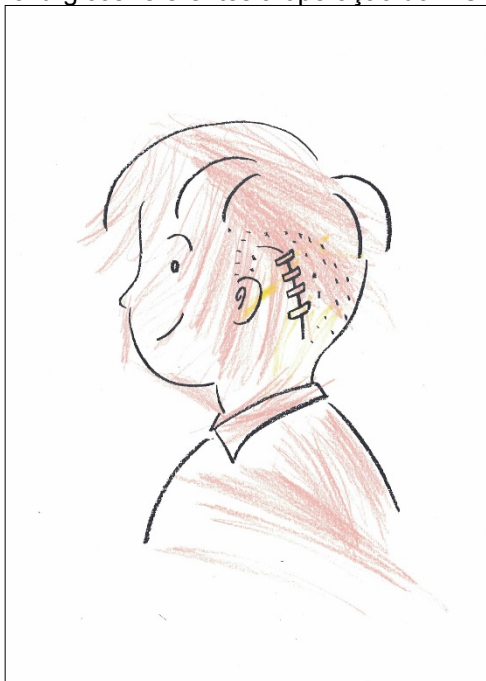
Fonte: Acervo da autora

Figura 3: Desenho de menino com I. C.



Fonte: Acervo da autora

Figura 4: Desenho de menino com pontos cirúrgicos referentes à operação do I. C.



Fonte: Acervo da autora

Os atendimentos no hospital são custeados pelo SUS – Sistema Único de Saúde, nacional e gratuito, assim como a cirurgia e o aparelho de implante coclear, não havendo este ônus para o paciente e seus familiares.

A avaliação psicológica contextualizada constitui um instrumento para conhecer a criança em seu ambiente. Para este fim, foram utilizados procedimentos para conhecer a história de vida da criança e da sua deficiência auditiva, o seu desenvolvimento e as dificuldades de ajustamento ao ambiente em que está inserida. Este também é objeto de análise. Procedimentos como entrevista, observação participante e situações dramatizadas por jogos, são oferecidos à criança e à família para obtenção dos dados em análise. Neste caso, foi utilizado o Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (1989).

Aqui apresentamos uma pequena síntese, referente à utilização do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn como instrumento de coleta de dados para a presente tese. Trata-se de técnica inovadora, na aplicação com crianças pequenas privadas de audição, constituindo-se de dez situações inacabadas para que as crianças dramatizassem o fim destas pequenas histórias, previamente escolhidas e representadas no jogo. As cenas são compostas por brinquedos e bonecos que representam a rotina diária das crianças pré-escolares, onde esta pode dramatizar as cenas com os brinquedos, alimentadas por poucas palavras e por representações nas situações montadas, satisfatoriamente adaptadas às crianças "cocleadas". Não se trata de um teste, mas de uma sistematização organizada na observação do Jogo.

No começo do Jogo, oferece-se à criança um boneco do próprio sexo desta (boneco ego), para que ela se identifique com ele e então, uma vez proposto e que ela aceite ser o boneco, inicia-se a apresentação de cada uma das várias situações inacabadas, para que ela as termine.

Abaixo anexamos fotos parciais de uma criança, quando da aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, em duas situações de escolha: entre dormir na cama ou berço (Situação 1A) e entre se alimentar por mamadeira ou xícara (Situação 1B).

Foto 1: Situação 1A – Aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn. Escolha entre dormir na cama ou berço.

Foto 2: Situação 1B – Aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn. Escolha entre se alimentar por mamadeira ou xícara.





Fonte: Acervo da autora.



Fonte: Acervo da autora.

Os resultados mostram adequada adaptação às criações escolhidas e também a teoria de Winnicott selecionada na presente pesquisa. Temos, portanto, condições favoráveis para dar continuidade ao presente trabalho.

Os estudos efetuados anteriormente seguem aprofundados, como continuidade aos resultados encontrados e à luz de novas facetas de análise proporcionadas pela vasta teoria psicanalítica winnicottiana, na interpretação de aspectos significativos para o conhecimento da criança, suas manifestações defensivas e ansiedades com um recorte da teoria freudiana da angústia e do trauma. Para tanto, utilizou-se a análise de estudos de casos, evidenciando-se os facilitadores e dificultadores ao processo evolutivo da criança e ao enfrentamento da mãe/ambiente, à deficiência auditiva de sua criança.

A utilização do brincar, como o uso do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, como ferramenta para conhecer a criança pré-escolar com implante coclear, veio de encontro aos conceitos de Winnicott, em que o brincar figura em destaque. Para o autor, o brincar é a própria saúde, essencial tanto para as crianças como para os adultos.

*“O que quer que se diga sobre o brincar de crianças aplica-se também aos adultos; apenas, a descrição torna-se mais difícil quando o material do paciente aparece principalmente em termos de comunicação verbal. Sugiro que devemos encontrar o brincar tão em evidência nas análises de adultos quanto o é no caso de nosso trabalho com crianças. Manifesta-se, por exemplo, na escolha das palavras, nas inflexões de voz e, na verdade, no senso de humor” (Winnicott, 1971/1975 p.61).*

Nesse sentido, este dado relevante remete a importância da saúde da mãe/ambiente que fornece as condições necessárias para que ocorra o processo

interno do crescimento, em sua criança. Segundo Winnicott (1971/1975), o adulto brinca com as palavras. A ausência do brincar, tanto na criança como no adulto, conforme o autor é indicativo de que algo está ocorrendo de muito sério, referente à saúde, ou melhor, a falta dela.

Espera-se que a presente contribuição, possa proporcionar uma melhor compreensão da criança com Implante Coclear e sua família, da sua saúde, seu sofrimento e enfrentamentos, objetivando minimizá-los e melhor tratá-los.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

O objetivo desta unidade consiste em apresentar uma síntese das contribuições bibliográficas que serviram de base à pesquisa que ora se apresenta. São incluídos os trabalhos que apresentam a problemática da deficiência auditiva, o implante coclear e as etapas de seu tratamento; alguns recortes das entrevistas com as mães ou representantes e resultados encontrados na pesquisa anterior da autora, ora aprofundados e estudados trazendo-se novos conceitos psicanalíticos de Donald Woods Winnicott, em especial nos aspectos referentes ao sofrimento da criança e sua família, suas angústias, trauma, ao que complementamos com a segunda teoria da angústia e trauma, em Freud. Este momento também foi oportuno para o aprofundamento das ideias winnicottianas, referentes à constituição do *Eu* na criança pequena, do *self*, seu ambiente e seu brincar.

Também nos valem do modo como o autor efetua a compreensão da psicanálise, como uma ética do cuidado, efetuando algumas redescrições da teoria e do método psicanalítico, a qual é notória a da teoria da cultura e da noção de ser, utilizadas nesta pesquisa.

### 2.1. O Implante Coclear e sua utilização em crianças.

*Saber escutar é muito mais do que ouvir!*

Esta unidade tem por objetivo apresentar a problemática da deficiência auditiva a qual não pode ser atenuada pelos aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), evidenciar o processo de implante na cóclea como recurso ao atendimento em determinados casos, expor suas características básicas, bem como o processo cirúrgico para colocação da prótese computadorizada.

As Deficiências Auditivas (D.A.) são caracterizadas pela perda da sensibilidade e capacidade auditiva e apresentam diferentes graus de surdez, avaliados por um teste intitulado de audiometria e efetuado por um aparelho denominado audiômetro. Este equipamento mede os sons em decibéis (dB), numa variação de 0 a 140 dB. O Quadro 1 abaixo exposto, divulgado pela Organização Mundial de Saúde (2014), oferece a classificação da perda auditiva medida em decibéis e o respectivo desempenho da audição.

Quadro 1: Classificação do grau da perda auditiva segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014)

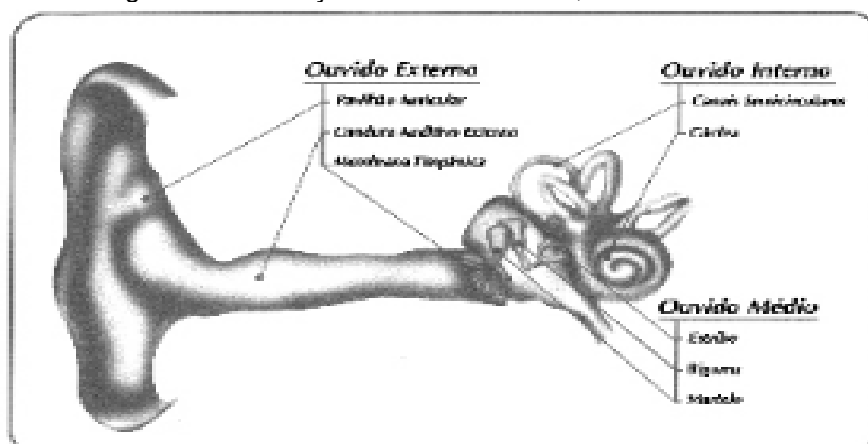
Graus de perda auditiva	Média entre as frequências de 500, 1K, 2k, 4kHz	Desempenho
	Adulto	
Audição normal	0 – 25 dB	Nenhuma ou pequena dificuldade; capaz de ouvir cochichos
Leve	26 – 40 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume normal a um metro de distância
Moderado	41 – 60 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume elevado a um metro de distância
Severo	61 – 80 dB	Capaz de ouvir palavras em voz gritada próximo à melhor orelha
Profundo	>81 dB	Incapaz de ouvir e entender mesmo em voz gritada na melhor orelha

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS,2014).

As perdas de grau leve, moderado e severo (até 70 dB) podem ser solucionadas ou minimizadas com próteses auditivas convencionais (AASI), que amplificam o som, em pacientes cujos ouvidos internos não estejam altamente danificados, transmitindo-o por meio de sistemas vibro-acústicos para o ouvido médio.

Utilizamos a ilustração da Figura 5, para situar a localização do ouvido médio e seus componentes (martelo, bigorna e estribo), do ouvido externo composto pelo pavilhão auricular, conduto auditivo externo e membrana timpânica e do ouvido interno formado especialmente pelos canais semicirculares e a cóclea.

Figura 5: Localização do ouvido externo, médio e interno.



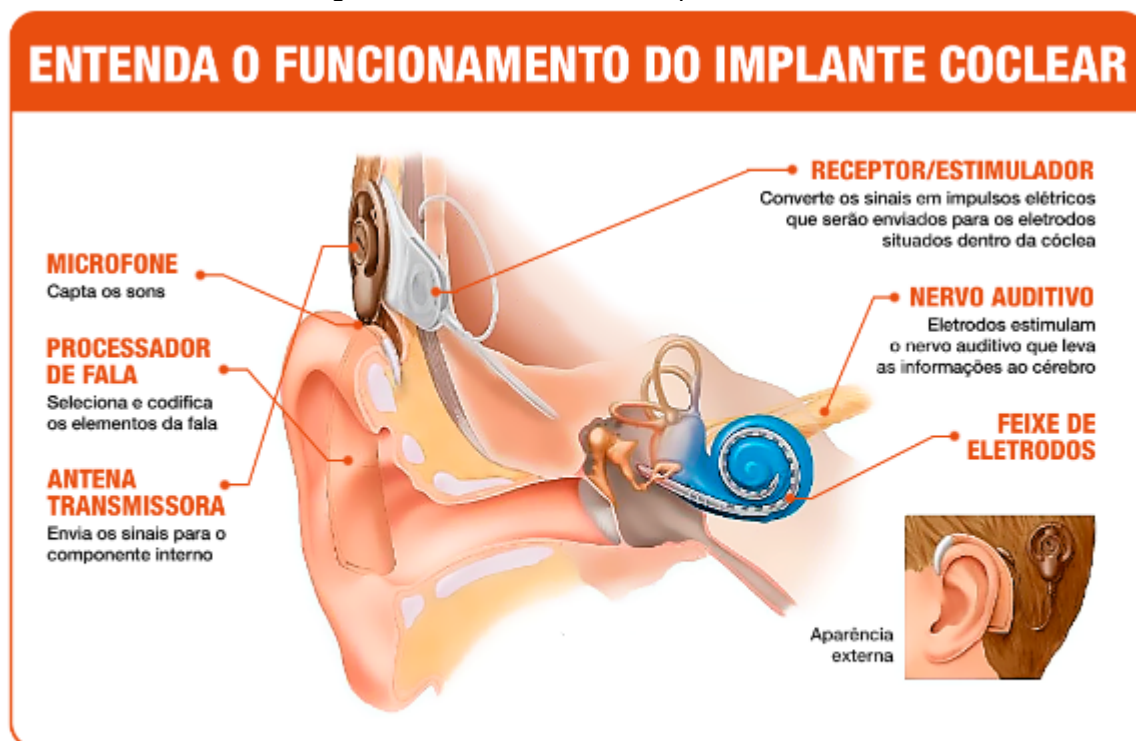
Fonte: MEC, Secretaria de Educação Especial (2006) em Saberes e práticas de inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos surdos.

Para as perdas severas e profundas, com comprometimento considerável das funções da cóclea, o aparelho auditivo tradicional pode não atingir o objetivo de melhorar a percepção deficitária dos sons da fala e do ambiente, inclusive limitando ou impossibilitando a fala e a linguagem (Cruz, Quittner, Marker e DesJardin, 2012/2013).

Segundo Shield (2006), de um modo geral, as perdas auditivas maiores que 40 dB, consideradas moderadas, severas e profundas, implicam na manifestação de dificuldades significativas de interação social. Todas estas questões direcionaram a necessidade de se buscar outros recursos de maior envergadura para auxiliar na aquisição da qualidade auditiva e consequente melhora da fala, da linguagem e também facilitar a inclusão da criança com deficiência auditiva com possibilidades de interações sociais satisfatórias. Nessa medida, o Implante Coclear (I.C.) vem apresentar uma possibilidade real para uma parcela dessas crianças que se enquadram nos requisitos para receber o que é considerado por Wilson e Dorman (2008), uma prótese neural de grande sucesso.

O implante coclear (IC), também chamado de *ouvido biônico* (Sarpeshkar, Salthouse, Sit, Baker, Zhak, Lu, Turicchia & Balster, 2005), é uma prótese eletrônica, introduzida cirurgicamente no ouvido interno, como mostra a Figura 6.

Figura 6: Funcionamento do implante coclear.



Fonte: Claudio Fonseca (2015)

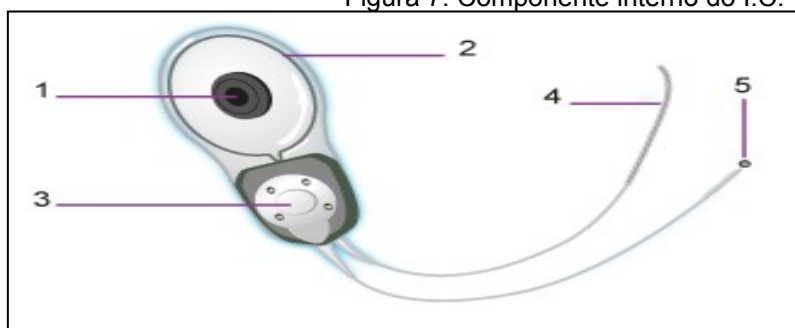
Disponível em: <[www.direitodeouvir.com.br/implante-coclear/](http://www.direitodeouvir.com.br/implante-coclear/)>. Acessado em: 21/10/2020

Com este procedimento, as fibras nervosas do nervo auditivo são estimuladas através dos eletrodos posicionados na cóclea, transformando a energia sonora em sinais elétricos que possibilitam ao cérebro produzir a sensação dos sons, de acordo com o campo acústico externo ao paciente. O som ambiente é convertido em sinal elétrico e adaptado para corresponder aos estímulos necessários na cóclea.

O implante coclear é composto de duas partes: uma interna e outra externa (Costa, Bevilacqua e Amantini, 2005).

O componente interno é colocado cirurgicamente na parte interna do ouvido localizada atrás da orelha, mais especificamente no osso mastóide. É composto por um ímã que fica embaixo da pele e efetua a conexão do componente interno com o externo, por antena interna, eletrodo de referência e por um feixe de eletrodos envolvido em silicone e ligado a um receptor/estimulador. Na figura 7, apresentamos os componentes internos do implante coclear:

Figura 7: Componente interno do I.C.

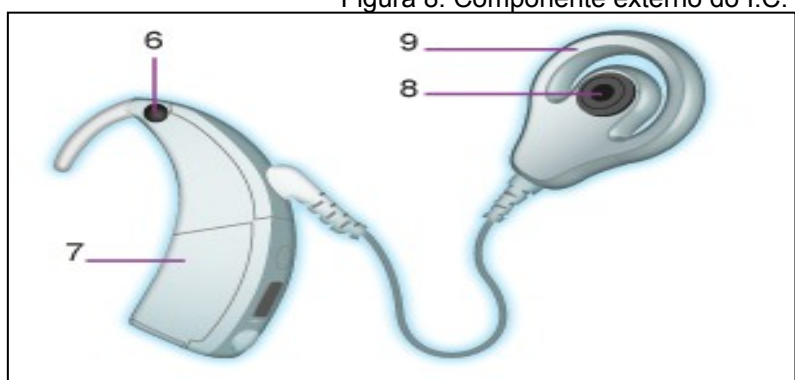


- 1) ímã
- 2) antena interna
- 3) receptor/estimulador
- 4) feixe de eletrodos
- 5) eletrodo de referência

Fonte: Horn D., Sakano, H. (2016).  
Disponível em: <<http://www.cochlea.eu/po/tratamento/implantes-cocleares/implantes-cocleares-na-crianca>>

A captura do áudio é feita através de um ou dois microfones afixados na orelha, e transmitido por um cabo, ao processador de fala, o qual codifica o som e envia a informação para a antena transmissora colocada junto ao receptor-transmissor, correspondendo à parte externa da prótese. Na figura 8 apresentamos os componentes externos do implante coclear:

Figura 8: Componente externo do I.C.



- 6) microfone
- 7) processador de fala
- 8) ímã
- 9) antena transmissora

Fonte: Horn D., Sakano, H. (2016).  
Disponível em: <<http://www.cochlea.eu/po/tratamento/implantes-cocleares/implantes-cocleares-na-crianca>>

O implante coclear tem como proposta melhorar o desempenho auditivo e a habilitação e reabilitação da criança, ou adulto, com perda auditiva neurossensorial severa e profunda. A perda auditiva neurossensorial é caracterizada pela existência de lesão na cóclea, por danos no sistema neural e/ou pela destruição dos estereocílios (células ciliadas). Na perda auditiva severa (61 a 80 dB) a pessoa consegue ouvir algumas palavras quando gritadas na orelha. Na perda auditiva profunda (acima de 81 dB), não consegue ouvir a voz gritada. Um aparelho de amplificação sonora convencional para perda auditiva neurossensorial severa e

profunda, teria que conter um sinal de saída próximo ao limiar de conforto (aproximadamente 120 dB), o que segundo Ching, Dillon & Byrne (1998) provocaria dor e tornaria impraticável seu uso.

Robinson, Davidson, Uchanski, Brenner e Geers (2012), Skarzynski H., Lorens, Matusiak, Porowaki, Skarzynski P., James (2012) entre outros pesquisadores comprovaram a eficácia dos implantes cocleares através dos altos índices de reconhecimento de voz na ausência de ruído.

Segundo Capovilla (1998), na maioria dos pacientes o implante coclear melhora também o desempenho de leitura labial e em alguns permite conversar ao telefone. Ainda conforme o autor, o desempenho auditivo é definido como a habilidade de detectar, discriminar, reconhecer ou identificar sinais acústicos, incluindo a fala.

A operação de implante coclear traz a esperança de muitos benefícios, sendo que os principais benefícios em crianças com I.C. (com 24 canais) são:

- a. Melhora da percepção dos sons ambientais;
- b. Detecção e discriminação dos sons de fala;
- c. Reconhecimento de fala em contexto fechado;
- d. Performance auditiva compatível com perdas leve / moderadas; e,
- e. Performance e evolução dependem da idade e do tempo de surdez.

Os critérios de indicação para que a criança pequena seja candidata ao I.C., compreende alguns quesitos necessários para que a equipe técnica considere a possibilidade de cirurgia. Capovilla (1998) pontua que além da criança ter surdez neurosensorial bilateral severa ou profunda, e não ter contra-indicações médicas, necessita estar inserida em programas educacionais que enfatizem e valorizem a comunicação oral, estar inserida em famílias motivadas mas com expectativas realistas acerca dos benefícios e problemas envolvidos, além de não ter benefício útil dos aparelhos de amplificação sonora.

*“Dada à impossibilidade de prever pré-operatoriamente o sucesso do implante coclear com candidatos individuais, os critérios tradicionais de indicação clínica tendem a ser bastante estritos”*  
(Capovilla, 1998 p.76)



Mesmo com os avanços tecnológicos, ainda não é possível prever se um candidato à I.C. possui suficiente nervo auditivo para viabilizar o implante. Desse modo, só é possível saber sobre o sucesso da implantação dos eletrodos na cóclea, com o efetivo início da estimulação no paciente implantado. (Capovilla, 1998).

Segundo Bento, Brito Neto, Sanchez, e Castilho(2002), são raras e passíveis de correção as complicações decorrentes da cirurgia de implante coclear e podem ser minimizadas com planejamento cirúrgico e técnica adequada. São estas:

- a. necrose do flap muscular (pele e tecidos adjacentes);
- b. paralisia ou paresia facial (0,71% casos, geralmente tardia);
- c. saída de liquor (gusher) principalmente em pacientes com displasia de Mondini e aquedutovestibular alargado;
- d. mastoidite;
- e. extrusão do implante;
- f. infecção da ferida cirúrgica;
- g. meningite; e,
- h. quebra do feixe de eletrodos.

De uma forma geral, os riscos são os mesmos de qualquer cirurgia de ouvido: inflamação, hemorragia, dormência ou rigidez em volta do ouvido, lesão ou estimulação do nervo facial, alteração do paladar, tontura pós cirúrgica, aumento do zumbido, dor no pescoço e, perda de líquido perilinfático, o que poderá conduzir a meningite, mas vale ressaltar, que são raros os casos.

Quanto aos problemas técnicos, os componentes do I.C., são fabricados com materiais biocompatíveis, o que minimizam os riscos de rejeição do próprio corpo humano. Também são desenvolvidos para durarem a vida toda do indivíduo, o que não significa que, como qualquer dispositivo eletrônico, nunca possa apresentar problemas, como uma falha técnica do componente interno. No caso de crianças, um forte impacto devido a uma queda ou acidente, pode quebrar o componente interno. Nestes dois casos haverá a necessidade de reoperação – do mesmo ouvido operado anteriormente ou do outro, conforme avaliação da equipe multidisciplinar.

No caso dos componentes externos, estes são mais sujeitos à quebra devido ao manuseio constante, mas são de fácil reposição, trocados externamente, não necessitando de operação. Assim também se sucede com o processador de fala.

Pode-se deduzir que certos cuidados com a criança, no sentido da preservação dos componentes do I.C., principalmente os internos, podem limitar as atividades destas, como no caso de esportes, cuja recomendação é que devem ser

evitados os esportes que impliquem em contato físico, como o futebol, basquete, voleibol e outros. Antes da natação e do banho, a criança deverá retirar os componentes externos e deverá sempre carregar um conjunto extra de baterias recarregáveis, uma vez que a duração média destas é de 10-12 horas. Este dado é somado a outros importantes na avaliação do candidato ao I.C. e também na decisão dos pais na adesão à cirurgia.

Objetivando o sucesso na aquisição da habilidade da audição, faz-se necessário a avaliação criteriosa na seleção dos candidatos a fazer o I.C., incluindo a família, como rede de apoio. As condições do candidato ao I.C são avaliadas mediante análise cautelosa efetuada por equipe interdisciplinar, onde profissionais como fonoaudiólogos, assistente sociais, psicólogo, médico otorrinolaringologista, dentre outros que se fizerem necessários (como o pediatra e o neurologista), estimam as condições do candidato, através de um protocolo de avaliação pré-cirúrgica, constituído de exames e testes padronizados, além de questionários de avaliação aplicado aos pais e observação lúdica da criança. No hospital, a análise é multifatorial, englobando o tipo e grau de deficiência auditiva, a idade da criança, o tempo de privação sensorial auditiva, o acesso da criança à terapia fonoaudiológica especializada, o desenvolvimento global da criança, a ausência de doenças dificultadoras ao desenvolvimento da criança, a motivação e implicação dos pais, entre outros fatores.

Muitas pesquisas, como a de Holt e Svirsky (2008) demonstraram que crianças que receberam um implante coclear precocemente, com perda auditiva profunda, apresentaram um desempenho significativamente melhor do que as que o receberam tardiamente. Tal constatação fez com que os programas de I.C. dessem preferência a crianças em faixas etárias cada vez menores, objetivando maximizar os ganhos auditivos e outros decorrentes.

Os progressos científicos possibilitam efetuar-se a avaliação auditiva em todas as crianças, até mesmo em bebês recém-nascidos com apenas minutos de vida (Morton e Nance, 2006). Esta avaliação é de fácil aplicação e não invasiva, dos quais destacamos o Potencial Evocado Auditivo de tronco Encefálico (PEATE), mais conhecido como BERA e o das Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), mais conhecido como Teste da Orelhinha (Hilú e Zeigelboim, 2007). Estes testes permitem determinar a integridade funcional da cóclea, especificamente das células ciliadas externas. Presentemente citamos alguns fatores que podem causar lesão na

cóclea: meningite, rubéola materna, toxoplasmose, medicamentos ototóxicos, problemas durante o parto, dentre outros.

Se houver lesão, as EOAE (Emissões Otoacústicas Evocadas) estarão ausentes. Neste caso, a revelação deste resultado a uma mãe, muitas vezes parturiente e sem rede de apoio significativa, requer atenção dos profissionais de saúde, de políticas públicas em prol da saúde auditiva, que possibilitem o acolhimento dessa pessoa, de seu sofrimento e de seu stress, diante da deficiência auditiva do filho, fato esse nem sempre esperado.

Na condição da procura por tratamento audiológico, da criança, levar sua família a um centro de referência em saúde audiológica, é agendado visitas periódicas, inicialmente freqüentes, onde a criança é inserida em avaliações/testes diagnósticos e sua família também é implicada, neste processo. Dentre os profissionais da equipe interprofissional, o psicólogo tem seu papel relevante, quer no acolhimento das crianças com deficiência auditiva, suas famílias, seus afetos, ansiedades e tensões, como na avaliação do candidato a implante e sua rede de apoio (mãe/ambiente). Quanto à avaliação psicológica, Costa, Bevilacqua e Amantini (2005) pontuam:

*“O psicólogo realiza a avaliação da criança e da família quanto aos aspectos gerais, sobretudo os emocionais, auxiliando na identificação de comprometimentos graves ou dificuldades que possam impossibilitar o tratamento com implante coclear.” ( p.135)*

Como exemplo de fatores graves que podem excluir o paciente na seleção dos candidatos ao implante coclear, encontram-se as disfunções neurológicas orgânicas, retardo mental, psicose, expectativas irreais, apoio familiar deficiente, condições precárias de acompanhamento no pós-operatório e outros fatores que possam afetar o sucesso da cirurgia.

Após a análise ponderada das possibilidades do candidato ao implante coclear e havendo a indicação da criança para a cirurgia, a decisão quanto a fazê-la ou não, recai sobre os pais e esta deve ser feita a partir da ponderação dos custos/benefícios e das expectativas advindas de informações realistas. Muito embora chegue um momento em que os pais da criança candidata e aprovada para efetuar a colocação do implante na cóclea tenham que efetivamente assinar a autorização para a cirurgia de seu filho (a), a construção dessa adesão vem sendo efetuada

desde o momento primeiro de transferência com a instituição hospitalar, ou seja, aquele onde tudo começou: o agendamento inicial.

A partir do diagnóstico precoce de deficiência auditiva, os pais que optam pela procura de tratamento num centro de especialidades, têm que tomar uma série de decisões em rápida sucessão – são exames, avaliações e consultas efetuados no hospital que, muitas vezes, se situa fora da cidade do domicílio familiar, o que origina viagens freqüentes, pernoites longe de casa e o afastamento da rotina anterior de trabalho, estudo e lazer. As idas freqüentes ao centro audiológico e a adesão ao tratamento incluem deliberações importantes para o bem estar do núcleo familiar, daí a necessidade da implicação da família como um todo numa parceria ritmada com o hospital. Nesta ocasião, o trabalho do psicólogo é fundamental e necessário na prevenção do adoecimento familiar (criança/ambiente, na concepção de Winnicott, 1971/1975), na avaliação e encaminhamento para tratamento psicológico da criança ou familiar em sua cidade de origem. Esta deve ofertar tal tratamento, sendo assegurado o suporte técnico da equipe de profissionais psicólogos do hospital, ao profissional psicólogo escolhido pela família, se houver esta necessidade.

O resultado de muitas pesquisas na área apontam o sucesso do implante coclear, como recurso eficaz no desenvolvimento de habilidades auditivas, linguísticas e de comunicação da criança com surdez, sendo um caminho promissor com esperanças e expectativas, a pais que procuram a inclusão de seu filho no mundo dos sons, dos ouvintes e da oralidade.

Os pais também carregam consigo seus valores, crenças e disponibilidade de recursos que necessitam ser respeitados, com pena de graves consequências, tanto para a coesão do núcleo familiar, como a manutenção da saúde de seus membros. Além do foco nos benefícios que a criança irá receber, há a parcela de sacrifício decorrente do afastamento de outros projetos, para a dedicação de um novo, de grande magnitude.

As pesquisas na área verificaram que os benefícios alcançados em termos de ganho auditivo e desenvolvimento de linguagem foram maiores quando a cirurgia foi efetuada em crianças pequenas, ou ainda no primeiro ano de vida e com perda auditiva neurossensorial (Moret, Bevilacqua, Costa Filho, 2007). É o caso das crianças deste estudo: crianças pequenas.

Essa importante decisão, embora seja construída em todo o processo de avaliação, frequentemente vem acompanhada de muita ansiedade e sofrimento. A família chega ao grande centro de especialidades buscando o melhor para sua criança e aquela, mas nem sempre há consenso entre os pais. Neste caso, a diretiva deve ser de não se fazer o I.C. nesta criança. O envolvimento de toda a família é desejável e entendido, cada vez mais, como necessário no enfrentamento de cada etapa que vai se sucedendo, durante o processo em questão.

Na contramão da indicação de se fazer o implante coclear, Capovilla (1998) aponta alguns critérios audiológicos de desempenho auditivo como satisfatórios, com o uso de aparelho de amplificação sonora, mesmo não oferecendo um benefício muito grande. O autor ressalva que seria preferível ao I.C., devido às limitações deste e aos problemas advindos, tais como a eliminação de audição residual prévia e outras complicações cirúrgicas estimadas em 5% das efetuadas. Vemos o contraditório como importante, para a reflexão de outros pontos de vista, sobre o mesmo foco.

Passado o processo de avaliação do candidato ao I. C. e sua família, e tendo sido aprovado, é marcada a data da cirurgia, na qual a criança necessita estar em boas condições de saúde. Algumas vezes, gripes, resfriados, doenças comuns da infância impedem a realização da cirurgia na data estabelecida, o que gera muita ansiedade na família e sua criança. Objetivando assegurar as condições de saúde, é comum, nesta época, restrição do brincar da criança e a maior atenção e cuidados com esta.

Mesmo com o cuidado em se efetuar o atendimento psicológico pré-cirúrgico com a criança, isto não assegura o impacto pós-cirúrgico da permanência no hospital, dos curativos e medicamentos administrados, da tricotomia do couro cabeludo na região cirúrgica, da visita frequente de vários profissionais, do afastamento das rotinas de seu cotidiano normal, dentre outros aspectos.

Todo este processo gera ansiedade e sofrimento, tanto na criança objeto de estudo, quanto na família, em especial na mãe.

O procedimento cirúrgico é feito com anestesia geral e dura cerca de duas a três horas. É necessário realizar a prévia tricotomia do couro cabeludo, ou seja, a raspagem deste na região da cirurgia. O período de internação após a cirurgia do I.C. varia em torno de 2 dias, quando recomenda-se que a criança permaneça em

casa até a retirada dos pontos cirúrgicos, por volta de 7 a 10 dias após tal intervenção.

Depois de 4 a 5 semanas de convalescência, tempo necessário para a cicatrização dos tecidos, o paciente retorna ao hospital para o ajuste dos componentes externos, para o procedimento de ativação e mapeamento dos eletrodos e a regulação do nível apropriado de estimulação elétrica para cada canal. Esse procedimento é realizado pelo profissional fonoaudiólogo, em sala silenciosa e costuma suscitar muita ansiedade nos pais da criança, na criança e vezes, na própria equipe que atende a criança. No primeiro ano do I.C. é realizado vários ajustes para aperfeiçoar a qualidade da recepção do som, o que requer o retorno da criança ao hospital para acompanhamento bimestral. No segundo ano após a cirurgia, a indicação da frequência dos ajustes é trimestral, no terceiro ano é quadrimestral e no quarto ano é semestral, como os demais anos vindouros, mas no mínimo uma vez ao ano. Estes procedimentos constituem parte do tratamento visando à aquisição das habilidades auditivas.

O sucesso da operação significa o começo de um longo caminho de aprendizagem, uma vez que a habilidade auditiva é aprendida primordialmente, no processo evolutivo terapêutico e educacional focado no desenvolvimento da linguagem e audição. A terapia fonoaudiológica semanal com ênfase na habilitação e reabilitação auditiva é necessária e inclui a orientação e o aconselhamento familiar referentes às atividades da vida diária da criança sendo que ao ingressar na escola regular, prove orientações e informações para os professores da criança favorecendo seu desenvolvimento (Costa, Bevilacque e Amantini, 2005).

O tempo de uso diário do I.C. pela criança é muito importante, para que esta se familiarize com a prótese, os cuidados para com ela e seja incentivada de forma adequada e adaptada, a exercitar regularmente seu desempenho auditivo e lingüístico e o reconhecimento da fala. Nesta pesquisa pudemos verificar a adesão total das crianças, privilegiando o uso ininterrupto do I.C., inclusive com a preocupação com a duração das pilhas, como no caso 1.

No caso 1 deste estudo, a criança valoriza o uso do implante coclear, a ponto de questionar a avó, que cuidava da criança à época, sobre pilhas sobressalentes, uma vez que a sua estava acabando.

A unidade externa é motivo de desconforto e limitações frequentes para os usuários, segundo Tefili, Barrault, Ferreira, Cordioli e Lettnin (2013). Pudemos

verificar que não só para o usuário, mas a unidade externa visível, além de causar limitação e desconforto, ao usuário do I.C., pode causar constrangimentos não só para este. Conforme os autores pontuaram, estudos procuram soluções para as limitações de seu uso, no banho, sono e ambientes hostis. Um implante invisível, totalmente implantável, poderia ser a solução, mas a tecnologia teria que dar conta de problemas como a captação de sinal e a durabilidade da bateria (Briggs, Eder, Seligman, Cowan, Plant, Dalton, Money e Patrick, 2008; Carlson, Driscoll, Gifford e McMenomey 2012; Green, 2011).

Embora a literatura concernente, como Capovilla (1988), relate que 2-15% dos implantados escolham interromper o uso da prótese, não é o caso de nenhuma das crianças estudadas. Todas elas valorizam o uso do I.C., assim como seus responsáveis, que relatam ganhos quanto à inteligibilidade da fala, em comparação a período anterior ao implante e com melhoras gradativas. No caso 3, a mãe da criança afirma: “Ela usa o implante todo dia, todo o tempo.”

Os estudos referentes ao I.C., tanto nacionais quanto internacionais, estão focados prioritariamente na audição, na aprendizagem da habilidade auditiva e da linguagem oral como os de medicina e fonoaudiologia onde citam-se alguns trabalhos como os de Moret (2005), Mellon (2000) e Costa Filho, Bevilacqua e Amantini (2005) em que o hospital oferece bibliografia específica que possibilita o conhecimento do processo evolutivo do desenvolvimento, em especial da fala da criança. Mas muitas são as possibilidades de pesquisa nas diversas áreas do conhecimento como a da Educação, menos privilegiada por estudos conforme Barbosa e Costa (2016) avaliaram.

Na área da psicologia, a autora se fundamenta em produções próprias: Magalhães, Perez-Ramos, Neme & Yamada (2007); Magalhães, (2012); Magalhães, Bomtempo, Perez-Ramos & Salgado (2012) e outras, mas ainda muito poucos trabalhos em comparação com os disponíveis sobre o desenvolvimento da fala, da comunicação oral, do reconhecimento do ambiente sonoro e sobre o implante coclear propriamente dito, verificando que os aspectos psicológicos da criança cocleada e seu ambiente, suas dificuldades e sofrimentos carecem de mais estudos.

Este presente estudo é um exemplo da análise da criança como um todo, e em momentos de sua vida cotidiana, utilizando-se de pequenas cenas a elas

apresentadas, através de brinquedos, com pequenas histórias incompletas, para que elas as completassem.

## **2.2. Aspectos teóricos de Winnicott e os aplicáveis ao conhecimento da criança e ambiente.**

Dando continuidade à pesquisa anterior da autora, onde se comprovou a eficácia dos pressupostos teóricos de Winnicott, a presente pesquisa optou por manter essa linha teórica, aprofundando-se em contribuições do autor, de maior aplicabilidade aos resultados obtidos anteriormente. Alguns aspectos da teoria constituíram importantes contribuições, especialmente as concernentes ao processo evolutivo que leva da dependência ao rumo à independência, a concepção que o autor faz do *false self* patológico, do trauma, das agonias impensadas, das defesas, ansiedades e do brincar, indissociáveis da sua teoria do desenvolvimento.

Como pediatra, Donald Woods Winnicott, teve sua atenção voltada para a criança percebida como uma unidade, quer em fusão com sua mãe nos primórdios do seu desenvolvimento, quer já em estágio desfusional, desenvolvendo-se, independizando-se, brincando -o que para o autor é a própria saúde - e tentando ser ouvida e ao seu desejo, numa abordagem que estuda seu desenvolvimento e tem seu tema central a unidade que é o ser humano.

O autor foi um escritor profícuo, principalmente quanto à psicanálise. Como pediatra preocupava-se com a saúde das crianças, o que podemos constatar no poema abaixo, talvez efetuado como alerta contra a dissecação do objeto de estudo “criança”:

*“O corpo da criança pertence ao pediatra.  
Sua alma pertence ao sacerdote.  
Sua psique é propriedade da psicologia dinâmica.  
O intelecto pertence ao psicólogo.  
A mente, ao filósofo.  
A psiquiatria reivindica os distúrbios da mente.  
A hereditariedade é propriedade do geneticista.  
A ecologia se atribui direitos sobre o meio ambiente.  
As ciências sociais estudam as estruturas da família e sua relação com a sociedade e a criança.  
A economia examina as pressões e tensões devidas a necessidades conflitantes.  
A lei se apresenta para regular e humanizar a vingança pública contra os comportamentos anti-sociais”.* (Winnicott, 1988/1990 p.25)



### 2.2.1. O desenvolvimento segundo Winnicott.

Após a inserção do implante coclear na criança, principalmente os pais anseiam pela evolução de seu filho(a) não apenas referente à audição, mas também à fala e ao desenvolvimento emocional, social, físico, dentre outros que assegurem sua saúde.

Há muitas concepções de saúde e elegemos a de Winnicott(1988/1990), a qual não se caracteriza apenas pela ausência de doenças, mas pelo funcionamento físico e emocional adequado à idade cronológica, não perturbado por emoções, conflitos emocionais ou pela fuga de alguma emoção dolorosa. O autor entende a saúde e a doença, como estados complexos, os quais tem suas próprias exigências e devem ser pensados em si mesmos, inseridos no momento do processo ao qual pertencem ou no qual tiveram origem.

No Quadro abaixo, apresentamos os períodos ou fases do desenvolvimento, segundo Papalia & Feldman (2012):

Quadro 2: Fase ou período do desenvolvimento (Papalia & Feldman, 2012).

Fase ou período do desenvolvimento	Idade Cronológica
<i>Pré-natal</i>	Da concepção ao nascimento
Primeira Infância	0-3 anos (do nascimento com o início do uso da linguagem para se comunicar)
Segunda Infância	3-6 anos (uso/linguagem até o ingresso da criança na escola ou em algum outro tipo de treinamento social)
<i>Terceira Infância</i> (meninice)	6-11 anos
<i>Adolescência</i>	11-20 anos aproximadamente
Início da Vida Adulta	20-40 anos
Vida Adulta Intermediária	40-65 anos
<i>Vida Adulta tardia</i>	65

Fonte: (Papalia & Feldman, 2012, pp. 40-41)

Na apresentação de seus pressupostos conceituais, o psicanalista inglês Donald Woods Winnicott apresentou uma teoria de abordagem psicanalítica que privilegia o estudo do desenvolvimento da criança, muito pertinente a este trabalho, e que além de relacionar a saúde como aquela em que o corpo funciona de acordo

com a faixa etária, consiste numa questão de maturidade e onde a saúde da psique é avaliada em termos de crescimento emocional.

Um dado relevante, e que voltaremos a este na consecução deste trabalho, é de que as crianças deste estudo, quase na sua totalidade, apresentaram comportamentos próprios de fases anteriores de seu desenvolvimento.

A teoria de Winnicott, do desenvolvimento humano, focaliza diversos aspectos e descrições dos processos que levam à constituição do *eu* como entidade, à construção da unidade do sujeito psicológico na saúde e à compreensão das formas patológicas de organização do ser humano.

*“Optando pela abordagem que estuda o desenvolvimento como a mais capaz de focalizar os diversos pontos de vista, espero deixar claro [como] inicialmente, a partir de uma interação primária do indivíduo com o ambiente, surge um emergente, o indivíduo que procura fazer valer os seus direitos, tornando-se capaz de existir num mundo não desejado; ocorre então o fortalecimento do self como uma entidade, uma continuidade do ser onde, e de onde, o self pode [emergir] como uma unidade, como algo ligado ao corpo e dependente de cuidados físicos; e então advém a consciência (awareness) (e consciência implica na existência de uma mente) da dependência, e a consciência quanto à confiabilidade da mãe e seu amor, que chega à criança sob a forma de cuidados físicos e adaptação à necessidade; ocorre, então, a aceitação pessoal das funções e dos instintos e seus clímaxes, o gradual reconhecimento da mãe como um outro ser humano, e junto a isto a mudança da ruthlessness em direção ao concern; e então há o reconhecimento do terceiro, e do amor complicado pelo ódio, e do conflito emocional; e esse todo é enriquecido pela elaboração imaginativa de cada função, e pelo crescimento da psique juntamente com o do corpo; e também a especialização da capacidade intelectual, que depende da qualidade dos atributos cerebrais; e de novo, em paralelo a isso tudo, surge um desenvolvimento gradual da independência em relação aos fatores ambientais, levando com o tempo à socialização.” (Winnicott, 1988/1990, pp. 25-26).*

A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott não privilegia, como em outras abordagens, as relações de objeto impulsionadas pela vida instintual, mas atem-se a uma teoria que evidencia o cuidado materno e a linha que leva os indivíduos da inicial dependência absoluta em relação ao ambiente, para a dependência relativa e rumo à independência; do estado de não-integração inicial para os diversos tipos e graus de integração; do estado de não-ser para o de ser-no-tempo, entre outros. O autor (1988/1990) alerta que a dissecação das etapas do desenvolvimento é um processo extremamente artificial. A criança está, ao mesmo

tempo, em todos os estágios, mas um destes pode ser considerado como dominante.

A teoria do amadurecimento de Winnicott, consiste na descrição e conceituação das diferentes tarefas, conquistas e dificuldades que são inerentes ao crescimento, em cada um dos estágios da vida. Segundo o autor, o desenvolvimento se inicia em algum momento após a concepção e, se houver saúde, prossegue gradualmente em cada um dos estágios da vida, estendendo-se pela infância, adolescência, maturidade, velhice e morte. Segundo Dias (2008), a ênfase da teoria recai sobre os estágios iniciais, pois é nesse período que estão sendo construídos os alicerces da personalidade e da saúde psíquica.

Desse modo, Winnicott dedicou-se à observação exaustiva de infantes (“sem fala”) e à fase da infância, como aquela anterior à apresentação das palavras como símbolos. Nesta fase, o autor (1960/1983c) pontua que o lactente “depende do cuidado materno que se baseia na empatia materna mais do que na compreensão do que é ou poderia ser verbalmente expresso”(p. 41). No início, o ego materno funciona como um “ego-auxiliar” que complementa o ego do lactente, tornando-o forte e estável. Ainda segundo o autor, este período é essencial para o desenvolvimento do ego do bebê e sua integração.

A conquista da integração está baseada na unidade do ser, para garantir a possibilidade de *ser e continuar sendo*, aquilatando a importância da questão da continuidade existencial. Para que a criança exista como uma unidade, é preciso um cuidado suficientemente bom, uma mãe/ambiente *suficientemente boa*, aquela que faz adaptações ativas em sua maternagem, conforme as necessidades de sua criança, ou seja, uma adaptação que diminui a medida da crescente capacidade desta em tolerar os resultados da frustração e o fracasso da adaptação, fornecendo a oportunidade para que ocorra o processo interno de crescimento.

*“A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar. Em outras palavras, ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber.”* (Winnicott, 1971/1975a p.27)

Mais tarde, o ego do lactente se torna livre do ego da mãe, significando que o bebê alcançou uma separação mental desta, uma diferenciação em um *self* separado

e pessoal. Se a sustentação anterior, exercida pela mãe for bem sucedida, a criança pode experimentar a continuidade do ser.

Todo bebê nasce com um potencial herdado que inclui uma tendência inata ao amadurecimento, à integração numa unidade, mas não sendo este uma determinação, não se concretiza apenas com a passagem do tempo. Para tanto, é necessário um ambiente facilitador que forneça ao bebê cuidados suficientemente bons, o que significa, para o autor, cuidado paterno. Winnicott (1960/1983c p.44) classifica o cuidado paterno satisfatório, em três estágios superpostos:

- a.  *Holding.*
- b.  *Mãe e lactente vivendo juntos. Aqui a função do pai (ao lidar com o ambiente para a mãe) não é conhecida da criança.*
- c.  *Pai, mãe e lactente, todos vivendo juntos.*

Conforme Winnicott (1960/1983c), a fase do  *holding* não se limita ao segurar físico do bebê, mas na capacidade da mãe em se colocar no lugar deste e saber o que necessita, no cuidado de seu corpo e pessoa, sendo de suma importância, na medida em que constituía única forma de uma mãe demonstrar seu amor, ao lactente. A mãe que oferece sustentação cumpre a função materna do  *holding*.

As mães que não conseguem sustentar seu bebê, geralmente produzem a sensação de insegurança em sua criança, acompanhada pelo choro nervoso desta, pela experiência subjetiva de ameaça, e a obstrução de seu desenvolvimento.

A falta de  *holding* ou sua inadequação provocam uma perturbação no desenvolvimento do lactente, criando-se uma “casca” (o  *falso self*) em extensão da qual o indivíduo cresce, enquanto o “núcleo” (o  *verdadeiro self*) permanece oculto e sem poder se desenvolver. O  *falso self* surge pela incapacidade materna de interpretar as necessidades da criança.

*“Mas precisamos chegar a uma teoria do desenvolvimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que já não nos damos mais por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las”.* (Winnicott 1962/1983b, p.65).

O  *holding* inclui também a provisão ambiental total, anterior ao conceito da próxima fase:  *oviver com* (mãe e lactente vivendo juntos).  *Viver com* implica em relações objetais, ao bebê se perceber não mais fundido à sua mãe e perceber os objetos como externos a ele próprio.

O *holding* protege o bebê da agressão fisiológica, da falta de conhecimento deste referente à existência de outra coisa que não seja ele mesmo, inclui a rotina dos cuidados diários diurnos e noturnos e é sensível às mudanças decorrentes do desenvolvimento físico e psicológico decorrentes do crescimento do lactente. Nesta fase, o bebê é completamente dependente dos cuidados maternos.

Winnicott (1960/1983c) classificou três tipos de dependência:

1) *Dependência absoluta*: ao nascer, o bebê encontra-se em estado fusional com a mãe, que lhe fornece uma adaptação quase completa, às suas necessidades, permitindo-lhe a oportunidade da ilusão de onipotência, pois a mãe lhe oferece o objeto quando o lactente necessita dele.

*“Aí encontramos a onipotência e o princípio do prazer em operação, com o dever de estar, certamente, na mais tenra infância; e a esta observação podemos acrescentar que o reconhecimento de um “não-eu” verdadeiro é uma questão de intelecto; pertence à extrema sofisticação e à maturidade do indivíduo.”* (Winnicott, 1960/1983cp.39).

Neste estado, o bebê não concebe a mãe como algo externo a si mesmo, nem os cuidados que esta lhe concede e que em grande parte, são de profilaxia. Se a mãe for *suficientemente boa*, não perfeita, ela dará oportunidade para que tudo isso aconteça e sua criança se beneficie. Caso contrário, o lactente poderá sofrer distúrbios, pois não tem controle algum sobre o que é bem ou mal feito.

2) *Dependência relativa*: Neste estágio e gradativamente, a mãe vai oferecendo falhas à adaptação de seu bebê, frustrações ou limites que possibilitam a *desilusão* e a percepção de algo externo a si mesmo, e que se desloca. Não existe mais o estado fusional mãe-bebê, estabelecendo-se uma dependência relativa. Ao mesmo tempo, o lactente toma consciência dessa dependência e adquire a capacidade de fazer saber ao ambiente, quando necessita de atenção.

3) *Rumo à independência*: A partir da dependência, começa a *luta pessoal da criança pela independência*, quando o lactente desenvolve estratégias para ir vivendo, sem cuidado real. Para isso, utiliza recordações do cuidado, da projeção de necessidades pessoais, da introjeção de detalhes do cuidado (com o desenvolvimento da confiança no ambiente) e do elemento de compreensão intelectual, com suas implicações.

Quadro 3: A Teoria da Dependência de Winnicott.

Fase ou período do desenvolvimento	Idade Cronológica	Tarefas / Conquistas
Dependência Absoluta	<i>Origem até os 4 meses</i>	Integrações Básicas (tempo, espaço, <i>self</i> , Y-soma,...)
<i>Dependência Relativa</i>	4 meses até 1,5 anos	Integrações Complexas → (EU SOU)
Rumo à Independência	A partir de 1,5 anos	
Relação- 2 pessoas	1,5 até ±3 anos	Integrações →Institucionalidade, amor-ódio
Relação- 3 pessoas	3,0 até ±6 anos	Ambiguidades, conflitos, (Édipo) + vida social
Latência		
Adolescência		
Maturidade		
Velhice		

Fonte:Fulgêncio (2016).

Assim, a teoria do desenvolvimento de Winnicott é focada na questão da dependência, na maneira como um ser, completamente dependente e imaturo evolui para um estado relativamente independente e maduro. Para Winnicott, o homem é um animal dependente, cujo desenvolvimento é a tentativa de se tornar *separado sem se tornar isolado*.

*“O principal é que o homem ou a mulher sintam que estão vivendo sua própria vida, assumindo responsabilidades pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir os aplausos pelo sucesso ou as censuras pelas falhas. Em outras palavras, pode-se dizer que o indivíduo emergiu da dependência para a independência, ou autonomia (Winnicott, 1967/2011a p.10).*

Nessa prossecução, encontra-se a fase do *handling*, ao que Abram (1997) assinala:

*“Uma parte do holding é chamada por Winnicott de manuseio ou manipulação [handling] - a maneira pela qual a mãe, manuseia, manipula o seu bebê nos detalhes cotidianos do cuidado materno. Aqui estão incluídas a alegria e o prazer que ela tem com o seu bebê, os quais são uma expressão do seu amor.O manuseio suficientemente bom resulta no fato de que a psique do bebê passa a habitar o soma; é a isso que Winnicott se refere como personalização. Isto significa que o bebê passa a sentir, como consequência de um manuseio amoroso, que o seu corpo é ele próprio ou/e que o seu sentimento de self está centrado dentro do seu corpo (p.187).*

Esta etapa refere-se à maneira como o bebê é cuidado, manipulado, tratado e assim, tem a experiência de entrar em contato com o próprio corpo, através do cuidado materno. Winnicott, em seu trabalho com crianças doentes, pode verificar que a falta de contato da criança com o próprio corpo acarreta problemas psicológicos, na medida da construção de um corpo, efetuada com pequenas coisas como o bebe esfregando a baba no rosto, que constroem as delimitações físicas e um interior e um exterior, um dentro e um fora, o externo e o interno. Quando os cuidados maternos não facilitam este contato, o autor pontua que:

*“Distorções do ego podem provir de distorções na atitude daqueles que cuidam da criança. Uma mãe com um bebê está constantemente apresentando e reapresentando o corpo e a psique do bebê um à outra, e pode-se facilmente ver que essa tarefa fácil, mas importante, torna-se difícil, se o bebê tem uma anormalidade que faz a mãe sentir-se envergonhada, culpada, assustada, excitada ou desesperançada. Em tais circunstâncias, ela pode dar o melhor de si, e não mais que isso” (Winnicott, 1970/1994a, p. 210).*

O caso 2, deste estudo, apresenta uma criança bem apoiada por uma unidade familiar consistente e organizada, tendo o pai como autoridade e a mãe como estimuladora do desenvolvimento do filho. O menino cresceu bem, apresentando desenvolvimento psicomotor normal, certa iniciativa, sociabilidade e linguagem em claro progresso, bem como certa independência, ao mesmo tempo em que manifesta comportamentos próprios de crianças menores.

O caso trata-se de um menino que é filho único, muito esperado após longo período de sete anos, sendo que seus pais trabalham fora e apresentam dificuldades para lhe colocar limites e assim facilitam concessões. Rotineiramente, a avó materna fica com a criança, quando os pais estão trabalhando.

Este é um exemplo da artificialidade da separação das três fases da dependência, como havia pontuado Winnicott: a criança está em todas elas, todo o tempo. Para fins de compreensão e análise do pensamento winnicottiano, o autor efetua esta divisão em fases, clarificando a complexibilidade de tudo que envolve o desenvolvimento do ser humano, desde os processos embrionários de sua existência.

Cada teórico da psicanálise, pode-se dizer, organiza sua teoria em volta do que poderia ser chamado de uma catástrofe essencial, para Freud era a castração; para Klein, o triunfo da pulsão de morte; e para Winnicott era a aniquilação do

*self* central pela intrusão, como falha no ambiente de sustentação. (Phillips, 1988, p. 209).

No tópico abaixo, veremos o desenvolvimento da teoria de Winnicott, voltada para a catástrofe da aniquilação do *self*. Para efetuar este trajeto, Winnicott precisou delimitar o contorno de conceitos como *ego*, *self*, *self verdadeiro*, *self falso* e pessoa inteira.

### 2.2.2. O conceito de *ego*, *self*, *self falso*, *self verdadeiro* e pessoa inteira

Donald Woods Winnicott encontrou dois sentidos dados ao termo *ego*.

Um deles, já descrito anteriormente, é o correspondente a uma tendência inata para a integração, a qual depende de um ambiente suficientemente bom para se efetivar.

Num outro sentido, o autor (1962/1983a) não mais se refere ao *ego* como uma tendência, mas como uma unidade integrada do sujeito psicológico (sujeito); uma parte da personalidade que tende a se integrar em uma unidade, sob condições favoráveis:

*“A integração está intimamente ligada à função ambiental de segurança. A conquista da integração se baseia na unidade. Primeiro vem o “eu” que inclui “todo o resto é não eu”. Então vem “eu sou, eu existo, adquiro experiências, enriqueço-me e tenho uma integração introjetiva e projetiva com o “não-eu”, o mundo real da realidade compartilhada. Acrescente-se a isso: “Meu existir é visto e compreendido por alguém”; e ainda mais: “É me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente” (Winnicott 1962/1983a p.60).*

O autor pontua que no início da vida humana, não existe a unidade, que não é do indivíduo, mas sim do contexto ambiente-indivíduo. Dessa maneira afirma: “Isso que chamam de bebê não existe” (Winnicott, 1952/2000a, p. 165). Com isso, tenta enfatizar, no mesmo texto, que o que vemos é a “dupla amamentante”, um bebê juntamente com alguém cuidando dele, “um carrinho ao qual estão grudados os olhos e os ouvidos de alguém”.

Tal colocação acirrou os questionamentos sobre a data em que o *ego* se constitui. A resposta de Winnicott (1962/1983a) é a de que *o início está no momento em que o ego se inicia* (p.56). Ainda no mesmo texto, Winnicott afirma que o *ego* do



bebê será forte ou fraco, dependendo da mãe, especificamente, de sua maternagem satisfazer a dependência absoluta do lactente, na etapa primeira, anterior ao estágio desfusional, como assim explica:

*“O centro de gravidade do ser não surge no indivíduo. Ele se encontra na situação global. Através do cuidado suficientemente bom, através das técnicas, da sustentação e do manejo geral, a casca passa a ser gradualmente conquistada, e o cerne (que até então nos dava a impressão de ser um bebê humano) pode começar a tornar-se um indivíduo”.* (Winnicott, 1952/2000a, p. 166)

No início, o bebê é *não-integrado* e, aos poucos conforme pontua Winnicott (1963/1983d), vai se integrando, procurando algo para atender às suas necessidades de ser, *sente uma de EU SOU* (p.90), conquistando uma unidade, delimitando o mundo externo e o interno, atingindo uma maturidade capaz de estabelecer relações afetuosas e um padrão de relações objetais baseadas na vida instintiva. O encontro do objeto que satisfaça suas necessidades depende da adequada adaptação ambiental. A falha no cuidado adequado conduz à desintegração, sentida como uma ameaça.

*“Três tipos de ansiedade ocorrem como consequência de falhas nas técnicas de cuidar do bebê: não integração, que se transforma num sentimento de desintegração; ausência de relacionamento entre a psique e o soma, que resultará num sentimento de despersonalização; e a sensação de que o centro de gravidade da consciência foi trasladado do cerne para a casca, do indivíduo para o cuidado, para a técnica”* Winnicott 1952/2000a p.165).

O surgimento do sujeito não basta para a teoria do desenvolvimento de Winnicott. É essencial continuar sendo! *A continuidade do ser significa saúde* (Winnicott, 1988/1990, p.148)

É isso que as mães das crianças deste estudo almejam: a saúde para seus filhos, garantida pela continuidade do ser, integrado numa unidade. Estas sabem da importância de seus cuidados junto à sua criança. Alguma reage de forma ansiosa, como assinala uma destas mães: “Tudo é culpa da mãe!”. É certo que as mães falham em seus cuidados para com os filhos e, algumas destas falhas e frustrações são assimiladas pelos filhos. Outras, que podem nem ser faltas graves, mas sentidas como tal, pela criança, interrompem ou entavam a continuidade de ser e impactamem falta de saúde.

*“A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de irritações a que o lactente deva reagir com o conseqüente aniquilamento do ser pessoal.” (Winnicott, 1960/1983c, p.47)*

Winnicott(1988/1990) faz analogia do bebê e seu ambiente com uma bolha, assinalando que “quando a pressão externa esta adaptada à pressão interna, a bolha pode *seguir existindo*” (p.148). Caso a pressão externa à bolha for maior ou menor que a do seu interior, a bolha passará a *reagir à intrusão*, não por impulso próprio, mas por reação à mudança no ambiente. Se a intrusão cessar, a reação também desaparecerá e poderá haver, então, o retorno à *continuidade do ser*.

Na verdade, não importa o que aconteça ao bebê, se esta mãe tiver capacidade para sustentar sua criança, sem se fragmentar ou deprimir, sua criança terá mais condições de ser menos reativa. Se essa mãe/ambiente mantiver seu lactente “isolado sem ser perturbado”,o bebê não precisará reagir para processar e dominar fisicamente a excitação/ansiedade e nem será aniquilado.

Uma grande questão, referente às crianças deste estudo, diz respeito às muitas intervenções, exames, consultas e terapias à que são submetidas. Não há como efetuar a colocação do implante, sem entrar nessa roda, sem deixar que este processo interfira na vida da criança. A questão, aí sim, recai sobre a existência de uma mãe suficientemente boa, que conceda os cuidados necessários a seu bebê, mantendo-o o máximo possível “isolado, sem ser perturbado”, *nada sabendo*, pois sua mãe sabe e é o ego auxiliar de que este necessita. A díade mãe bebê, como na cantiga de roda:*entra na roda, diz um verso bem bonito e vai-se embora: até o próximo retorno!*

Ao Hospital, cabe a parcela de humanização no acolhimento e também o cuidado em proporcionar um ambiente em que a mãe e sua criança, possam fazer silêncio em si, ficar isolados e sem serem perturbados, proporcionando um lugar de acolhimento onde é proibida a intervenção médica ou qualquer outra atuação profissional.Não é comum que os hospitais, a nível ambulatorial, disponibilizem uma área como a que estamos apresentando, para as mães e suas crianças.

Normalmente, não há um espaço específico para a amamentação e cuidados aos lactentes. Assim como as brinquedotecas, este espaço *potencial*, na visão da autora, pode e deve ser foco de políticas públicas voltadas para a saúde do lactente

e sua mãe, sem ser enquadrado como hotelização, mas como cuidados a uma díade mãe/bebê essencial a todos os humanos exitosos em se reunir numa pessoa inteira.

O que o cuidado materno intenciona é a saúde de sua criança, e isto está ligado ao adequado funcionamento físico e emocional próprio à idade cronológica, à conquista de uma dependência relativa em rumo à independência e à possibilidade de personalização (do alojamento da psique no corpo), de ter seu próprio jeito de ser, pessoal e único, agindo a partir de si mesmo, de forma espontânea e criativa.

No início, o bebê não tem identidade própria e inerente entre o corpo e a psique, mas “gradualmente, a psique chega num acordo com o corpo, de tal modo que na saúde existe eventualmente um estado no qual as fronteiras do corpo são também as fronteiras da psique” (Winnicott, 1988/1990, p.144). Após a conquista da unidade pessoal, restaria a da integração dos instintos, anteriormente vividos como externos ao indivíduo, mas próprio da saúde.

Winnicott (1962/1983b) pontua que o modo de ser que caracteriza a saúde corresponde muito mais a um estado de riqueza da personalidade, de realidade psíquica interna, do que ao de ausência de sintomas ou de sofrimento. Para o autor, não basta ter saúde física e maturidade, se não for somada à possibilidade de ter seu próprio modo de ser, de maneira criativa e espontânea, aliada à conquista de uma situação de independência.

Segundo Winnicott (1962/1983b), a doença consiste na impossibilidade da ação criativa e espontânea em relação à própria vida e ao mundo. Conforme Phillips (1988) comenta sobre o autor:

*“Ele veria a doença como uma inibição daquela espontaneidade potencial que para ele caracterizava a própria substância da vida de uma pessoa. E ele chegaria a pensar a psicopatologia como originária das quebras na continuidade, “distrações” que poderiam ocorrer no desenvolvimento precoce de uma pessoa: lacunas causadas pelas intrusões, privações e catástrofes naturais da infância, a maioria das quais ele via como resultante de falhas na provisão parental. Havia coisas que a criança experienciara, mas não conseguira entender de forma satisfatória, e conseqüentemente tampouco encontrara um lugar dentro de si mesmo para tal experiência. Para o bebê que espera tempo demais por sua mãe, por exemplo, “a única coisa real é a lacuna: ou seja, a morte ou a ausência, ou a amnésia” (Phillips p.23).*

A substância da vida de uma pessoa, ou aquilo que faz com que a vida valha a pena, reside na possibilidade de agir por si mesmo, com espontaneidade,

criatividade e com base numa individualidade não reativa. A criatividade designa o sentimento de existir. Ser criativo é sentir-se vivo. O contrário disto, seria a submissão, que impossibilitaria o agir por si mesmo, aniquilando o ser, tornando sua vida sem sentido, interesse ou propósito.

Podemos dizer que a criatividade é da ordem da experiência infantil e sua capacidade de criar o mundo sem dificuldades, como se a criança o concebesse; isso se tiver uma mãe suficientemente boacapaz de se adaptar as necessidades do lactente. O mundo já existe fora da zona de onipotência do bebê, mas só mais tarde pode ser percebido por este, quando já estiver pronto para isto, com mecanismos mentais que o instrumentizam para lidar com a afronta que é o Princípio da Realidade. Sobre a criatividade, Winnicott assinala:

*“Através de um processo de crescimento extremamente complexo, geneticamente determinado, e da interação do crescimento individual com fatores externos que tendem a ser positivamente facilitadores – ou então não-adaptadores e produtores de reação –, a criança torna-se você ou eu, descobrindo-se equipada com alguma capacidade para ver tudo de um modo novo, para ser criativa em todos os detalhes do viver. (Winnicott (1970/2011c, p. 25).*

Além da criatividade, o autor aponta outros aspectos da saúde, tais como o *cuidar de si mesmo*, adquirido pela incorporação dos cuidados recebidos; a preocupação com os outros, com o ambiente em que vive e com os efeitos de seu viver em relação aos outros, integrando seus impulsos amorosos e destrutivos; a capacidade de reparar danos e de sentir-se deprimido e a existência de um *self* verdadeiro, como indícios da saúde. Nesse sentido, Winnicott afirma:

*“Para mim o self, que não é o ego, é a pessoa que é eu, que é apenas eu, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de maturação” (Winnicott, 1970/1994a p.210)*

Safra (2005) efetua uma distinção entre o *self* e o *eu* na obra de Winnicott:

*“Diferencio o self do “eu”. Compreendo o self como uma organização dinâmica que possibilita a um indivíduo ser uma pessoa e ser ele mesmo. Trata-se de uma organização que acontece dentro do processo maturacional com a facilitação de um ambiente humano. A cada etapa desse processo há uma integração cada vez mais ampla decorrente de novas experiências de vida. O “eu” seria, para mim,*

*um campo representacional que possibilita ao indivíduo uma identidade nas dimensões do espaço e do tempo. (Safra, 2005, p.39)*

Pode-se dizer que o *self* é um termo descritivo, como pontuou Winnicott (1964/1994b, p.371), e corresponde à experiência da unidade empírica do indivíduo na sua relação com o mundo, enquanto o *ego* é assinalado pelo autor e no mesmo texto, como um termo teórico, um nome dado a um conjunto de experiências que o indivíduo reúne numa unidade pessoal, sendo conceito de muita importância, tanto na construção da teoria como na prática de cuidados.

Na experiência do mamar, quando a mãe/ambiente fornece a adaptação adequada para as necessidades do bebê, estepaulatinamente encontra o objeto que satisfaz sua necessidade, concomitante a um tempo em que se integra num *self* que se relaciona com esse objeto. Para o bebê, o objeto surge como que criado por ele mesmo, derivado de sua necessidade, enquanto que para o observador, o objeto foi fornecido ao bebê. Assim, no mesmo momento, temos a geração do objeto subjetivo (seio) e o *self* (que realiza a ação de mamar), com o mesmo gesto/ação do bebê e do ambiente.

No início, o *self* não pode ser considerado um *eu* interno, porque não existe ainda um dentro e um fora. O bebê ainda está em estado fusional com sua mãe/ambiente e esse *self* só existe com esse ambiente, constituinte do *self*. No início esta vivência não é contínua, mas com o encadeamento do processo de amadurecimento, as muitas experiências de si mesmo e de ser, vão se integrar entre si, podendo se diferenciar do mundo e chegar à fase do “*Eu Sou*”. Ainda nesse momento de diferenciação entre mundo externo e mundo interno, a dinâmica de relação caracterizável é a de dois corpos (Winnicott, 1952/2000a, p.165).

Prosseguindo nos processos de maturação, e com a presença da saúde, segue-se o momento em que o indivíduo se constitui como uma pessoa inteira, que se relaciona consigo mesmo e com os outros.

*“A integração conduz o bebê ao estado de unidade, ao pronome pessoal ‘je’, ao número um; ela torna possível o ‘EU SOU’, que dá sentido ao ‘EU FAÇO’” (Winnicott, 1967/2011a, p. 11).*

As primeiras experiências, no processo de desenvolvimento afetivo, conduzem a um *Sou*, que gradativamente levam a um *Eu sou* e posteriormente lançam as bases para se chegar ao *Eu faço*.

*“Se eu sou, então o caso é que consegui agrupar isto e aquilo e reivindicar que isto sou eu, e que repudiei todo o resto; ao repudiar o não eu, insultei o mundo, por assim dizer, e posso aguardar um ataque” (Winnicott, 1968/2011b, p. 43).*

Neste texto, Winnicott (1968/2011) pontua que o tipo de integração *Sou*, significa para a pessoa: “que tenho um sentido de existência enquanto pessoa, que sinto em meu juízo que minha existência foi provada”. Este estado é um modo de estar no mundo que produz angústia e ao qual se deve estar preparado.

Já o *Eu sou* é um tipo mais complexo de integração, que envolve os sentimentos ambivalentes, a integração do bem e do mal, a possibilidade de reconhecer o agressor e realizar a reparação.

Por fim, Winnicott (1988/1990) assinala que com uma série de outras integrações (da instintualidade, dos impulsos amorosos e destrutivos, com a possibilidade de realizar o ciclo benigno), a criança chega ao status de uma *pessoa inteira* (cuja dinâmica está referida ao relacionamento a três corpos, marcados pela sexualidade e pelo “Édipo”, organizador das relações, enquanto que também as torna conflituosas), a qual se relaciona com os outros como pessoas inteiras, vivenciando os problemas da administração dos instintos nas relações interpessoais.

*“O estado de unidade é a conquista básica para a saúde no desenvolvimento emocional de todo ser humano. Com base nesse estado, a personalidade unitária pode permitir a identificação com unidades mais amplas – digamos família, o lar ou a casa. Agora, a personalidade unitária é parte de um conceito de totalidade mais amplo. E logo vai se tornar parte de uma vida social cada vez mais ampla, incluindo as questões políticas; e (no caso de algumas pessoas) de algo que pode ser chamado de cidadania no mundo” (Winnicott 1968/2011b, p. 47).*

Como visto anteriormente, a integração ocorre na saúde, e para que esta aconteça é necessário existir uma mãe suficientemente boa, que se identifique com seu bebê e saiba protegê-lo, de maneira que este principie por existir e não por reagir. Winnicott (1960/1983e) situa aí a origem do *self verdadeiro*, que não consegue se tornar realidade sem o que ele chamou de devoção materna:

*“Um self verdadeiro começa a ter vida, através da força dada ao fraco ego do lactente, pela complementação pela mãe, das*

*expressões de onipotência do lactente*". (Winnicott 1960/1983e p.133)

O *self verdadeiro* surge assim que se instala alguma organização mental no indivíduo, sendo que é anterior à constituição da realidade interna e reúne as particularidades da experiência de viver. Refere-se ao gesto espontâneo e a idéia pessoal. Sentido como real, o *verdadeiro self* pode ser criativo, estando ligado à concepção de processo primário, não fundamentalmente reativo aos estímulos externos.

*"O lactente pode agora gozar a ilusão da onipotência, criando e controlando, e pode então gradativamente vir a reconhecer o elemento ilusório, o fato de brincar e imaginar. Isto é a base do símbolo que de início é, ao mesmo tempo, espontaneidade e alucinação, e também, o objeto externo criado e finalmente catexizado"*. Winnicott (1960/1983e p. 133).

O *self verdadeiro* emana da ação das funções do corpo (respiração, coração, entre outras) e de sua vitalidade.

Gradativamente, o lactente estabelece uma membrana limitante ao que é exterior e ao que é interior, desenvolvendo certo grau de independência do ambiente/mãe e tornando-se capaz de reagir a estímulos externos sem traumatizar-se. Isto ocorre devido ao estímulo ter uma contrapartida na realidade interna do indivíduo. Quando este estágio é atingido, há o sentimento de onipotência, alimentado pela mãe suficientemente boa, e o bebê encara todos os estímulos como projeções. Este estágio pode não ser totalmente atingido ou mesmo atingido e perdido, ao que o autor assinala:

*"Mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactente, e assim falha repetidamente em satisfazer o gesto do lactente; ao invés, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente. Essa submissão por parte do lactente é o estágio inicial do falso self, e resulta da inabilidade da mãe de sentir as necessidades do lactente.* Winnicott (1960/1983e p.133).

Quando a adaptação da mãe não for suficientemente boa aos impulsos espontâneos e às alucinações do lactente, o processo que leva à capacidade deste em usar símbolos não se inicia, ou se torna fragmentado. O bebê sobrevive, mas desde os estágios iniciais é possível distinguir os protestos contra ser forçado a uma

falsa existência. Este só pode existir, na forma de submissão, por meio de um *falso self* submisso que reage às exigências do meio. O lactente parece aceitar essa condição e utiliza-se do *falso self* para construir uma rede de relacionamentos falsos e através de introjeções, chegar a uma aparência real, muito parecida com a mãe/ambiente.

Assim, diante de um ambiente que não é suficientemente bom, o *falso self* oculta o *verdadeiro self* e o faz pela submissão às exigências do ambiente, construindo uma proteção e defesa necessárias para a sobrevivência deste. Com o *verdadeiro self* oculto, mínguem as manifestações do gesto espontâneo, dando lugar à submissão e a imitação. O *falso self* então, se constitui como uma defesa contra o inimaginável: a exploração do *self verdadeiro* e seu aniquilamento.

*“Se o self verdadeiro chega a ser explorado e aniquilado, isto é parte da vida de um lactente cuja mãe foi não apenas “não suficientemente boa”, no sentido mencionado acima, mas foi boa e má de uma maneira torturantemente irregular. A mãe aqui tem como parte de sua doença uma necessidade de causar e manter uma confusão naqueles que estão em contato com ela”. Winnicott (1960/1983e p.134)*

Seguindo essa linha de conceituações, o autor ainda expõe que parte do processo de desenvolvimento subjetivo reside na conquista da habilidade de conciliação entre o *verdadeiro self* e a realidade compartilhada:

*“Há um aspecto submisso do self verdadeiro no viver normal, uma habilidade do lactente de se submeter e de não se expor. A habilidade de conciliação é uma conquista. O equivalente ao self verdadeiro no desenvolvimento normal é aquele que se pode desenvolver na criança no sentido das boas maneiras sociais, algo que é adaptável. Na normalidade essas boas maneiras sociais representam uma conciliação”(Winnicott, 1960/1983e p.136-137).*

Desta forma, podemos pontuar que os termos *verdadeiro self* e *falso self* representam duas maneiras de vivenciar o si-mesmo: o *verdadeiro self* como expressão do gesto espontâneo e dos impulsos instituais mais primitivos e o *falso self*, impondo e submetendo o sujeito como forma de adaptação à exterioridade.

O autor, ainda no mesmo estudo, alerta para uma situação, não tão comum, da organização de um *falso self* para ocultar o *verdadeiro self*, em um indivíduo que utiliza seu grande potencial intelectual para resolver seu problema pessoal, momento em que se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual bem



sucedida e a existência psicossomática desordenada. Esses indivíduos precisam de tratamento para que todo esse potencial, senão sua vida, não seja desperdiçada.

*“Como contraste, onde há um alto grau de splitting entre o self verdadeiro e o falso self, que oculta o self verdadeiro, verifica-se pouca capacidade para o uso de símbolos, e uma pobreza de vida cultural. Ao invés de objetivos culturais, observam-se em tais pessoas extrema inquietação, uma incapacidade de se concentrar e uma necessidade de colecionar ilusões da realidade externa, de modo que a vida toda do indivíduo pode ficar cheia de reações a essas ilusões” (Winnicott, 1960/1983e p.137).*

E como Winnicott (1967/2011a) tão bem pontuou, nos assuntos humanos, nada é tão nítido, a ponto de alguém poder apontar onde terminaria a saúde e onde começaria a doença, para aquelas pessoas que tiveram que organizar, inconscientemente, uma fachada como defesa, quando o verdadeiro self foi traumatizado e necessitou se esconder, para não ser novamente ferido. Assim, o *falso self* organizado e demonstra ser uma defesa eficaz, embora não seja um componente da saúde:

*“Funde-se ao conceito kleiniano de defesa maníaca: onde há uma depressão, que é negada – por processos inconscientes, é claro -, os sintomas da depressão aparecem nas formas opostas (euforia em vez de depressão, relaxamento em vez de tensão, vivacidade em vez de desânimo, excitação em vez de indiferença, e assim por diante)” (Winnicott, 1967/2011a, p.17)*

### **2.2.3. A previsibilidade e a confiabilidade do ambiente**

Na teoria do desenvolvimento emocional, como proposta por Winnicott, a mãe/ambiente tem um lugar assegurado de destaque, no período inicial de vida da criança. É esta que pode promover o suprimento ambiental facilitador para que ocorra o processo interno do crescimento, ou impedir que isto aconteça.

*“É especialmente no início que as mães são vitalmente importantes, e de fato é tarefa da mãe proteger o seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer. Somente com base numa função desse tipo pode desenvolver-se a percepção objetiva ou a atitude científica. Toda falha relacionada à objetividade, em qualquer época, refere-se à falha nesse estágio do desenvolvimento emocional primitivo. Somente com base na monotonia pode a mãe adicionar riqueza de modo produtivo. (Winnicott, 1945/2000b p.228)*

Segundo o autor (1989/2011), no decorrer da vida, os pais podem, em algum momento, ter dificuldades para promover os cuidados a seu filho(a), mas se mesmo assim, houver no lar pais que revelem determinada convivência entre si, estejam vivos, mostrando seus sentimentos, provendo o sustento doméstico e isto puder ser observado pelas crianças, estas serão capazes de suportar uma certa tensão, que ali se apresenta, em razão de existir certa previsibilidade no ambiente.

Os bebês necessitam de cuidados contínuos e seguros para desenvolver a confiabilidade no ambiente, que nos estágios iniciais do processo evolutivo, estão em curso de construção: a crença nas coisas e no mundo, a confiança nas pessoas e na estabilidade do lar. Também necessitam de proteção à imprevisibilidade do ambiente, e da mesma forma, a mãe tem papel importante nisto, à medida que protege seu bebê fornecendo antes de tudo, ela mesma, sua pessoa, natureza, características, incluindo tudo o que estiver a sua volta, seu lar, o homem que é o pai do bebê, irmãos, avós, tios, etc. Desse modo, a criança tem facilitadas as oportunidades de avançar com a questão individual do crescimento pessoal.

Os pais, mas principalmente a mãe, desenvolve um grande trabalho para proteger sua criança pequena do que é imprevisível, enquanto ela mesma não conseguir fazer isto. Caso haja o fracasso relativo ou total do suprimento ambiental, onde a confiabilidade se faz necessária, instala-se o estresse na criança e o processo evolutivo desta pode ser distorcido, se a integridade da criança for rompida (fracasso do *eu sou*, eu existo, este sou eu, etc...).

*“(...) em decorrência de uma separação excessivamente longa, a personalidade de uma criança pode ser completamente alterada através da interferência ambiental, e pode ser estabelecida a base para um distúrbio de caráter que não podemos corrigir” (Winnicott, 1969/1999a p.149)*

No caso das crianças estudadas, no período inicial de seu desenvolvimento, há um abalo no ambiente devido ao comunicado aos pais do diagnóstico de surdez profunda em seu(a) filho(a). Este pode constituir-se como fato novo e inesperado, gerador de stress ou até de consequências mais graves, aos genitores e à própria criança. Algumas vezes, como no caso da surdez das crianças em foco, este fato é consequência de intercorrências anteriores, também estressoras, tais como prematuridade, doenças, hereditariedade, medicamentos ototóxicos, etc... Soma-se a isto, a ausência de respostas às solicitações verbais da mãe, o que pode

implicar num afastamento desta e conseqüente prejuízo relacional. Vários fatores inesperados complicam o enfrentamento da deficiência tanto da criança, como da família.

O trabalho de Winnicott, referindo-se ao amadurecimento emocional, tem suas raízes, na unidade relacional mãe-bebê, sendo que a figura da mãe tem importância fundamental para efetuar o *holding* do bebê e assim, tudo caminhar bem. Para que isso aconteça, é desejável que esta mãe tenha saúde, o que seria um facilitador ao enfrentamento do novo universo que se descortina para sua criança, com o implante coclear, a cirurgia, o followup, os afastamentos da antiga rotina, dentre outras situações que se apresentam.

O próprio Winnicott afirma que os pais geralmente querem acertar, fazer o melhor para o seu filho. Quando não conseguem, tem que lidar com o sentimento de impotência e frustração, podendo paralisar-se, “congelar-se”. Estes também podem sofrer uma ruptura na continuidade da linha da vida e não conseguir oferecer um suprimento ambiental suficientemente bom para seus filhos. Nestes casos é comum o abalo na família, decorrente da incidência da deficiência auditiva. Na metade das famílias estudadas, houve a deserção da figura paterna.

*“Cristóvão carregava Cristo; Cristo carregava o mundo inteiro; e Cristóvão estava de pé em cima de que?” (Freud, 1889/1996b v.1 p.139)*

Deste modo, é importante e interessante que a mãe da criança tenha uma rede de apoio consistente, tanto na figura do pai da criança, como da família estendida (avós, tios, etc), dentre outros. Quanto à figura do pai, Winnicott destaca sua importância, tanto fornecendo o apoio à mãe da criança, em sua maternagem, como acompanhando, participando e favorecendo a sucessão das várias etapas do desenvolvimento desta, desde a dependência absoluta, até a relativa.

Além disso, a figura paterna estabelece os limites que não podem ser ultrapassados, estabelecendo a lei, sobrevivendo aos ataques do filho e à morte/assassinato simbólico, mantendo sua presença indestrutível e constante, ao mesmo tempo em que possibilita ao menino se libertar para viver sua instintividade. É importante que o pai possa efetuar o sustento da mãe, quando esta fraquejar. Nesse sentido, Freud escreveu, em carta a Fliess, citado por Cesar (2009): “*Que*

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

Que as mães falham, isso é fato, mas algumas destas frustrações ou fracassos adaptativos são apresentadas ao filho(a), quando este(a) já tem condições de assimilá-las, não trazendo maiores consequências.

### **2.3. Alguns aspectos da teoria winnicottiana aplicados às manifestações da criança**

Winnicott (1969/1999a) assinala que a interferência, tal como a separação prolongada de um bebê e sua mãe, implica em perigos para a vida desta, que quase não existem no caso de crianças mais velhas, com idades acima de cinco anos.

Para crianças pequenas, e exemplificando, a separação destas de suas mães e do ambiente familiar, por tempo razoável, pode significar o aparecimento de distúrbios de comportamento como os de alimentação, irritabilidade, ansiedade, entre outros e o aparecimento de doenças físicas indefinidas que podem se manifestar de forma mais gravetardamente, conforme explicitado por Winnicott, (1939/1999c) melhor descrito no parágrafo infra. Quando do retorno da criança, pode ser que esta não reconheça sua mãe, o que configura um sinalizador de que houve dano e que o caráter dessa criança foi deformado. É curioso como as mães sabem desse perigo e relutam em deixar seus filhos longe delas, por longos períodos de tempo. Winnicott (1939/1999b) pontua que:

*“É bem possível, para uma criança de qualquer idade, sentir-se triste ou perturbada ao ter que deixar o lar, mas o que desejamos sublinhar é que, no caso de uma criança menor, essa experiência pode significar muito mais do que a experiência real de tristeza. Pode, de fato, equivaler a um blackout emocional e levar facilmente a um distúrbio grave de desenvolvimento da personalidade, distúrbio esse que poderá persistir por toda a vida”. (p.10)*

Os distúrbios de comportamento ou de caráter são considerados por Winnicott (1939/1999c) como manifestações da tendência anti-social englobando desde os de alimentação, ansiedade, enurese e outros até os mais graves, como as perversões e outros tipos de psicopatia.

Mais uma vez constata-se a importância da mãe/ambiente, que fornece a segurança necessária para a criança viver e desenvolver-se. A falta dessa

segurança, de sustentação, numa fase inicial tão significativa, poderá desencadear obstrução ao desenvolvimento emocional do pequeno, além de acarretar danos à personalidade e ao caráter.

Se tudo vai bem para o bebê, este vai desenvolvendo rumo à independência, a menos que esteja cansado, doente ou perca a sua sustentação. Nesses casos, para seu próprio benefício, o desenvolvimento da criança é estancado ou mesmo regride a fases anteriores.

Winnicott (1962/2001a) complementa que:

*“Mas, quando a criança se retrai, isso pode ser sinal de que há algo errado com a mãe que se julgava perfeita. Algumas mães funcionam em dois níveis. Num nível (devo chamá-lo o nível de cima?), querem apenas uma coisa: que sua criança cresça, saia do cercado, vá à escola, encontre o mundo. Noutro nível, que suponho ser mais profundo e não de todo consciente, não concebem a idéia de deixar seu filho ir. Neste nível mais profundo, em que a lógica não tem grande papel, a mãe não consegue abdicar dessa coisa tão preciosa que é sua função materna; é mais fácil para ela sentir-se maternal quando seu bebê é dependente, do que quando, pelo crescimento, ele já começa a gostar de ser separado, independente e desafiador.”* (p.53)

O quadro abaixo se refere às características do bebê saudável e do não saudável, segundo Winnicott(1948/2000c).

Quadro 4:Características do bebê saudável e do não saudável segundo Winnicott.

Bebê saudável segundo Winnicott	Sintomas: Bebê não saudável segundo Winnicott
1. O bebê deve fazer contato com a realidade	1. Perda de contato com a realidade e do censo de realidade.
2. A personalidade do bebê deve tornar-se integrada, e a integração deve tornar-se estável.	2. Desintegração
3. O bebê deve passar a sentir-se vivendo dentro do que chamamos tão facilmente de o seu corpo, e que no início é sentido por ele como algo tão significativo quanto é para nós.	3. Despersonalização.

Fonte:Winnicott (1948/2000c, p. 239).

Winnicott (1948/2000c) lança um alerta para o perigo que ameaça a saúde mental do bebê, quando este é *insultado por um rompimento grosseiro dos processos naturais e delicados que ocorrem na relação mãe-bebê*(p.239),tal como a

perda de sustentação necessária ao seu bem viver. Conforme a tabela acima, temos: a perda de contato com a realidade e do censo de realidade, a não-integração ou a desintegração e a despersonalização.

O autor, ainda no mesmo texto, afirma que distúrbios graves na infância, como o de alimentação, podem começar logo nos primeiros estágios de vida, acontecendo de uns bebês rejeitarem tudo o que é novo, enquanto outros mantêm o interesse na novidade.

Quanto à falta de progresso, no desenvolvimento da criança, Winnicott tem a acrescentar:

*“A teoria que estou formulando é a de que no desenvolvimento emocional de cada criança ocorrem processos deveras complexos, e a falta de progresso, ou o fato de o progresso não ter chegado a completar-se, predispõe o indivíduo ao distúrbio mental ou ao colapso. A solução desses processos cria a base para a saúde mental (Winnicott 1948/2000c p.236).*

### **2.3.1 Trauma e Agonias Impensadas**

A noção de trauma em Winnicott é ponderada em relação às falhas ambientais que interrompem a continuidade de ser, quebrando a confiabilidade no ambiente e centralizada no âmbito das relações inter-pessoais. Difere de outras abordagens, como a freudiana, a qual privilegia certos pontos de vista como de natureza sexual, às excitações não descarregadas, à magnitude das pulsões, ao Complexo de Édipo, e também as relacionadas à economia psíquica do sujeito. Segundo o autor, o “trauma” deve ser pensado em função do momento do processo de amadurecimento no qual ocorre.

Como pediatra, Winnicott atendia e tratava de bebês, o que colaborou para verificar, através da observação, muitos fatores que foram cruciais para a formação de sua teoria do amadurecimento. Ele percebeu que no início do processo de desenvolvimento humano, não havia um indivíduo integrado (com um *eu* separado de um *não-eu*) e nem suficientemente maduro para estabelecer relações de objeto, que o bebê pudesse usá-los, desejá-los, satisfazer suas excitações, eliminá-los e sentir falta deles, pois já os teria reconhecido como externos.

As raízes da sexualidade, o Édipo, e a capacidade para agressão intencional são aquisições, segundo o autor, a serem feitas posteriormente a um longo período

inicial de amadurecimento. Embora a criança tenha predisposição para prosseguir o seu desenvolvimento, de acordo com Winnicott (1969/1999a), este pode ser oportunizado por um *suprimento ambiental facilitador*.

Por outro lado, e ainda segundo o autor, o processo interno de crescimento pode ser impedido de acontecer devido ao fracassado *suprimento ambiental*, relativo à dependência, fracasso esse que abala a *confiabilidade* e *previsibilidade* no ambiente, ocorrendo uma ruptura na *continuidade da linha do ser*, do *si mesmo*, devido à reação ao imprevisível. Winnicott (1970/1994h) caracteriza a noção de trauma, quando aborda a comunicação silenciosa entre o bebê e sua mãe:

*“A comunicação “silenciosa” é uma comunicação de confiabilidade que, na realidade, protege o bebê quanto a reações automáticas às intrusões da realidade externa, com estas reações rompendo a linha de vida do bebê e constituindo traumas. Um trauma é aquilo contra o qual um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma”* (Winnicott, 1970/1994h, p. 201)

Para o autor (1965/1994c), ocorrendo o rompimento da idealização do objeto, por fracassar no desempenho de sua função, ocorre o trauma, que decorre do fracasso relativo à *dependência*, desencadeando o ódio do indivíduo, reativo a este fracasso. Quanto maior for a dependência, mais a confiabilidade no ambiente se faz categórica, sendo que o abalo no estágio da *dependência quase absoluta*, provoca um *colapso* que interrompe ou inviabiliza a *continuidade da linha da vida*, *prejudicando* o estabelecimento da estrutura da personalidade e organização do ego numa unidade, tema central para Winnicott (1988/1990).

Em uma de suas contribuições mais marcantes referentes ao assunto, o autor pontua:

*“O trauma implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizaram contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego”.* (1967/1975b, p. 135)

O trauma refere-se à reação do bebê à intrusão (impingement) do ambiente em si mesmo, que rompe a continuidade do seu ser. É vivida como agonia impensável, isto é, que não pode ser pensada, nem representada ou integrada.

Estenão necessariamente pressupõe uma falha brutal do ambiente ou algo que aconteceu, mas pode tão somente ser uma falha sutil, ou mesmo algo que não aconteceu com mais frequência. Quando há falhas no ambiente, vivenciadas pelo bebê como excessivas, ocorreria a cisão mente-corpo, onde falta um sentimento do eu e a criança tem a sensação de “não habitar o seu próprio corpo”.

Winnicott (1968/1994g) utiliza os conceitos referentes a angústias impensáveis e agonias primitivas para descrever os sentimentos da criança diante de irritações e intrusões ambientais (*impingements*).

Dado o precário sentimento de si mesmo, neste estágio inicial do desenvolvimento, a ruptura constitui ameaça de aniquilamento do eu, já que o bebê interrompe seu vir-a-ser para reagir ao retorno a um estado não integrado, de agonias impensadas, da perda de relacionar-se com objetos, entre outros (Winnicott, 1963/1994d p.72).

Em síntese, para o autor, o *trauma* se refere à ruptura de continuidade do ser, com ênfase no desencontro entre ambiente e o indivíduo. O evento traumático traz consigo um sofrimento máximo e uma ansiedade impensável. Winnicott (1967/1994g) ressalta que “o resultado do trauma tem de ser um certo grau de distorção do desenvolvimento” (p.155)

A *agonia primitiva* refere-se a uma sensação de morte psíquica; o termo primitiva justifica-se porque acontece numa época pré-verbal e pré-psíquica. Winnicott (1963/1994d p.72), relaciona algumas agonias primitivas e suas defesas:

1. *Retorno a um estado não-integrado (Defesa: desintegração).*
  2. *Cair para sempre (Defesa: sustentar-se/self-holdiig).*
  3. *Perda do conluio psicossomático, fracasso da despersonalização (Defesa: despersonalização).*
  4. *Perda do senso do real (Defesa: exploração do narcisismo primário, etc.).*
  5. *Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Defesa: estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do self).*
- E assim por diante.*

Já o colapso refere-se à ruptura do si mesmo (eu) unitário e a interrupção dos processos básicos que conduzem ao amadurecimento (Winnicott 1970/1994e).

No caso do colapso, Winnicott (1959/1983f) pontua que este já aconteceu, e o que é reconhecido como doença do paciente é um sistema de defesas organizadas contra esse colapso já ocorrido (p.127).



Havendo a presença da mãe suficientemente boa, sua maternagem pode propiciar condições para que as vivências de aniquilamento, irritações e intrusões ambientais sejam sentidas pela criança de forma amenizada, atenuando os conseqüentes efeitos negativos. Como ressalta Winnicott (1956/2000d), o que importa não é a intrusão em si mesma, mas as *reações* à intrusão que, sendo mínimas, não interrompem o “continuar a ser” do bebê. Daí a importância do ambiente (mãe) ser *suficientemente bom*, aquele que consegue reconhecer e respeitar as necessidades de sua criança, cujos cuidados são orientados por ele e não pelas necessidades ou impulsos da mãe/ambiente.

Quando a mãe/ambiente dá *holding* (sustentação) ao seu bebê, este consegue escapar da angústia e por outro lado, pode ativar as potencialidades inerentes ao seu amadurecimento emocional que ameaçam a sua integração, evitando, com isto, o colapso.

Para Winnicott (1951/2000e), quando o bebê nasce, este está em estado fusional com a mãe, não havendo portanto, uma diferenciação entre ambos. Quando essa mãe percebe que o seu bebê pode aquilatar frustrações derivadas de falhas na adaptação mãe-bebê, ela as oferece, e com isso, a criança se apercebe de algo externo a si mesmo e que se movimenta (não-eu). Nessa concepção, vai construindo sua psique, um corpo e assim, constituindo a sua identidade psicossomática, que é a base para o desenvolvimento emocional da criança.

Motta (2007) ressalta que Winnicott (1988/1990), dentre outros autores, verificaram a importância do ambiente desde o momento da concepção, senão antes mesmo deste, abarcando as ansiedades e expectativas dos pais, bem como fatores culturais, situacionais, pessoais, dentre outros que com certeza influenciam no encontro e desencontro com os outros (ambiente), constitutivos de cada ser humano.

Na situação das crianças pequenas que fazem o implante na cóclea, em idades cada vez mais precoces, seria interessante saber quais acontecimentos empíricos poderiam desencadear um trauma, a fim de se poder atuar na prevenção. Porém, a ênfase não reside no evento em si, mas no modo como é sentido pela criança.

Nada é tão simples, se pensarmos que Winnicott ponderou que a constituição do trauma depende do momento em que o pequeno esteja em seu processo de crescimento, o qual vai desde a primeira infância, até a maturidade plena, da

dependência absoluta à relativa e depois rumo à independência. O autor, então, considera vários sentidos do que se entende por trauma, segundo a etapa do processo de amadurecimento em que o indivíduo esteja inserido, conforme seu texto escrito em 1965/1994cintitulado “O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”. Neste,Winnicott descreve a natureza dos traumas, segundo a etapa do amadurecimento,numa sequência crescente desde os estágios mais primitivos até o adulto.

O primeiro trauma que trazemos, descrito por Winnicott (1965/1994c) ocorre no estágio de dependência absoluta e é o mais grave de todos, pois implica num *colapso, na agonia impensada* decorrente de uma falha do ambiente no atendimento à necessidade do bebê. O ambiente fracassa na adaptação ambiental, na *confiabilidade*, na *previsibilidade*, na regularidade e em preservar a necessidade do bebê de *sere continuar sendo*, o qual se desorganiza de si mesmo e da estruturação de sua personalidade. O trauma refere-se à intrusão ambiental e à reação automática do bebê à intrusão, sendo que referente a esta última, o autor esclarece:

*“É possível dizer que o mais importante é o trauma representado pela necessidade de reagir. A reação, nesse estágio do desenvolvimento humano, significa uma perda temporária de identidade. Isto provoca um sentimento extremo de insegurança, que se torna a base para a expectativa de novos exemplos de perda de continuidade de ser, e mesmo de desesperança congênita (embora não herdada) quanto à possibilidade de alcanças uma vida pessoal”.*  
Winnicott (1949/2000f p.265).

O que acontece neste caso é a interrupção ou distorção do processo de amadurecimento, uma vez que as tarefas básicas deste, tais como a integração temporal e espacial do bebê, a constituição do si mesmo e o estabelecimento da parceria psique-soma, ficam prejudicadas. Desse modo, o bebê desenvolve defesas contra as agonias impensadas, para conseguir se relacionar, ao que Winnicott chamou de falso si mesmo reativo, encontrado nos quadros psicóticos.

O segundotrauma, conforme a etapa do amadurecimento, corresponde ao que acontece nos estágiosde dependência relativa e ocorre no momento em que a mãe/ambiente, capacitada a se adaptar às necessidades do lactente no estágio da dependência absoluta e a favorecer a vivencia da ilusão de onipotência, necessita agora, iniciar o processo de desilusão, iniciando um processo de adaptação relativaou dito de outra forma, desadaptação gradual. Se a mãe não fornecer essas

falhas adaptativas e graduais a sua criança para facilitar o processo de desilusão, haverá falha traumática que implica em dificuldades do bebê com o desmame. Dessa forma, a mãe deverá efetuarlo paulatinamente, sustentando e facilitando cuidados maternos para que isto aconteça.

Conforme a etapa do amadurecimento, o terceiro trauma é aquele que ocorre como resultado de falha ambiental que leva o bebê à “*quebra da fé*”, que se consubstancia na perda quase total da confiança e segurança, quando já havia construído a capacidade para “*acreditar em*”, decorrente da *previsibilidade* e *confiabilidade* do ambiente. Essa “quebra da fé” ocorrida em face da falha ambiental - quando a criança já alcançou a etapa de separação do *eu* e *não-eu* - é reconhecida pelo bebê, que passa a exigir do ambiente que volte a ser confiável. Com isso, o bebê ataca o ambiente, na perspectiva de que este volte a fazer sua sustentação. Winnicott denominou este distúrbio de tendência anti-social.

O quarto trauma refere-se a etapa do amadurecimento em que a criança já alcançou o estágio de integração em um si mesmo unitário, começando então a se apropriar de sua impulsividade instintual e a relacionar-se com pessoas inteiras, podendo ser ferida nessas relações, experimentando o sofrimento e trauma, mas sem afetar de modo severo seu processo de crescimento. Poderá ainda desenvolver uma neurose, caso o ambiente não proporcione, com tranquilidade e tempo, o sustento e a elaboração de seus conflitos internos, mediante tensões instituais demasiadas.

O quinto e último refere-se à questão da continuidade do ser e é caracterizado pela “destruição da pureza da experiência individual, ódio em relação ao objeto bom, experienciado não como ódio, mas na forma delirante de ser odiado” (p.114). Este ocorre devido à intrusão imprevisível de fatos reais que fere e paralisa momentaneamente o sujeito. Não há o aniquilamento, mas sentimentos de amargor, ressentimento e quebra de confiança na “humanidade”, devido a muitas decepções. Pode-se desenvolver uma defesa consubstancial projetando o ódio para fora, demarcando um aspecto paranóide da personalidade. Aqui vale lembrar também algumas facetas verificadas por Winnicott (1959/1983f), de que um padrão de influências que distorcem, podem ocasionar um trauma tanto quanto um fator ambiental.

Há alguns fatores relevantes na questão do trauma, para Winnicott, como o caráter temporal deste, na natureza humana. Também sua gravidade acentuada

quando ocorre na fase inicial do desenvolvimento humano, ou seja, na fase da dependência absoluta e ainda seu caráter de imprevisibilidade, ao qual o bebê vivencia como um colapso na área da confiabilidade ambiental. Este *trauma original*, que ocorre na fase da dependência absoluta e interrompe a *continuidade do ser*, pode trazer danos de grande magnitude ao bebê, como o fracasso na constituição do *si mesmo*, na organização do ego e na conquista das relações objetais em maior ou menor grau.

Winnicott (1965/1994c) alerta os analistas para a função das famílias quanto à proteção de seus pequenos, contra traumas grosseiros, esclarecendo que são aqueles que se apresentam como invasivos, intrusivos, molestadores e com efeitos danosos à criança, inclusive podendo interromper o processo interno de amadurecimento. O autor ainda aponta que nestes casos, a criança pode não conseguir avaliar os riscos a que pode estar sujeita, nem entender o que está se passando ou perceber o perigo, necessitando do cuidado atento de um adulto, para protegê-la.

Em contrapartida, no trauma sutil, Winnicott (1965/1994c) caracteriza-se como aquele que deriva de falhas pequenas ou sutis, mas sentido e reagido com intensidade e organização defensiva constituídas quando do trauma original, e por este motivo, é explicado pelo autor, como uma nova versão deste último.

### **2.3.1. A regressão como defesas**

O autor prossegue com sua interpretação da qual concebe o adoecimento psicossomático como um conjunto de defesas contra a ameaça de aniquilamento e desintegração do ego.

Não foi sem razão que Winnicott retoma Freud, não para discordar, mas para referendar que o posicionamento dele quanto às defesas (do ego), tinham substância por tratar-se de uma pessoa com um eu constituído, independente e com um corpo. Mas Winnicott partiu da compreensão das defesas em uma fase anterior da vida do sujeito, onde ainda não se pode contar com um eu constituído, devido ao estado primeiramente fusional com a mãe e de dependência absoluta, evoluindo posteriormente para o de dependência relativa, onde também o corpo do bebê, subjetivamente percebido por este, ainda está sendo construído. O autor necessitou ampliar a compreensão dos mecanismos de defesa, levando em conta as

especificidades da fase relacional mãe-bebê. Tais defesas, portanto, não seriam “defesas do ego”, mas sim, defesas do ser, da continuidade do ser, do seu existir, sentir-se real, verdadeiro.

Winnicott (1960/1983c) aponta que quando interrupções na continuidade do ser ameaçam a própria organização do ego, o *self* verdadeiro deverá ser protegido, oculto. Com essa finalidade, é criado um *falso self* patológico, construído na base da submissão, cuja função defensiva é a proteção do *self verdadeiro*, até que, no futuro, quando houver situação ambiental confiável, retorne à vivência traumática, podendo ser corrigida e assim retomar o desenvolvimento que estava interrompido e trazer de volta o *gesto espontâneo* e o verdadeiro *si mesmo*. Assim, a experiência passada vivida como não integrada, de efetivas relações interpessoais, pode ser atualizada e integrada ao ego. A repressão é a principal defesa, quando o indivíduo já atingiu o estágio de amadurecimento próprio da fase dos relacionamentos triangulares.

O período para explorar os relacionamentos interpessoais, na primeira infância, corresponde à faixa etária dos dois aos quatro anos, quando a criança pode ser tomada por forte ansiedade, desencadeadora do aparecimento de defesas, como é a irritabilidade, inibição, apatia, estranhamento e dentre outros.

O prosseguimento do desenvolvimento da criança e o processo contínuo de integração, acarretam como consequência, o acréscimo das habilidades do pequeno em lidar com as realidades subjetivas, transicionais e a objetividade dada. Isto não significa que não haja limites na aptidão da criança em lidar com o mundo, em cada etapa do processo de seu amadurecimento.

Como conhecido, o que excede a capacidade de assimilação de cada pessoa, em determinado ambiente e estágio temporal, em circunstância do não encontro de sustentação ambiental ou dematuridade significativa, pode não ser albergado pela pessoa.

Winnicott (1963/1994d) indica que este acontecimento vivido, mas não experienciado, fica escondido no inconsciente, porque “*Neste contexto especial, o inconsciente quer dizer que a integração do ego não é capaz de abranger algo. O ego é imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal*”(p. 73).

Como consequência, haveria a interrupção na continuidade do ser e do processo de amadurecimento da criança.

Por conseguinte, o conteúdo que fica “guardado”, “congelado”, fica esperando condições ambientais e pessoas facilitadoras para ser experienciado e integrado à personalidade. Acontece, então, a regressão, indispensável para que a experiência possa ser vivida e integrada na história de vida da criança.

O descongelamento da situação de falha ambiental implicaria no descongelamento das defesas, onde o indivíduo teria a oportunidade de uma nova experiência, num estado de regressão e num ambiente capaz de proporcionar a adequada adaptação (Winnicott, 1954/2000g).

Na análise do tipo de defesas disponíveis para se lidar com as situações traumáticas, Winnicott (1989/1994f) distinguiu duas situações: a dos indivíduos que tiveram cuidados suficientemente bons no período da primeira infância e aqueles que não tiveram.

Na primeira situação se encontram os indivíduos denominados psiconeuróticos, pela psicanálise clássica, aos quais Winnicott (1954/2000g) verificou que já haviam se tornado uma pessoa total, consciente de si mesma e da existência dos outros:

*“Primeiro, há os pacientes que funcionam em termos de pessoa inteira, cujas dificuldades localizam-se no reino dos relacionamentos interpessoais” (Winnicott 1954/2000g p. 375).*

No segundo caso, o dos pacientes que não tiveram cuidados suficientemente bons nas fases iniciais do desenvolvimento e sofreram falhas ambientais significativas, Winnicott (1954/2000g) assinala a importância da aquisição do funcionamento em termos de uma pessoa inteira, a junção do amor e do ódio e o reconhecimento primário da dependência.

*“A alternativa é a de colocar a ênfase no desenvolvimento do ego e na dependência, e nesse caso quando falamos de regressão estaremos imediatamente falando da adaptação do ambiente com seus êxitos e suas falhas. (...) Devemos lembrar sempre eis a minha sugestão, que a conclusão final sobre o desenvolvimento do ego é o narcisismo primário. No narcisismo primário o ambiente sustenta o indivíduo, e o indivíduo ao mesmo tempo nada sabe sobre ambiente algum – e é uno com ele”. (Winnicott 1954/2000g p.380)*

Em ambos os casos, a direção a ser tomada, no tratamento psicológico, consiste em reviver a experiência passada, corrigindo-a.

Winnicott (1954/2000g p.379) identificou dois tipos de regressão, no que diz respeito ao desenvolvimento instintivo, um deles se faz retrocedendo para uma situação anterior de falha, e o outro para uma antiga situação de êxito. No primeiro

tipo de regressão, a que retrocede para uma situação anterior de falha, nos deparamos com evidências de defesas pessoais organizadas pelo indivíduo. No segundo tipo, a que regride para uma antiga situação de êxito, encontramos a memória de uma dependência, não tanto uma organização defensiva, mas uma situação ambiental.

Ao autor (1954/2000g) importa não só a regressão à experiência instintiva boa ou má, do indivíduo, mas a qualidade da adaptação do ambiente às necessidades do ego e do *id* do sujeito.

Nesse sentido e no mesmo texto referido, Winnicott destaca:

*“A organização que torna a regressão produtiva tem essa característica que a distingue das outras, qual seja, a de trazer dentro de si a esperança por uma nova oportunidade de descongelar a situação congelada, e uma oportunidade também para o ambiente, no caso o ambiente atual, de realizar uma adaptação adequada ainda que tardia”* (Winnicott, 1954/2000g p.380-381).

Assim o autor, no mesmo texto, pontua que a psicose tem um vínculo estreito com a saúde e através do que chamou de fenômenos curativos da vida cotidiana, o indivíduo pode recuperar-se espontaneamente, com as amizades, a poesia, cuidados adequados na doença física, dentre outros fatores pelos quais um grande número de falhas ambientais congeladas poderiam ser recuperadas e descongeladas. O mesmo não acontecendo com as psiconeuroses, cujos indivíduos acometidos necessitam de tratamento psicológico devido a não possibilidade da recuperação espontânea.

#### **2.4. A problemática da revelação aos pais do diagnóstico de surdez da criança**

A problemática do diagnóstico da criança com implante coclear tem seu início muito antes da colocação da prótese. Em alguns casos o começo dá-se ainda durante a gestação quando a mãe do bebê é exposta a doenças infecciosas ou quando há o receio de doenças hereditárias. Outras vezes inicia-se logo após o parto, quando são efetuados testes auditivos, ainda na maternidade. Em casos distintos, os pais reparam que sua criança não responde aos chamados, aos barulhos, nem à aquisição primária da linguagem e então cogitam em levar seu pequeno para efetuar consultas médicas e testes audiológicos, o que nem sempre é uma decisão fácil de ser tomada, conforme Yamada (2012) pôde verificar em sua

pesquisa sobre a vivência das mães na trajetória de seus filhos com implante coclear:

*“A reação dessas mães foi de paralisação diante do medo, postergando a realização dos exames do filho, assim como o início de uma maratona de muitos exames, na busca de vários profissionais por não acreditarem nos resultados. As emoções que afligem a pessoa de forma negativa, seja pela via do medo ou pela via dos sentimentos que desgastam e tencionam, podem produzir reações psicossomáticas. Um relato feito por uma das mães expõe uma reação provável: seu fluxo menstrual ficou interrompido por quatro meses. Isso parece ter revelado o modo como foi atingida subjetivamente, pela situação (Yamada, 2012 p. 180).*

A constatação da surdez profunda e bilateral, por profissional da saúde, implica na revelação aos pais, do diagnóstico efetuado em sua criança, o que não constitui tarefa fácil de ser efetivada, nem assimilada por eles. Com os testes auditivos sendo efetuados nos lactentes, em idade muito prematura, as expectativas guardadas durante toda a gestação podem irromper de forma não como a esperada. Quanto à expectativa, Freud (1893/1996c) pontuou:

*“Existem determinadas ideias que têm um afeto de expectativa que lhes está vinculado. São de dois tipos: ideias de eu fazer isto ou aquilo – o que são denominadas intenções – e ideias de isto ou aquilo me acontecer – são as expectativas propriamente ditas” (v.I, p.163).*

Ainda segundo Freud, uma pessoa com vida ideativa sadia, diante do grau de importância que o resultado tenha para esta e do grau de incerteza inerente a esta expectativa, responde reprimindo, inibindo ou excluindo a incerteza subjetiva, a contra-expectativa e as ideias *antitéticas aflitivas*.

Se pensarmos numa gestante saudável, com a poderosa autoconfiança da saúde, esta idealiza seu bebê como também saudável, perfeito e belo, se a perfeição fosse algo atingível e respondente.

Quando o desenvolvimento inicial do bebê aponta para algo que não está dentro das expectativas paternas, como no caso de uma surdez severa e profunda bilateral, estes reagem apresentando muita angústia e sofrimento. Já o bebê, quando olha o rosto de sua mãe, vê a si mesmo refletido- como se a mãe, ao olhar o bebê, ficasse parecida com o que vê - e percebe algo de novo e não bom.



Além da privação auditiva e das decorrências desta, o diagnóstico do déficit auditivo da criança atravessa a vida desta, quando intercepta a vida dos pais, que se vêem diante de realidades não aguardadas nem sonhadas e com diferenças a serem assimiladas, aprendizagens que necessitam do abandono das expectativas iniciais e a elaboração do luto da criança perfeita. Cada passo nessa direção requer esforço e gera sofrimento e angústia.

Com o objetivo de melhor entender o que se passa com estas mães e seus bebês e a angústia que os acomete diante de um diagnóstico que os atravessa, nos reportamos às contribuições de Sigmund Freud, especialmente às teorias da angústia. Como pontuou Winnicott, ele nunca se afastou das teorias psicanalíticas de Freud, seja para retomá-las, como o fez com a teoria da angústia, seja para desenvolver outros aspectos baseados no desenvolvimento de seus próprios achados. Winnicott (1950/2001) assim se posiciona quanto às teorias freudianas:

*“O leitor deve saber que sou um fruto da escola psicanalítica, ou freudiana. Isso não significa que eu tome como correto tudo o que Freud disse ou escreveu; isso seria em todo caso absurdo, visto que Freud continuou desenvolvendo suas teorias – isto é, modificando-as (de modo ordenado, como qualquer cientista) – até o momento de sua morte, em 1939”. Winnicott (1950/2001).*

#### **2.4.1. A teoria da angústia em Freud**

A angústia ocupa lugar de destaque em toda a teoria freudiana. A primeira teoria da angústia é concebida a partir dos estudos sobre as neuroses atuais, as doenças nervosas causadas por fatores contemporâneos - e não por resquícios de um trauma vivido na fase infantil, nem por elementos de um passado remoto ou por conflitos de ordem psíquica. Neste arcabouço estariam a neurastenia e a neurose de angústia (Freud, 1895/1996d) onde os sintomas característicos apresentados seriam a fadiga física, prisão de ventre, cefaléia, dispepsia, parestesias espinhais e empobrecimento da atividade sexual.

Neste primeiro momento, Freud (1895/1996d) teoriza que as causas determinantes da neurastenia e da neurose de angústia consistiam numa descarga somática originada da excitação sexual insatisfeita, como no caso da prática da masturbação, do coito interrompido, das poluções freqüentes, enfim, da descarga insuficiente de energia sexual.

Nesse período, Freud está voltado para as questões econômicas do psiquismo e assim apresenta o quadro clínico da neurose de angústia como uma irritabilidade geral pelo acúmulo de excitação ou incapacidade de tolerar o acúmulo; a presença de uma expectativa angustiada, entendida como um quantum de angústia em estado de livre flutuação, pronto para se ligar a algum conteúdo representativo, permanecendo como um estado de alerta.

Nesta primeira teoria freudiana da angústia, esta é concebida como uma excitação sexual insatisfeita, geradora de tensão, que não conseguiu transformar-se em afeto sexual ou libido psíquica.

Temos que nesse primeiro momento de conceituação da teoria, a angústia está circunscrita ao físico, inscrita no corpo, impossibilitada de uma ligação psíquica e posterior ao recalque. A angústia em Freud está sempre vinculada ao recalque que atua sobre o representante da pulsão, sobre uma idéia ou um grupo de ideias a ele vinculado, separando-os. O autor postula que a base do recalque pode ser uma sensação de desprazer devido à incompatibilidade da idéia única que será reprimida e a massa dominante de ideias que constituem o ego (Freud, 1910/1996e).

Podemos pensar o recalque como uma busca pelo prazer perdido que, exercendo uma luta incessante, procura evitar a entrada de uma idéia inaceitável, geradora de um desprazer maior do que a própria manifestação da angústia na consciência. Seu trabalho é de separação, mas está fadado ao insucesso, à falha, pois o que é recalcado continuará exercendo pressão pela satisfação. Na impossibilidade desta está a origem do recalque, segundo Freud (1915/1996f).

Na primeira teoria da angústia, Freud circunscreeveu um lugar para a angústia, na primeira tópica, restringindo-se ao caráter econômico do psiquismo, à manifestação fenomenológica e incidindo posterior ao recalque.

A diferença marcante entre a primeira e a segunda teoria da angústia refere-se à perspectiva de que a angústia não é posterior ao recalque como apontado na primeira teoria, mas é anterior ao recalque (segunda teoria, Freud 1926/1996a).

Freud chegou à conclusão de que a angústia é anterior ao recalque analisando a fobia em dois casos clínicos: o caso Hans e o caso do Homem dos Lobos, onde pode verificar que a angústia surge primeiramente e produz a repressão e por fim, a produção de sintomas. Nestes casos, o temor da castração seria o fator primordial para a repressão e a formação de sintomas e neuroses.

Mas o medo da castração não é o único fator preponderante do recalque para Freud (1926/1996a), que considera o desamparo vivenciado pelo bebê, no momento do nascimento, como o protótipo da experiência de angústia. Esta seria a primeira vivenciada pelo bebê que, separado do corpo de sua mãe recebe um acúmulo de excitações advindas do mundo exterior sem ter ainda a capacidade de simbolização desta experiência. A angústia frente à ausência materna, a não satisfação de suas necessidades devido à completa dependência do bebê e o temor à perda do amor de sua mãe, expõe a criança a tensões e angústias, que podem ser traumáticas para este bebê.

A ausência da mãe passa a representar um perigo desde o momento em que a criança descobre que esta pode acabar com a situação perigosa vivenciada no nascimento. Assim que a ausência materna (perda do objeto) é percebida, a criança apresenta sinais de angústia, antes mesmo do estabelecimento de uma situação econômica desfavorável.

Freud (1926/1996a) pontua que a angústia está ligada a uma situação traumática e atua como causa da repressão, tendo como resultado, a formação de sintomas. Para Freud (1926/1996a), *“A angústia é a reação original ao desamparo no trauma”* e surge como uma reação a um estado de perigo, reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repetir.

*“Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite, além do qual seu aparelho mental falha na função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas”* (Freud, 1926/1996a, p. 146).

Quando Freud estuda a neurose obsessiva, verifica que o conceito de repressão é insuficiente para explicar todo o mecanismo da neurose obsessiva, então retorna ao conceito de defesa, caracterizando a repressão como apenas um dos mecanismos de que a defesa faz uso.

Segundo Mezan (2001), não menos importante que o conceito de angústia, a introdução do conceito de defesa na teoria freudiana foi estruturante, em termos metapsicológicos. Freud efetuou muitos estudos referentes à etiologia das diferentes neuroses e seus mecanismos de defesas e chegou a duas categorias, que evidenciou como as principais: as neuroses de defesa e as neuroses atuais.

Nas neuroses atuais, a etiologia reside em alterações no nível de descarga da excitação sexual somática e não por fatores de ordem psíquica. São estas a neurastenia e a neurose de angústia

Nas neuropsicoses de defesa, a etiologia reside na incompatibilidade de uma representação ideativa ou de afetos aflitivos ao ego que não podem ser sanados pela atividade do pensamento. Dentre estas neuroses podemos destacar a psicose, a paranóia, a neurose obsessiva, a fobia e a histeria. Os mecanismos de defesa procuram manter a representação ideativa indesejável afastada da consciência. Na defesa, o ego se esforça para diminuir a força da representação, sendo que esta não demanda o trabalho de associação assim obtido com a privação do afeto e resultando na liberação da soma de excitação ligada à representação ideativa. O destino dessa soma de excitação caracterizará os diferentes mecanismos de defesas e as neuropsicoses.

Na histeria de defesa, temos o mecanismo da conversão que consiste na descarga da excitação, somática, ao longo da inervação motora ou sensorial relacionada à experiência traumática, resultando na formação de um símbolo mnêmico e de um grupo psíquico isolado na consciência.

Nas obsessões e fobias, temos o mecanismo do deslocamento, transposição ou falsa conexão onde a excitação permanece na esfera psíquica, ligando-se a outras ideias associáveis, criando um substituto da idéia e por vezes, rituais obsessivos.

Na psicose alucinatória, temos o mecanismo de defesa da rejeição onde a representação e a excitação são excluídas da esfera psíquica, apagadas, levando consigo um fragmento de realidade.

Na paranóia, temos o mecanismo da projeção, com a manutenção da excitação e com a transposição para um objeto externo.

*“Gostaria, por fim, de me deter por um momento na hipótese de trabalho que utilizei nesta exposição das neuroses de defesa. Refiro-me ao conceito de que nas funções mentais deve-se distinguir algo – uma carga de afeto ou soma de excitação – que possui todas as características de uma quantidade (embora não tenhamos meios de medi-la), passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo.” (Freud, 1894/1996g, p.66)*

Ainda convém articular a noção de trauma na metapsicologia freudiana. Para isto, vamos retroceder ao ano de 1884, quando Freud recebe uma bolsa de estudos e decide, orientado por seu mestre Professor Von Brücke, dirigir-se ao Hospital de La Salpêtrière, em Paris, para continuar seus estudos de neuropatologia. Assim o fez, mas pouco a pouco seus interesses foram se voltando aos estudos sobre a histeria, ministrados pelo chefe de toda essa organização, o médico Charcot.

Nesta época, a histeria era concebida como uma psicopatologia, tendo como origem, um acontecimento traumático, de natureza emocional, por vezes de conteúdo sexual, embora só ocorresse nas pessoas que tivessem predisposição à histeria. Utilizando o método da observação, Freud pode verificar que todos os seus pacientes haviam sido traumatizados por acontecimentos de natureza sexual. Inicialmente, Freud formula a teoria da sedução, tomando o acontecimento traumático como realmente vivido pelo paciente. Posteriormente abandona essa teoria da sedução (acontecimento real) e formula a noção de fantasia (acontecimento imaginário), apropriando-se da noção de libido para caracterizar, em termos metapsicológicos, o trauma.

Nestes termos, o trauma refere-se a um quantum de afeto ou uma energia libidinal que pode movimentar-se em relação às ideias a elas conectadas, num aparelho psíquico impulsionado pelas pulsões.

*“Pode-se mesmo dizer que o termo “traumático” não tem outro sentido que o econômico. Chamamos assim a uma experiência vivida que leva à vida da alma, num curto espaço de tempo, um acréscimo de estímulos tão grande que sua liquidação ou elaboração, pelos meios normais e habituais, fracassa, o que não pode deixar de acarretar perturbações duradouras no funcionamento energético”. (Freud, 1916-17h, p.275)*

Note-se que a noção metapsicológica do trauma difere da noção psicológica, esta última consistindo num conflito de ideias conscientes e inconscientes, enquanto representações fortes e incompatíveis com o eu ou conflitos entre desejos conscientes e inconscientes.

A metapsicologia freudiana pontua que o trauma é um acontecimento de natureza psíquica, no qual o indivíduo está sujeito a uma excitação que não pode ser eliminada mas apenas desviada e deslocada, sendo de natureza sexual. Para

Freud, a sexualidade é sempre traumática e edípica e está na base da existência e também das relações humanas individuais e culturais.

Resumidamente segundo a teoria freudiana, o trauma ocorre em dois momentos. No primeiro, ocorre a vivência real ou imaginária de caráter sexual, mas para a criança, esta carece de significação sexual, sendo vivenciada como uma excitação que não encontra formas de ser totalmente descarregada. No segundo momento, com o desenvolvimento da criança, a ascensão da puberdade e da posterior vida adulta, ocorre a vivência associada a uma emoção de natureza sexual, mesmo que esta, objetivamente, não seja.

#### **2.4.2. Os conceitos freudianos de sofrimento, angústia e trauma aplicados aos pais da criança com surdez.**

A comunicação do diagnóstico de surdez efetuada aos pais da criança é carregada por sofrimento, afetos aflitivos, pelo fator surpresa, pelo inesperado, pelo susto, angústia e por vezes, vergonha. Sobre o sofrimento, Freud pontuou:

*”O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens” (Freud, 1930/1996i, p.84-85).*

Desde que o mundo é mundo, o ser humano sofre e esta dor é significativa. Quando os pais ficam cientes da deficiência auditiva irreversível do filho, dito isto porque o implante coclear não oferece a cura da surdez, mas a sensação do som, isto é sentido como *uma força esmagadora e impiedosa* que traz muito sofrimento, dor e ansiedade como sinal de advertência. Muitas coisas passam pela cabeça dos pais aflitos: seu filho(a) não estará tão protegido dos perigos, sem a ferramenta da audição; não estará tão apto ao mundo socializado se não adquirir a oralidade; se diferenciará pelo déficit auditivo e não por conquistas alentadas pelas expectativas paternas; será alvo de chacota dos colegas por não entender as brincadeiras propostas, etc. Também o futuro é alvo de preocupação, referindo-se a aprendizagem escolar do filho, trabalho, socialização e aceitação de suas diferenças.

Os desafios são grandes e começam a ser enfrentados com a procura de tratamento. A aceitação da deficiência auditiva não se dá sem pesar, mas pelo luto da audição perdida. Neste sentido o implante coclear vem oferecer, não a audição de uma voz como a concebemos, mas a percepção dela, um pouco metálica após o implante, onde o som e o sentido se dissociaram e necessitam ser juntados.

As incertezas quanto ao êxito da cirurgia, a habilitação auditiva, a aquisição da linguagem oral, a aprendizagem escolar, a aceitação por seus pares e familiares, dentre outras questões permeiam o cenário angustioso de pais que se preocupam com os filhos e querem o melhor para eles. Dentro desse melhor, para muitos pais, está a alternativa do implante coclear. Concomitante a este quadro, temos a construção de um status, o de deficiente auditivo, nem sempre bem aceito pelos familiares, o que dificulta a aceitação pela própria criança.

Freud (1926/1996a) caracteriza a angústia como um afeto, que chega à consciência e provoca uma sensação; algo que se sente e afeta, derivado do recalque. O autorevidencia que a angústia é sempre acompanhada de desprazer e sensações físicas indicadoras de seu caráter motor, tais como distúrbios respiratórios, cardíacos, etc. Ressalta ainda seu caráter econômico, tendo em vista a quantidade de energia psíquica em circulação, que se faz notar na consciência pelo aumento da excitação, a qual encontra alívio na descarga motora e assim é percebida.

A angústia dessas mães, diante da comunicação do diagnóstico de surdez profunda, pode ser verificada, nos relatos de algumas delas: “Quase morri!”, “Parece que o chão se abriu e eu caí dentro dele”; “ Comecei a chorar - não conseguia fazer mais nada”; “Só pensava que isso não podia estar certo!”, dentre outros.

Segundo Freud (1987/1996), este quadro pode configurar um trauma psíquico.

*“Nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas o afeto do susto – o trauma psíquico. De maneira análoga, nossas pesquisas revelaram para muitos, se não para a maioria dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só podem ser descritas como traumas psíquicos. Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como o susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada (...)”.* (Freud, 1893/1996j, p. 41-42)

No caso da incidência da surdez, nas crianças deste estudo, esta constitui uma experiência não esperada, sentida como um verdadeiro susto, devido à magnitude do afeto envolvido pelos pais desavisados, mesmo que houvesse certa desconfiança em alguns casos. A descrição deste quadro, em alguns casos, encaixa-se na configuração do que Freud chamou de trauma psíquico.

Abaixo citamos como se deu a assimilação pelos pais da deficiência auditiva dos filhos, sendo interessante considerar a ocorrência de fatos estressores anteriores, que poderiam começar por abalar e enfraquecer a saúde emocional destes, tais como doenças infecciosas durante a gravidez, prematuridade da criança associada a outras doenças e ao uso de medicamentos ototóxicos, hereditariedade como fator de risco da surdez em recém-nascidos, dentre outros fatores.

No caso 1, a criança nasceu prematura e foi administrado tratamento preventivo por antibiótico, sendo esta a possível causa da deficiência auditiva (D.A.) Não reagia aos sons domésticos, o que ocasionou muita angústia nos pais, negação paterna e resistência deste em realizar tratamento cirúrgico e reabilitação por aparelho auricular. A mãe adoeceu gravemente e a criança está sendo cuidada pela avó. Há muitas situações preocupantes no lar, como a doença da mãe, o afastamento do pai e o sentimento de sobrecarga da avó paterna.

No caso 2, a própria família relata que “embora tivessem desconfiança da existência da D.A., foi um trauma”, mas passou a ser aceito pela família através do pai que é espírita e pelo sentimento de espiritualidade da mãe.

No caso 3, o processo de colocação do implante deu-se de forma sofrida, conforme relato dos pais, sendo efetuado em três cirurgias: a primeira fez a colocação do dreno bilateral devido otorréia apresentada na ocasião; na segunda etapa, houve o estancamento de um vaso venoso intercoclear, e somente numa terceira, foi efetuado o implante coclear no ouvido direito. A situação harmoniosa do casal foi um facilitador ao enfrentamento dessas etapas, como também o grande desejo de que a filha colocasse o I.C.

No caso 4, a entrevista com a mãe delineou sua trajetória, desde a gravidez de risco com repouso obrigatório e uso de remédios para “segurar a gravidez” até a prematuridade da criança ao nascer de “quase oito meses” com insuficiência respiratória grave, acrescida de pneumonia, cirurgia “pneumotórax”, transfusão de sangue, icterícia prolongada, fototerapia e tratamento com administração de medicamento ototóxico, sendo este a possível causa da deficiência auditiva na



criança. A genitora relata que teve depressão, já superada, quando necessitou fazer uma cirurgia, depois do nascimento da criança. Não se estende sobre seu possível sofrimento diante de todas as intercorrências quando do nascimento do filho e as decorrências referente a saúde deste.

No caso 6, a causa provável da deficiência auditiva da criança é a hereditária, sendo efetuados estudos genéticos, devido histórico familiar de deficiência auditiva condutiva na família. Este dado é importante devido à idealização da mãe, durante a gravidez, quando afirma que “sempre quis ter um filho saudável”. Tal quadro ocasionou reconhecida frustração e ansiedade na genitora. Winnicott esclarece quanto à criança diante da expectativa materna:

*“Obviamente, a natureza da dissociação que aparece clinicamente pode ser influenciada pela natureza das expectativas oriundas do meio ambiente, de maneira que um paciente pode estar padecendo de expectativas patológicas nesse meio. Os pais podem ter querido uma criança do outro sexo, por exemplo, ou ter desejado um gênio ou uma criança que não tivesse impulsos agressivos. Estas expectativas patológicas podem reforçar dissociações potenciais no indivíduo”*(Winnicott 1967/1994g p.153)

No caso 7, durante a gravidez, a mãe foi acometida por rubéola, o que ocasionou um quadro crônico de ansiedade e frustração. Ela idealizava a filha como uma “princesa” (sic mãe) e tinha medo das seqüelas da rubéola. Houve dificuldade de relacionamento entre mãe e filha até os três anos de idade da criança (sic mãe) sendo que a mãe resolveu ter outro filho “para saber como é ter uma criança normal” (sic mãe).

No caso 9, com a confirmação do diagnóstico da deficiência auditiva da criança, a mãe se desestruturou, apegando-se demasiado à filha. Parou de trabalhar e ficou totalmente na dependência dela. Este fato ocasionou conflito conjugal e a separação do casal. O pai mantém contato com a filha, mas “faz tudo o que ela quer, para não chorar” (sic mãe).

Estes são alguns recortes dos casos, para se ter uma ideia da problemática por que passaram os pais, quando do diagnóstico de surdez em sua criança. A magnitude do sofrimento, angústia e ansiedade varia de acordo com cada caso, e afeta os genitores de formas diferentes. A entrevista aos pais ou

substitutos configurou-se também como um momento de escuta e reconstrução de uma história que pôde ser, então, bordejada.

## 2.5. A capacidade da experiência no Campo Cultural

Na observação de bebês, podemos verificar que eles brincam e encontram muito prazer associado à brincadeira imaginativa, aquela que se desenvolve sem regras, sem formatos pré-estabelecidos, mas de modo criativo, pessoal e integrada na relação de objeto.

Sobre isto, Winnicott (1971/1975b), tem a dizer:

*“Contudo, para o bebê (se a mãe puder proporcionar as condições corretas), todo e qualquer pormenor de sua vida constitui exemplo do viver criativo. Todo objeto é um objeto ‘descoberto’. Dada a oportunidade, o bebê começa a viver criativamente e a utilizar objetos reais, para neles e com eles ser criativos” (p. 141).*

Neste ponto e conforme assinalou Fairbairn (1941), citado por Winnicott (1971/1975), percebemos que em oposição à “busca de satisfação”, encontramos no campo do conceito de “busca do objeto”. Nesse sentido, o objeto deve ser real, ter uma existência independente, fazer parte da realidade compartilhada e estar sempre ali, disponível.

A criança cria um objeto, a que Winnicott (1971/1975a) denominou de objeto transicional, devido inicialmente ocorrer no espaço intermediário entre a mãe e o bebê e também num momento intermediário que, para abandonar a mãe como objeto subjetivamente percebido e percebê-la como objeto, objetivamente percebido, ela cria a primeira *possessão original não-eu*, que pode consistir num pedaço de pano, num balbucio, numa bola de lã, no cantarolar da criança, dentre outros, mas algo quase inseparável, fora do corpo da criança e que passa a constituir-se uma defesa contra a ansiedade.

É interessante como as mães percebem a importância do objeto transicional e permitem que a criança fique com ele na hora de dormir, passear, se alimentar e outros momentos em que o objeto é acariciado, amado, mutilado e destruído (quando se torna externo). Mas o objeto sobrevive à destruição impetrada pelo sujeito, pelo fato de estar, o objeto, fora da área do controle onipotente do sujeito, o

que assegura o valor de sua existência. Sobre isso, Winnicott (1971/1975c) tem a dizer:

*“Dessa forma, o objeto desenvolve sua própria autonomia e vida e (se sobrevive) contribui para o sujeito, de acordo com suas próprias propriedades. Em outras palavras, devido à sobrevivência do objeto, o sujeito pode agora começar a viver uma vida no mundo dos objetos e, assim, vem a lucrar imensuravelmente; mas o preço tem que ser pago na aceitação da destruição em progresso na fantasia inconsciente com respeito à relação de objeto.”* (p. 126).

Assim, o uso do objeto pelo bebê possibilita que este passe da ilusão de onipotência e controle mágico para a experiência da desilusão e controle pela manipulação (Winnicott, 1971/1975a, p.23).

Havendo condições necessárias e favoráveis, a destruição desempenhará um papel na criação da realidade, colocando o objeto fora do *eu (self)* e criando a externalidade. O objeto estará sempre sendo destruído e sobrevivendo, o que formará a base inconsciente para o amor a um objeto real, que agora pode ser usado.

Winnicott (1971/1975b) emprega o termo “experiência cultural” como uma ampliação da idéia dos fenômenos transicionais e da brincadeira, enfatizando a questão da experiência e trazendo o peso da tradição herdada na palavra “cultura”. O autor parte da hipótese de que *as experiências culturais estão em continuidade direta com a brincadeira*, com o brincar, que é a própria saúde.

*“A criança privada é notoriamente inquieta e incapaz de brincar, apresentando um empobrecimento da capacidade de experiência no campo cultural. Essa observação conduz a um estudo do efeito da privação na época da perda do que se tornou aceito como fidedigno. O estudo dos efeitos da perda em qualquer estágio primitivo envolve-nos no exame dessa área intermediária, ou espaço potencial entre sujeito e objeto. O fracasso da fidedignidade ou perda do objeto significa, para a criança, perda da área da brincadeira e perda de um símbolo significativo. Em circunstâncias favoráveis, o espaço potencial se preenche com os produtos da própria imaginação criativa do bebê.”* Winnicott (1971/1975b p.141)

No caso 4, das crianças estudadas, quando da aplicação do Jogo com Bonecos de Lynn, pode-se verificar nas respostas da criança às cenas incompletas propostas, muita precariedade na manifestação lúdica, com reações muito rápidas

e quase automáticas à tarefa, manifestando-se notadamente inquieta e irritada. Apresentou também retraimento e dependência paterna, chegando a obsessividade (sic mãe).

*“Em casos de fracasso prematuro da fidedignidade ambiental, ocorre um perigo alternativo, o de que esse espaço potencial possa ser preenchido com o que nele é injetado a partir de outrem que não o bebê. Parece que tudo o que provenha de outrem, nesse espaço, constitui material persecutório, sem que o bebê disponha de meios para rejeitá-lo. Winnicott (1971/1975b p.141)*

Este dado não pode ser analisado isoladamente, mas é relevante, quando se pesa a precariedade do brincar, que na teoria winnicottiana, é a própria saúde.

Quando a criança, em vez de brincar, apresenta comportamentos irritantes tais como tiques, agitação, constipação, perturbação do apetite, cansaço, inquietação, faz um apelo ao ambiente, dizendo que algo não está bem.

À medida que for diminuindo a sua ansiedade, pode começar a ser capaz de usar materiais na sua brincadeira e retomar o brincar, que faz parte da saúde da criança.

Para Winnicott (1971/1975b), não é suficiente a ausência de doença, mas uma vida rica de experiências enriquecedoras, “uma vida que valha a pena ser vivida”, preocupação esta compartilhada senão por todos os seres humanos, por uma grande parcela destes.

*“No viver criativo, tanto você como eu descobrimos que tudo aquilo que fazemos fortalece o sentimento de que estamos vivos e de que somos nós mesmos.(Winnicott, 1970/2011c p.28)*

Para a criança, um bom termômetro quanto à ausência de saúde é a incapacidade do brincar criativo e devemos estar atentos para seus sintomas, como o empobrecimento desta experiência e o aparecimento de distúrbios variados.

### 3. OBJETIVOS

Aprofundar os estudos referentes às contribuições do psicanalista Donald Woods Winnicott, de maior aplicabilidade aos resultados obtidos na pesquisa anterior da autora: “O brincar, o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear”, concernente à sua dissertação de mestrado (2012).

Ressaltam-se os pertinentes a teoria do desenvolvimento humano apresentada por Winnicott, especialmente as atinentes ao “ambiente facilitador”; a evolução da dependência à independência; a constituição do *Eu* e a importância da *mãe/ambiente* neste processo; *falso self* e *verdadeiro self*; traumas e defesas. Em complemento, a teoria do trauma, em Freud, referente à mãe da criança.

Proporcionar melhor compreensão da criança com implante coclear, seu desenvolvimento, sua saúde e dificuldades.

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1. Participantes**

As crianças em estudo, em número de dez, são as mesmas selecionadas anteriormente, utilizando-se os mesmos critérios de elegibilidade do hospital (ter surdez profunda bilateral, neurossensorial, família constituída, etc...) e de homogeneidade para a pesquisa (utilizar o implante coclearà pelo menos um ano; ter idade entre 4 e 6 anos, entre outros).

### **4.2. Técnicas Utilizadas**

É tomado o mesmo material anterior, onde utilizou-se os procedimentos de entrevista com os pais ou substituto e aplicação, à criança com implante coclear, do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, como aperfeiçoamento dos dados coletados. Para tanto, utilizou-se a análise de estudo de casos, em complementação aos achados winnicottianos referentes especialmente ao processo evolutivo da criança, seus facilitadores e dificultadores.

A entrevista com os pais consistiu numa anamnese semi-estruturada para conhecer a história da criança, inserida no ambiente de cuidado que lhe é oferecido. O Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, consistiu na apresentação de dez cenas incompletas para a criança terminá-las. A aplicação deste jogo mostrou ser acertada, devido a representação das cenas não utilizar demasiada linguagem verbal, adequadas às limitações das crianças, nessa área e perceber-se um verdadeiro ajuste entre a teoria de Winnicott e as dramatizações da criança expressas no Jogo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta unidade são analisados os conteúdos resultantes da avaliação psicológica derivada dos dados obtidos na entrevista com a mãe e o conteúdo manifesto pelas crianças durante as diversas situações de jogos a elas apresentadas. Todo esse contexto é analisado por aspectos específicos da teoria winnicottiana, especialmente em relação àqueles concernentes aos explicitados na fundamentação bibliográfica, ora complementados quanto às dramatizações das crianças nas cenas a elas apresentadas no Jogo Estruturado com Bonecos, de Lynn. Este jogo consiste em dez situações da vida cotidiana da criança, montadas através de cenas dramatizadas com brinquedos, em que a criança termina a história incompleta a ela apresentada.

Nas respostas das crianças, ao jogo, podemos verificar muito da teoria winnicottiana na atividade do brincar, onde estalida criativamente com a realidade externa, utilizando para isto, objetos que se encontrem à mão ou o próprio corpo. Segundo Winnicott (1994i), o brincar produz prazer, o viver criativo, a capacidade de sentir-se real e também de que a vida pode ser usada e engrandecida. Consiste, segundo o autor, em uma elaboração imaginativa em torno de funções corporais, envolvendo o relacionamento com objetos e ansiedade. Conforme Winnicott (1994i) pontua:

*“No brinquedo, um objeto pode ser:  
— destruído e restaurado;  
— ferido e reparado;  
— sujo e limpo;  
— morto e trazido de volta à vida, com a conquista adicional da ambivalência, em lugar da cisão do objeto (e do self) em bom ou mau.(p. 50)*

O empobrecimento do brincar, também encontrado em uma das crianças deste estudo, obtém respaldo nos achados de Winnicott (1994i), quando o autor assinala que isto ocorre devido ao cuidado insuficiente, que produz a falta de confiança no ambiente e a diminuição da capacidade do brincar. Neste caso, a criança interrompe seu desenvolvimento porque precisa reagir a choques, tais como o calor, o frio, a inanição, o manejo defeituoso, a má sustentação (holding), dentre

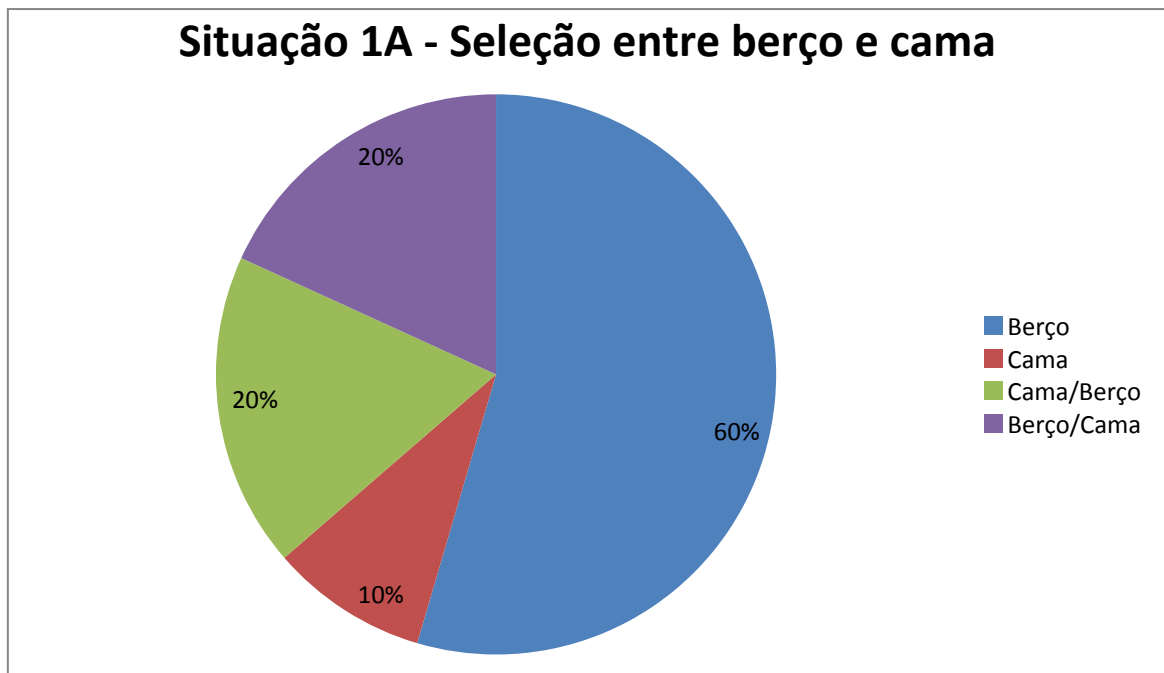
outros fatores que não permitem o seu relaxamento nem a disposição necessária para o brincar.

### 5.1. Resultados Quantitativos das Respostas das crianças deste estudo ao Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn.

#### Gráfico 1: Situação 1A do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção entre berço ou cama.

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: berço e cama.

Ludicamente é apresentada a situação de dormir, e a criança escolhe entre colocar o boneco (ego) no berço ou na cama.



Fonte: Elaborado pela autora.

A maior parte das crianças deste estudo (60%) escolheu o berço, apresentando comportamento de criança menor, na rotina de dormir. Pequena parte (10%) escolheu a cama, se mantendo na fase de vida em que está. Outros 20% apresentaram insegurança, escolhendo a cama e depois indo para o berço. Cerca de 10% escolheu o berço e depois foi para a cama.

Nesta situação da rotina de vida diária, grande percentual das crianças deste estudo dramatizou escolhas de comportamentos regressivos. Winnicott (1961/1994f) afirma que “a criança pode regredir à dependência infantil e a padrões infantis” (...) (p.56). Um fator que o autor considerou como próprio do movimento em busca da saúde consiste no retorno a fases anteriores de dependência, onde a criança



consegue o relaxamento necessário para não precisar reagir, podendo *ser* e *continuar sendo*.

No caso de certos aspectos apresentarem-se intoleráveis, desencadeariam ansiedades e a formação de defesas, contra essas ansiedades. Por sua vez, as defesas se organizam e, então, temos a formação das psicose. Casos mais graves, como a perda da integração do ego, estariam enquadrados nas psicopatias.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança na Situação 1A, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 3 e 8).

Caso 3 - Situação 1A – Seleção entre berço e cama.

A boneco ego (be) escolhe o berço para dormir.

Chega o boneco pai (bp) e a boneca mãe (bm). “*Papá, mamãe colocou pra dormir aqui*”, diz a examinanda (mostrando o berço).

A criança dramatiza atitude de criança muito pequena, o que é alimentado pelos pais.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 8 - Situação 1A – Seleção entre berço e cama.

O boneco ego (be) escolhe o berço para dormir, sendo que a criança verbaliza: “*Ele tá com sono*”.

Chegam o boneco pai (bp) e a boneca mãe (bm) e vão para a cama de casal.

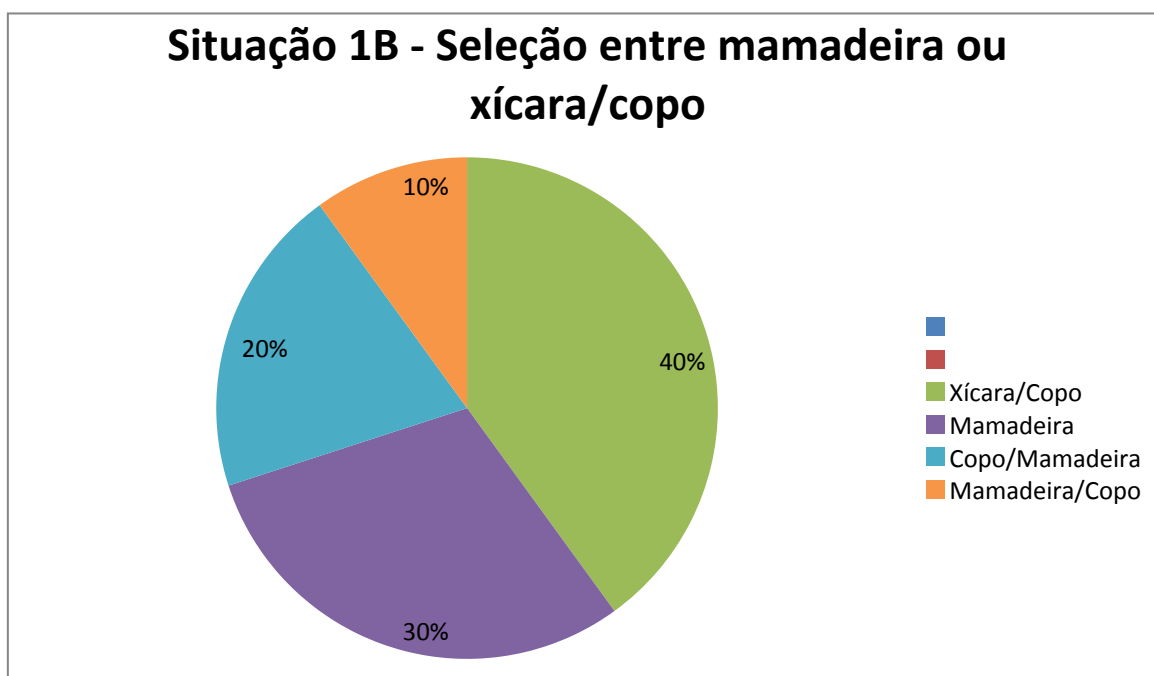
A escolha da criança indica atitude infantil na situação de dormir, percebendo-a como adequada à sua rotina. Contudo aceita permanecer na sua própria cama independente da dos pais.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Gráfico 2: Situação 1Bdo Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção entre mamadeira e xícara ou copo.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: mamadeira, xícara e copo.

Ludicamente é apresentada a situação de se alimentar, e a criança escolhe se o boneco (ego) vai se alimentar pela mamadeira ou pela xícara/copo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Uma parte das crianças (40%) escolheu a xícara, apresentando independência para se alimentar. Outros 30% apresentou comportamento de criança menor, nesta rotina, escolhendo a mamadeira. Outros 20% assumem precariamente a independência própria da idade, escolhendo inicialmente a xícara/copo, mas mudando para a mamadeira, fixando-se ainda em fases anteriores ao seu desenvolvimento. Cerca de 10% escolheu a mamadeira e depois mudou para o copo/xícara, assumindo inicialmente papel inferior a idade e gradualmente alcançando a situação própria de sua fase de vida.

O resultado quantitativo das respostas das crianças nesta situação de escolha entre mamadeira ou xícara/copo pode ser considerado próximo (40% escolheu xícara/copo e 30% escolheu mamadeira), mas chamou a atenção o fato de que uma parcela considerável das crianças (30%) escolheram uma alternativa e mudaram para a outra, apresentando insegurança na fase de vida em que se encontram.

Como exemplo desta manifestação lúdica, trazemos a complementação da cena, efetuada por uma das crianças (Caso 7) e outra dramatização onde aparece a independência nos hábitos alimentares (Caso 2).

Caso 7 – Situação 1B – Seleção entre mamadeira e xícara ou copo.  
A be (ego) escolhe a xícara e bebe. Depois utiliza o prato, colher, copo e mamadeira.  
Os bonecos bp (pai) e bm (mãe) chegam.  
A criança verbaliza “*papai*”, “*mamãe*”, seu nome, o nome da irmã, “*comê tudo*”.  
(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

A criança assume precariamente a independência própria da idade na rotina diária, mas fixando-se ainda em fases anteriores ao seu desenvolvimento.

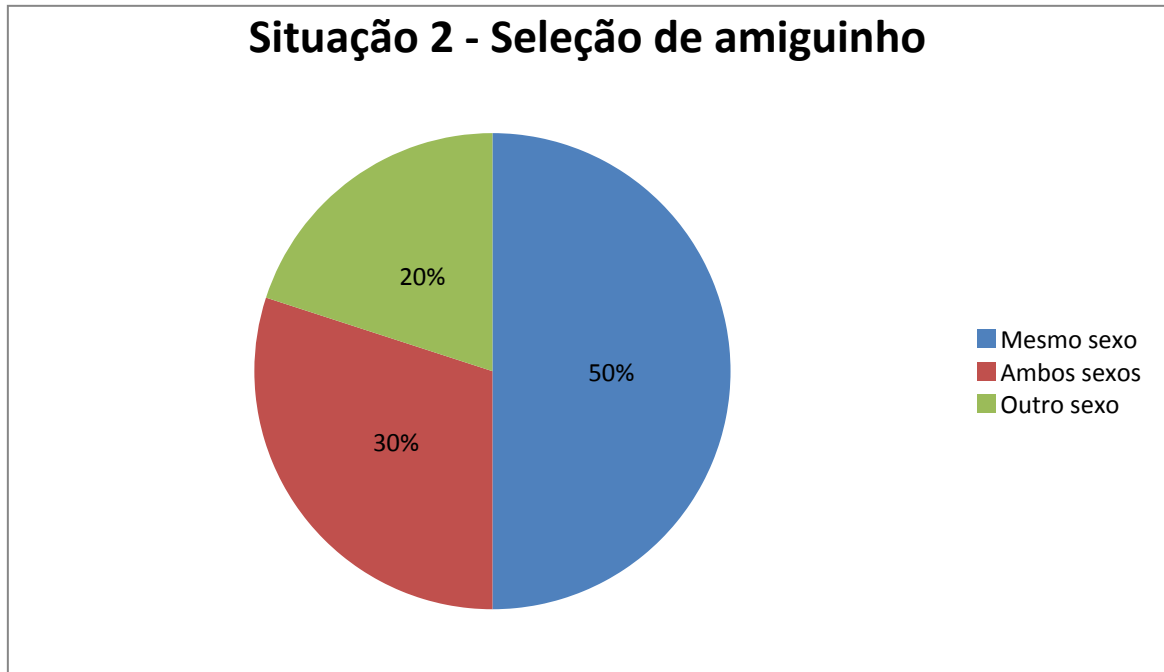
Dramatiza situações da vida diária também em nível inferior ao esperado para a idade. Identifica-se com o boneco (ego) chamando-o pelo próprio nome, demonstrando egocentrismo. Utiliza linguagem telegráfica, procurando verbalizar o que realiza.

Caso 2 - Situação 1B – Seleção entre mamadeira e xícara ou copo.  
A be (ego) escolhe a xícara e bebe.  
Os bonecos bp (pai) e bm (mãe) chegam.  
O be (ego) continua bebendo leite na xícara.  
A criança dramatiza independência nos hábitos alimentares e sem mudança na presença dos pais.  
(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Gráfico 3: Situação 2do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção de amiguinho.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: boneco menina e menino.

Ludicamente é apresentada a situação de brincar, e a criança escolhe com quem o boneco (ego) vai brincar: com o boneco menino ou com o boneco menina.



Fonte: Elaborado pela autora.

Metade das crianças escolheu que o boneco (ego) brincaria com criança do mesmo sexo. Cerca de 30% delas escolheu que brincaria com crianças de ambos os sexos. Outros 20% delas escolheu que o boneco (ego) brincaria com crianças do sexo oposto ao dele.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Caso 5 e 8).

**Caso 5 - Situação 2 – Seleção de amiguinho.**

O be (ego) escolhe o boneco do mesmo sexo para brincar e aproxima os dois bonecos numa atitude de aconchego.

A mãe da criança interfere na dramatização, interrompendo-a.

A criança dramatiza afetividade por um companheiro do próprio sexo, o que é interferido pela própria mãe. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Winnicott (1961/1994f) pondera que mesmo a criança estando num ambiente satisfatório, a criança tem conflitos internos intoleráveis entre o amor e o ódio, o

desejo de preservar e o desejo de destruir, entre as posições heterossexual e homossexual na identificação com os pais, que geram ansiedades.

*“Tais ansiedades são de se esperar; fazem parte da história e implicam em estar viva a criança(Winnicott 1961/1994f p. 56).*

Abaixo, trazemos outro exemplo de manifestação lúdica, na escolha de amiguinho, para brincar.

Caso 8 - Situação 2 – Seleção de amiguinho.

O be (ego) escolhe a boneca de outro sexo que não o seu, para brincar, sendo que a criança verbaliza: “Vão no parque: escorregador, brinquedos, pá”.

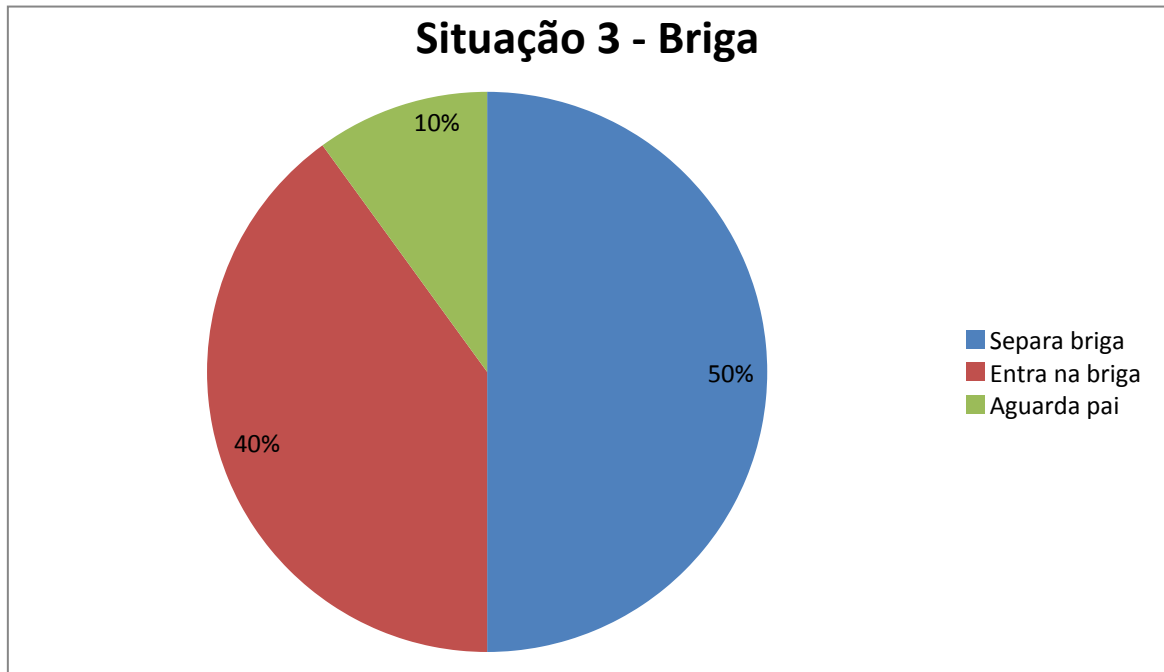
Neste caso, a criança parece identificar-se com a situação real de vida, manifestando uma convivência amigável com uma criança do outro sexo (feminino, provavelmente a irmã) nas atividades lúdicas.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Gráfico 4: Situação 3do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção Briga.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: bonecos menina e bonecos menino.

Ludicamente é apresentada a situação de briga entre dois bonecos e a criança, completa a cena, com o boneco ego.



Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta situação de briga, as próprias crianças criaram suas historinhas, sendo que 50% delas apartaram a briga entre as crianças. Outras 40% entraram na briga e 10% aguardaram o pai.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 1 e 2):

**Caso 1- Situação 3 – Briga.**

O be (ego) aparta a briga entre as crianças e pede para pararem de brigar, quando então chegam os bonecos pais.

A criança conta a eles que a menina machucou o menino.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Na dramatização, a criança percebe brigas entre as crianças e intervém para apartá-las. A criança percebe situações semelhantes de conflitos entre os pais e interfere para pararem de brigar. Transferência de conflitos conjugais aos da criança. Percepção desta aos danos provocados devido à briga.

Caso 2 - Situação 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.

Na dramatização, a criança manifesta comportamento agressivo com outras crianças, o que é reprimido pelo pai.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Winnicott (1994i), em seu texto “Notas sobre o brinquedo” afirma que este é uma elaboração imaginativa, uma expressão de identificação com pessoas, objetos e animais, cuja satisfação depende do uso de símbolos, onde “isto representa aquilo”.

*“Se aquilo é amado, isto pode ser usado e fruído.*

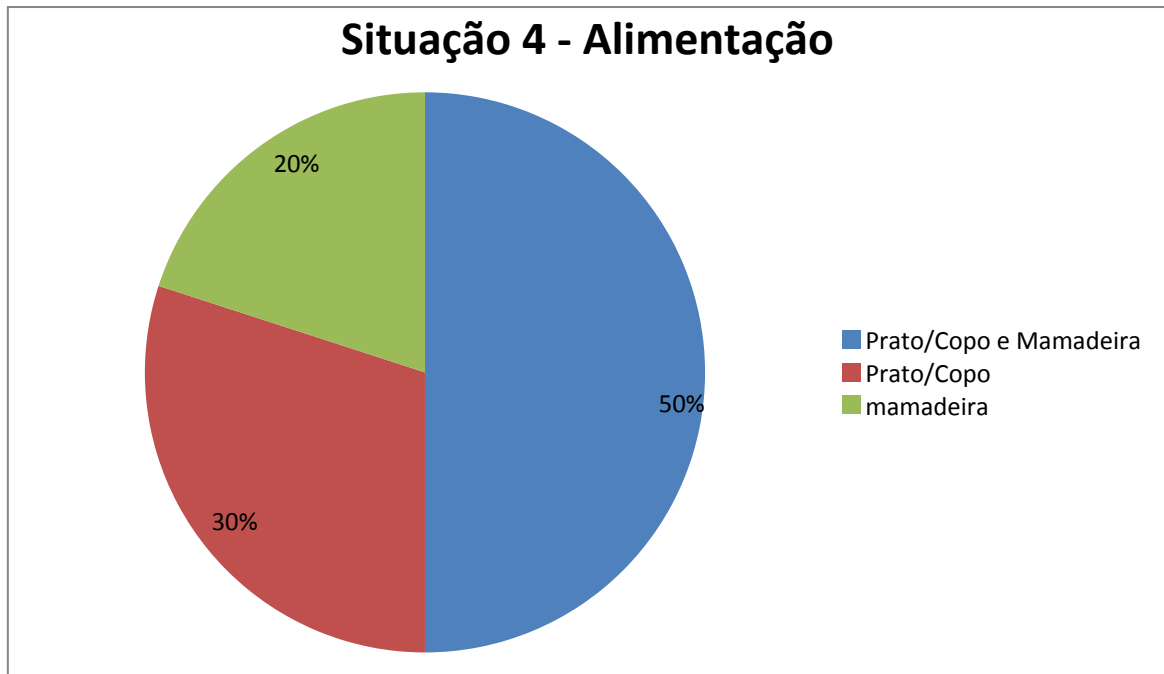
*Se aquilo é odiado, isto pode ser derrubado, ferido, morto, etc., e restaurado, e ferido novamente.*

*Isto é: a capacidade de brincar é uma conquista do desenvolvimento emocional de toda criança humana” (Winnicott, 1994ip. 49).*

**Gráfico 5: Situação 4do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção Alimentação.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: mamadeira, prato e copo.

Ludicamente é apresentada a situação de alimentação e a criança vai escolher se o boneco ego vai utilizar a mamadeira ou o prato e copo.



Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta situação, 50% das crianças escolheram as duas opções para o boneco ego se alimentar: o prato/copo e a mamadeira, permanecendo confusos quanto ao papel que lhes cabe na sua fase de vida, utilizando as vantagens de criança menor e dos privilégios da maior. Outros 30% escolheram comportamentos próprios da idade (prato/copo) em que se encontram. Cerca de 20% escolheram a mamadeira para alimentar o boneco (ego), permanecendo com hábitos alimentares infantis.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 4 e2).

**Caso 4 -Situação 4 – Alimentação**

O be (ego) toma leite na mamadeira e dorme.

A criança dramatiza hábitos alimentares infantis.

Apresenta continuamente limitação na expressão lúdica e mostra-se infantilizado pelo uso da mamadeira.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)



Caso 2 -Situação 4 - Alimentação

O be (ego) toma “toddy” na mamadeira e come comida no prato.

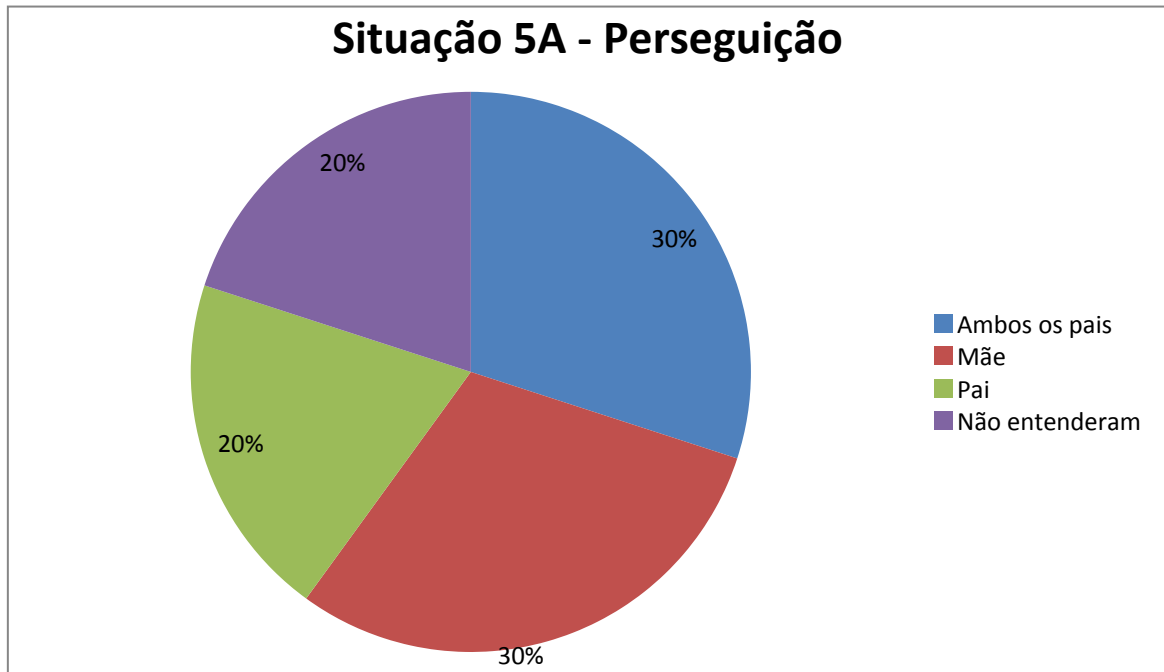
Neste caso, a criança utiliza-se das vantagens de criança menor e dos privilégios da maior.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Gráfico 6: Situação 5A do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção Perseguição.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: boneco pai e boneca mãe.

Ludicamente é apresentada a situação de perseguição, e a criança escolhe qual boneco, pai ou mãe, ou os dois, perseguem o boneco (ego).



Fonte: Elaborado pela autora.

Na situação de perseguição dos bonecos pais ao boneco ego, 30% das crianças percebem ambos os pais como figuras perseguidoras. Outros 30%, percebem a mãe e 20% a figura do pai. Cerca de 20% das crianças não fizeram a dramatização da cena proposta.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 6 e 8).

**Caso 6 - Situação 5A – Perseguição.**

Ao perceber a cena de perseguição solicitada, a criança verbaliza: “machuca”.

O be (ego) dá as mãos para os bonecos bp (pai ) e bm (mãe) e faz com que eles caminhem. Neste momento diz: “Tchau”. O bp (pai) e bm (mãe) brigam e a criança verbaliza: “bate”.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

A criança se identifica na dramatização da cena de perseguição, verbalizando-a. Nessa situação deseja o aconchego dos pais, o que lhe é facultado e posteriormente bloqueado pelo conflito existente entre os genitores.

Caso 8 - Situação 5A – Perseguição

Os bonecos pais bp (pai) e bm (mãe) correm atrás do be (ego), para ele “*ir pra casa*”.

Enquanto brinca, a criança verbaliza: “*Ele não qué. Qué brincá com os amiguinhos*” e ainda “*Fraquinho*” e “*Fraquinha*” para os bonecos pais, respectivamente.

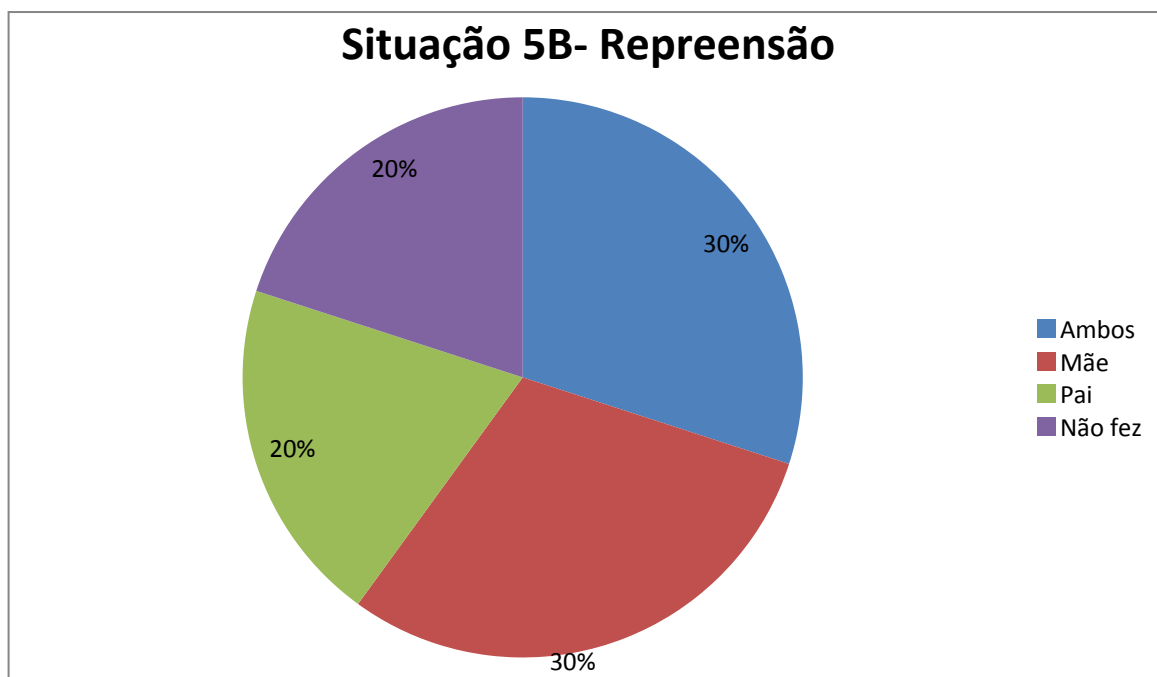
(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Conforme as respostas à dramatização da cena de perseguição, analisamos que a criança entende a situação de perseguição, mostrando-se integrada nela. Extra-limita-se do controle dos pais para brincar com seus pares. Nessa situação percebe a autoridade dos pais como debilitada.

**Gráfico 7: Situação 5Bdo Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Seleção Repreensão.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: boneco pai e boneca mãe.

Ludicamente é apresentada a situação de repreensão. A criança escolhe qual boneco, pai ou mãe, ou os dois, efetuam a repreensão junto ao boneco (ego).



Fonte: Elaborado pela autora.

O resultado desta situação apresentou-se igual à da situação anterior, só que quanto à repreensão. Cerca de 30% percebem ambos os pais repreensores. Outros 30% percebem a mãe como figura repreensora. Cerca de 20% das crianças estudadas percebem a figura do pai como repreensor. Os 20% restante não fizeram a dramatização da cena proposta.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 7 e 8).

**Caso 7 - Situação 5B – Repreensão**

A examinanda verbaliza: “Fez baruncha; ficou de castigo; tá chorando; pode sair?”

Os bonecos pais se beijam e depois beijam o be (ego).

O be (ego) é colocado no berço.

A criança compreende a situação de limitação e imposição, identificando-se a um bebê. Sente harmonia entre os pais e carinho expresso entre eles e em relação a ela própria.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 8 - Situação 5B – Repreensão

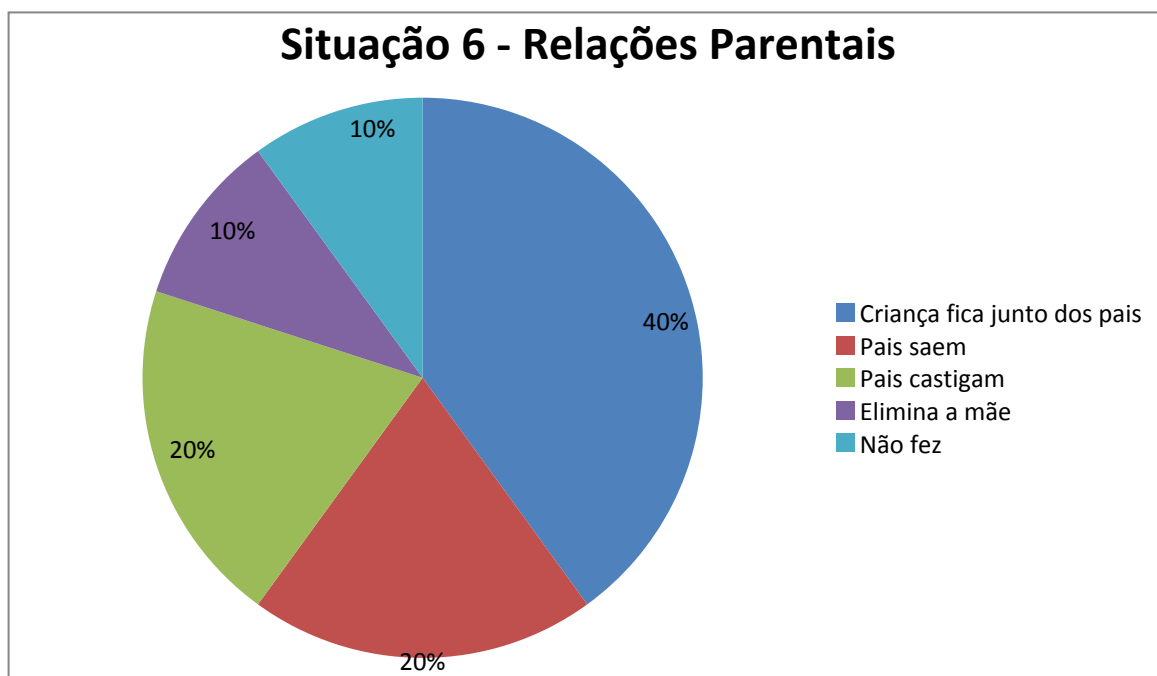
O bp (pai) fala para o be (ego): “*Você fez uma coisa ruim*” ao que o be (ego) responde: “*Eu quero fugi*”; “*Eu não quero ir pá casa*”. “*Ele qué bincá com o Vitor*” (amiguinho).

A criança identifica a dramatização no brinquedo como real, não aceitando o controle paterno. Desejoso de afastar-se dele, busca liberdade para brincar com seus pares. Utiliza de linguagem adequada à situação, porém com dislalias.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Gráfico 8: Situação 6do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Relações Parentais.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: um sofá com os bonecos pai e boneca mãe sentados nele. Ludicamente éapresentada esta cena, para a criança completá-la.



Fonte: Elaborado pela autora.

Com os bonecos pais sentados no sofá, 40% das crianças escolheram que o boneco ego procurava o aconchego junto a eles. Outros 20% dramatizaram que os pais saiam e estes aproveitavam para sair também. Cerca de 20% perceberam os pais como castigadores. Outros 10% eliminavam a mãe e 10% não fizeram a dramatização.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 3 e 8).

**Caso 3 - Situação 6 – Relações Parentais**

O bp (pai) e a bm (mãe) estão conversando no sofá e a be (ego) instala-se no meio deles. A criança identifica a boneca consigo mesma, chamando-a por seu nome.

A criança busca o aconchego dos pais, interferindo-se no relacionamento entre eles, mantendo-se bastante egocêntrica.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Caso 8 - Situação 6 – Relações Parentais**

O bp (pai) e a bm (mãe) falam ao be (ego): “Vamos assisti televisão”. O be (ego) responde: “Bravo”; “Não vô ficá mais no quarto”; “Vô sai”; “Vocês dois vão pro castigo”, dirigindo-se ao bp (pai) e a bm (mãe).

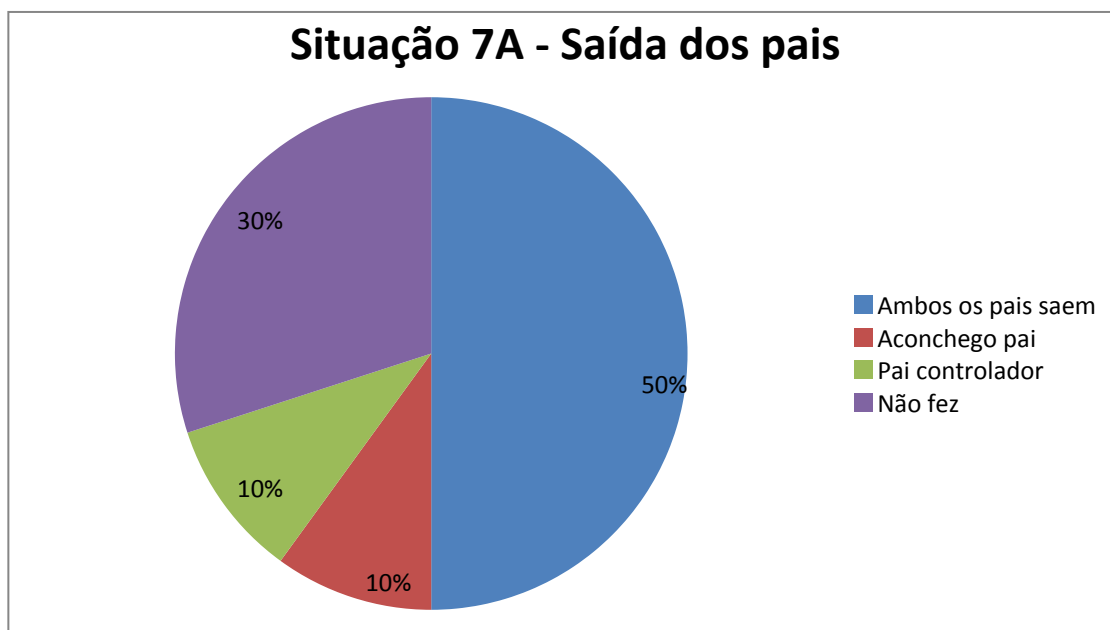
A criança obedece às ordens dos pais de maneira natural e também quando é castigado pelo isolamento, desejando revidar na mesma moeda em relação a eles.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Gráfico 9: Situação 7A do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultado: Saída dos pais.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: boneco pai e boneca mãe.

Ludicamente é apresentada a cena da saída dos pais, para a criança completá-la.



Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta situação, 50% das crianças dramatizaram que ambos os pais saem, havendo uma aceitação disto, com a continuidade da rotina da criança. Cerca de 10% procura a atenção do pai e outros 10% vê o pai como inquisidor, controlador. Esta situação não foi feita por 30% das crianças.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança nesta situação, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 8 e 10).

**Caso 8 - Situação 7A – Saída dos Pais.**

Na situação da saída dos pais, o be (ego) sai também e verbaliza:  
*“Vô no parque procurá o amigo”*

A criança conta com certa independência em sua vida pessoal, participando da vizinhança onde encontra com amigos. Aceita com naturalidade a saída dos pais e aproveita-se desta para sair também. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Caso 10 - Situação 7A – Saída dos Pais.**

Os bonecos pais saem.

A criança fala *“bebê”* e depois tira a calça do boneco.

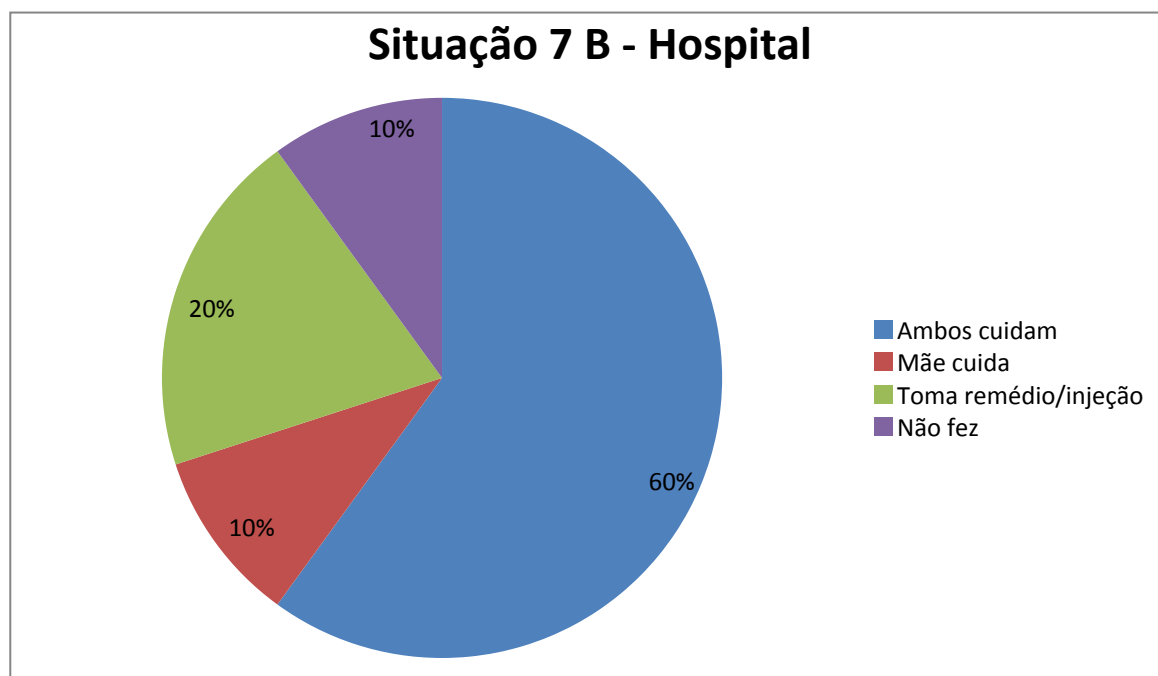
Na cena dramatizada, a criança identifica-se plenamente com a dramatização, indicando o nome do boneco com o próprio. Na ausência dos pais se extra-limita ainda mais.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)



**Gráfico 10: Situação 7B do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultado: Hospital.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: boneco pai e boneca mãe. Ludicamente é apresentada a cena de que o bonecoego está doente. É solicitado à criança que complete a cena.



Fonte: Elaborado pela autora.

A maioria das crianças (60%) quando doente/indefesos, procuram a atenção dos pais, que lhes prodigalizam carinho e cuidados. Cerca de 10%, sente a mãe como protetora. Outros 20% tem consciência da situação de doença e seu tratamento, aceitando-a com naturalidade e independência. Outros 20% não fizeram a dramatização.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança nesta situação, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 1 e 7).

**Caso 1 - Situação 7B – Hospital**

O papai vai ao quarto da criança, na cama desta, busca a menina e leva para a cama dos pais. Em seguida a mãe vai para a cama da menina. Depois o pai troca com a mãe.

O pai leva a menina ao hospital, senta-se e espera a menina melhorar.

Inicialmente a criança dramatiza preferência exclusiva pelo pai e de maneira onipotente, eliminando a mãe da situação, o que posteriormente é invertida a situação pela posse da mãe.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

#### Caso 7 - Situação 7B – Hospital

Os bonecos pais vão dar remédio para o be (ego) e este vai para o berço.

Depois o be (ego) vai para a cama dos pais e começa a pular nesta.

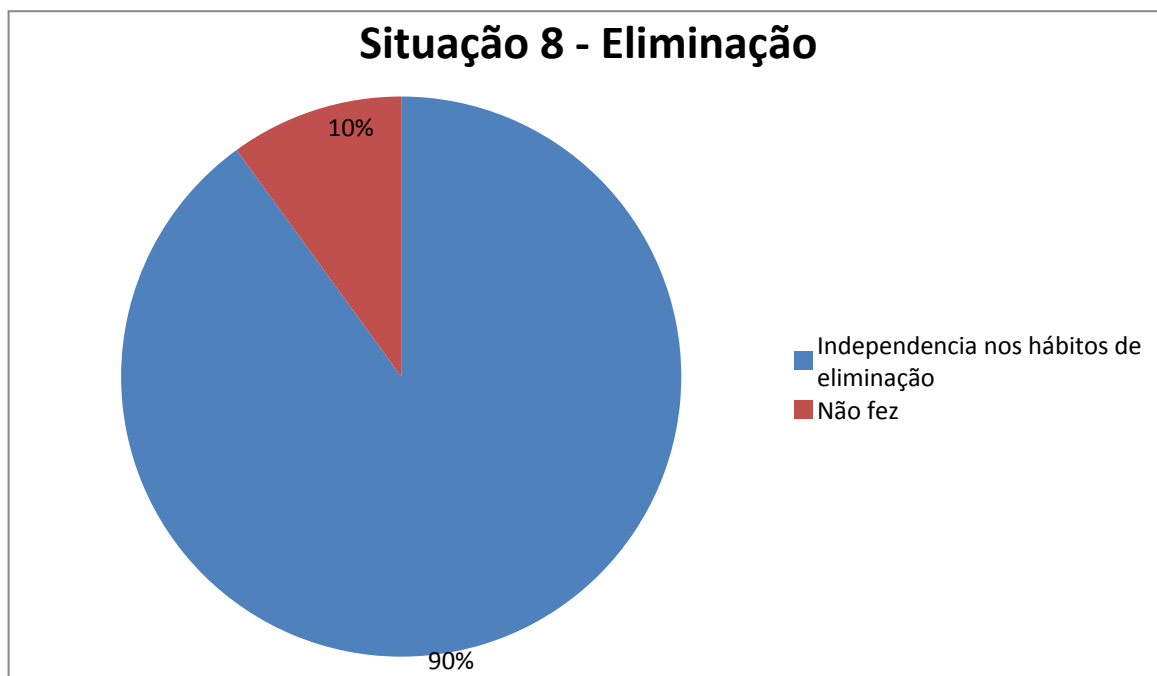
O bp (pai) fala: “*Para*”, levanta-se e vai para a cama do be (ego).

Aceita a situação de doença com tranqüilidade, e percebe-se como criança menor, realizando as “traquinagens” próprias de criança com dois/três anos de idade. Na dramatização, demonstra instabilidade e dificuldade em aceitar os limites impostos pelos pais.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

### Gráfico 11: Situação 8do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultadoda Eliminação

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: boneco pai, boneca mãe e uma maquete de um banheiro com privada, banheira e lavatório. Ludicamente é apresentada a cena de eliminação, para a criança completá-la.



Fonte: Elaborado pela autora.

Em 90% das dramatizações, pode-se verificar a independência nos hábitos de eliminação, com comportamentos próprios da idade. Cerca de 10% não fizeram a situação.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança nesta situação, trazemos a complementação da cena, efetuada por três crianças (Casos 4, 6 e 7):

#### Caso 4 - Situação 8 – Eliminação.

O be (ego) faz cocô no vaso e dá descarga.

Depois a criança verbaliza: “*mamãe dá banho*”; “*tia dá banho*”.

Aceita adequadamente a rotina de higiene/eliminação própria da idade e por outro lado revela que os outros o fazem dependente.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

#### Caso 6 - Situação 8 – Eliminação.

O be (ego) faz “cocô” na privada e depois vai para a banheira tomar banho.

Depois chega o bp (pai) e vai fazer “cocô” na privada. O bp (pai) sai da privada e em seguida chega a bm (mãe) para fazer “xixi”.

Dramatiza independência nos hábitos de eliminação e higiene.

A criança percebe diretamente a rotina de eliminação dos pais sem a necessária separação entre ela e seus genitores. Acompanha a cena, verbalizando algumas palavras essenciais a ela.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 7 - Situação 8 – Eliminação.

O be (ego) faz xixi na privada, lava a mão no lavatório e toma banho.

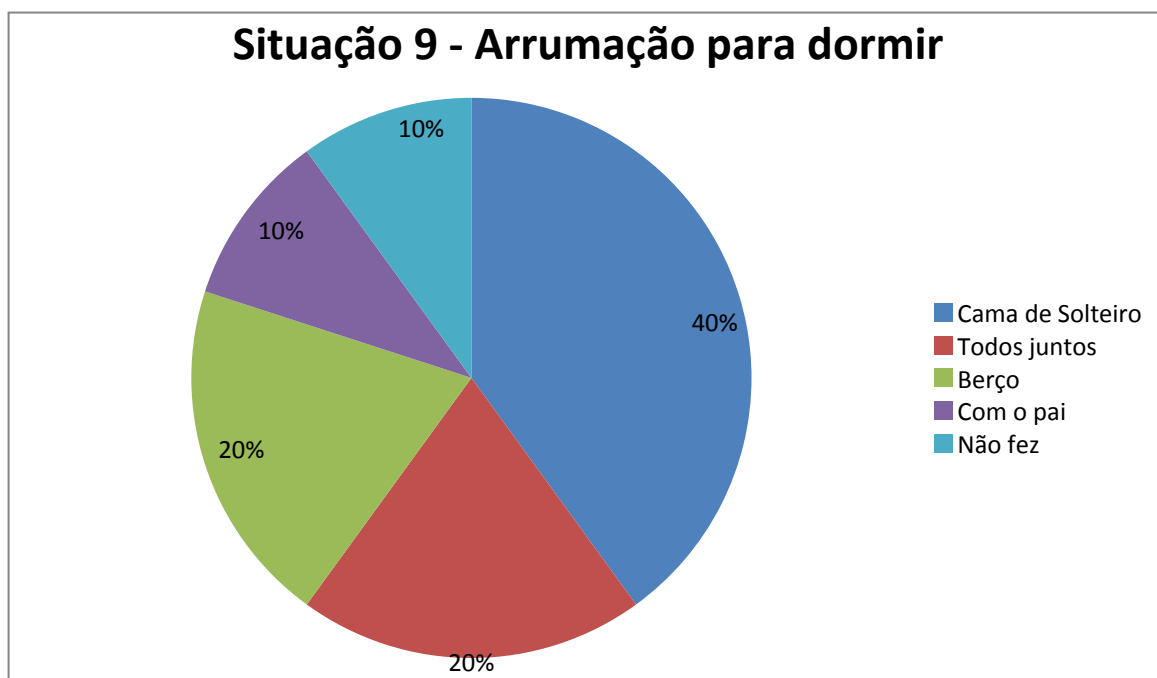
Quando chegam os bp (pai) e bm (mãe), a criança verbaliza: *“Fecha a porta, não pode ver”*.

Apresenta comportamento de pudor frente aos pais, preservando deles a sua nudez. Independência nos hábitos de higiene.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

**Gráfico 12: Situação 9do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Situação Arrumação para dormir.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: boneco pai, boneca mãe, berço, cama de solteiro e cama de casal. Ludicamente é apresentada a cena da “hora de dormir” e é solicitado à criança que coloque os bonecos para dormir.



Fonte: Elaborado pela autora.

Cerca de 40% aceitaram adequadamente a rotina de manter-se na própria cama e os pais na deles. Em 20%, os bonecos ego, pai e mãe foram colocados para dormir na mesma cama, evidenciando que as crianças vivenciam situações de crianças menores, desejando a posse dos pais. Outros 20% escolheram o berço, e os pais na cama deles próprios. Outros 10% foram dormir com o pai e 10% não fizeram a cena. Uma observação interessante é que 30% das respostas indicaram que as crianças percebem a separação dos pais, colocando-os para dormir em camas separadas.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança nesta situação, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 2 e 10).

Caso 2 – Situação 9 – Arrumação para dormir.

O be (ego) dorme em sua cama e com os bonecos pais.

A criança verbaliza: “*O filhinho dorme mais*”.

Os pais acordam e vão dormir na cama deles.

A criança aceita em termos a separação de ambiente para dormir; dependência alimentada pelos pais.

Caso 10 – Situação 9 –Arrumação para dormir.

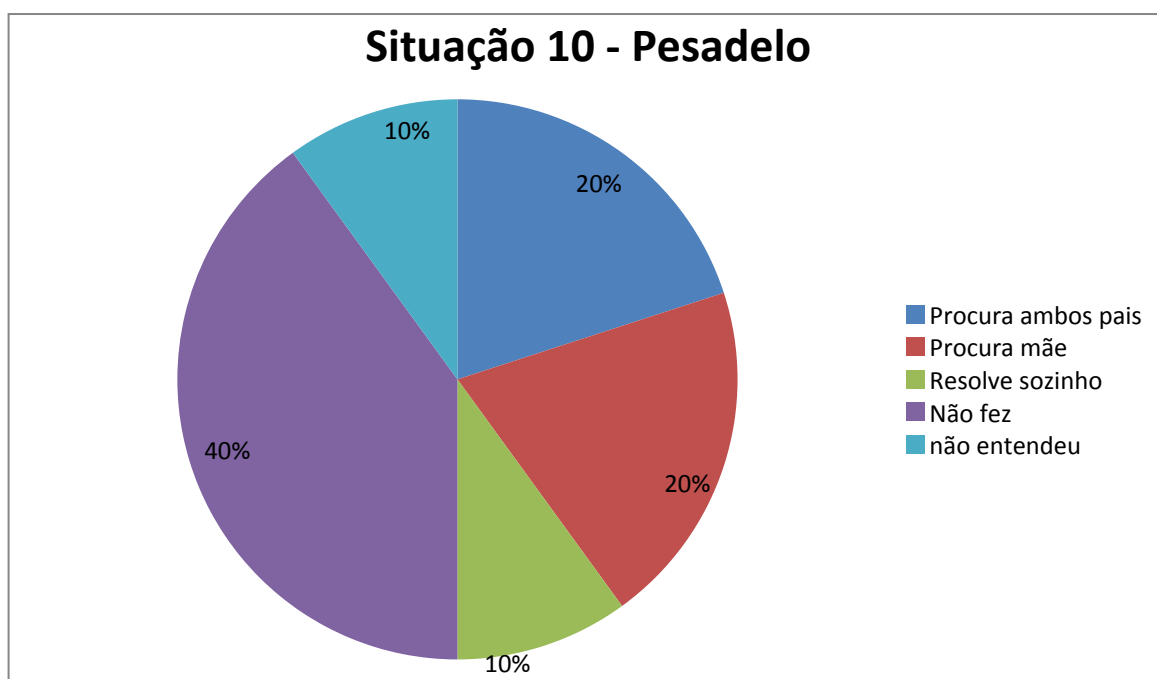
A criança empilha a cama de casal embaixo com o bp (pai), a cama de solteiro com a bm (mãe) no meio e coloca o berço com o be (ego) em cima de tudo. Chama o be (ego) pelo próprio nome e com o be (ego) em cima de toda a pilha de camas verbaliza: “*Vai cair; vai quebrar*”.

A criança continua identificando-se plenamente com a dramatização. Não percebe os pais como unidade, separando-os como é na realidade. Percebe a separação dos pais.

Manifesta situação de perigo e antevê as consequências

**Gráfico 13: Situação 10 do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn– Resultados da Situação Pesadelo.**

É dado à criança o boneco (ego) e os brinquedos: boneco pai, boneca mãe, cama de solteiro. Ludicamente é apresentada a cena de pesadelo e é solicitado à criança que complete a cena.



Fonte: Elaborado pela autora.

Cerca de 20% das respostas evidenciam que em situação de conflito, há a busca por ambos os pais. Em outros 20%, as crianças indicaram a procura do aconchego da mãe. Em apenas 10%, havia independência e tranquilidade para resolver seus próprios problemas. Outros 40% não fizeram a dramatização e outros 10% fizeram a cena mas o conteúdo mostra o não entendimento do que era proposto.

Como exemplo da manifestação lúdica da criança nesta situação, trazemos a complementação da cena, efetuada por duas crianças (Casos 7 e 8).

Caso 7 – Situação 10 –Pesadelo.

A criança verbaliza: “A *formiguinha!*?”.

O be (ego) grita, corre, pula, sendo que a bm (mãe) levanta-se da cama e vai até a be (ego), que depois pára de gritar, correr e pular. Fala: “*Tchau*” e dá um beijo na bm (mãe) e vai para a cama.

Em situação de perigo, atua chamando a atenção da mãe para si e deseja seu aconchego. Extra-limita-se na mobilidade, o que é bloqueada pela presença da mãe. Espontaneamente aceita a rotina de dormir. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 8 – Situação 10 –Pesadelo.

O be (ego) “acorda”; “*Vai toma café*” e depois “*Vai lá fora vê se tem bicho*”.

A criança dramatiza independência e tranquilidade para resolver seus próprios problemas, embora mostre-se receoso.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

## **5.2 Resultados Qualitativos das Respostas das crianças deste estudo ao Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn**

A análise das situações de escolha, no Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, ofereceu a oportunidade de se verificar a pertinência dos achados teóricos de Donald Woods Winnicott, nas vivências lúdicas dramatizadas pelas crianças. Traremos uma pequena amostra destas, mas que acreditamos conseguir bem ilustrar muitos conteúdos “revela-dores” e “revela-amores”. Os resultados da aplicação do Jogo, em cada caso, são apresentados, sinteticamente.

Antes de adentrarmos aos resultados obtidos no jogo, vale ressaltar a posição peculiar de Winnicott, que vê a criança pequena como uma pessoa inteira, afirmando que *no bebê existe amor e ódio com plena intensidade humana*(1939/1999c p.94). O autor ainda pontua que isto pode ser verificado, com a simples observação das crianças, mas o ódio e a agressividade da criança são geralmente disfarçados, escondidos e atribuídos a agentes externos.

Winnicott (1939/1999c) pôde constatar que existe uma voracidade ou amor-apetite primário no bebê, que só é cruel ou perigoso, por acaso, sendo o objetivo do bebê, a sua satisfação e paz. Quando percebe que sua satisfação põe em risco a quem ama, então evita ser excessivamente perigoso, frustrando-se e odiando alguma parte de si mesmo, ou encontra alguém (fora de si) para frustrá-lo e que suporte ser odiado.

*“Até a criança pequena que deseja que saibamos que ela gosta de derrubar torres de blocos de armar, somente permite que saibamos disso, porque existe num determinado momento, uma atmosfera geral de construção de uma torre com blocos de armar, e nesse contexto ela pode ser destrutiva sem que se sinta desesperada”*  
Winnicott 1939/1999c p. 95)



O autor ainda assinala que há formas seguras de eliminar a maldade, sem magoar a quem amamos, quer por meio de dramatizações da eliminação de elementos físicos do corpo, quer por meio de jogos ou trabalho prazeroso, com a conseqüente eliminação do sentimento de frustração.

*“(...) quando as forças cruéis ou destrutivas ameaçam dominar as forças de amor, o indivíduo tem de fazer alguma coisa para salvar-se, e uma das coisas que ele faz é por para fora o seu íntimo, dramatizar exteriormente o mundo interior, representar ele próprio o papel destrutivo e provocar seu controle por uma autoridade externa”  
Winnicott (1939/1999c p.98-99)*

Os jogos com dramatizações oferecem uma real oportunidade para que isto aconteça, como pode ser visto nos resultados da aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, às crianças deste estudo, com idades entre 3,5 e 6 anos. No início de cada situação do Jogo, foi dado um boneco do próprio sexo (boneco ego) para a criança se identificar com ele(a) e depois de aceito, foram apresentadas cada situações de escolha, individualmente, dramatizadas com brinquedos e bonecos.

Os casos estudados seguem, em ordem numérica crescente.

Caso 1 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

No caso1, há muitos conflitos no lar. A mãe da criança está gravemente enferma, o que contribuiu para o afastamento de sua relação com a filha. A avó paterna, que mora ao lado da residência familiar da criança, ajuda nos cuidados com esta. Mostra-se receptiva e interessada no tratamento da criança, ao mesmo tempo em que demonstra certo desalento. O pai da criança, que demonstrava muita afetividade e carinho pela filha, levando-a inclusive passear na casa de amigos dele, afastou-se da criança e a rejeita desde que ela colocou o Implante coclear, não aceitando os visíveis componentes externos deste, acoplados ao corpo da criança.

A situação 1B do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn demonstra que a criança sente saudade dos pais, na vida diária e assume papel inferior à idade, possivelmente procurando o aconchego dos pais, mas gradualmente vai alcançando a situação própria dessa fase de vida.

Caso 1 – Situação 1B – Seleção de mamadeira e xícara ou copo.  
A criança escolhe primeiramente a mamadeira, depois a xícara e depois o copo.

A boneca mãe (bm) chega e o be (ego) a abraça e fala “*mamãe e papai tá com saudade*”. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989). (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Trata-se de uma criança que ainda está confusa com a fase de vida em que está (pré-escolar), regredindo frequentemente a fases anteriores de seu desenvolvimento. Habitualmente reage como uma criança menor no sentido de ser mais acolhida e receber afeto dos pais como pessoas preferenciais em sua vida.

Denota-se uma grande preferência da criança pela figura paterna, chegando em algumas situações do jogo, a eliminar a mãe para obter o afeto exclusivo do genitor, mesmo em situações de tensão. A atitude da mãe favorece esta situação porquanto a criança percebe a mãe como agressiva e que também a deprecia. Sente o conflito entre os pais, vivencia esta situação e interfere.

Na sua fantasia gostaria de vê-los e senti-los juntos, unidos com ela. Comparando os sentimentos da criança com sua vida real denota-se que a avó, figura que substitui a mãe periodicamente, não é percebida pela criança, como uma pessoa de importância em sua vida. Percebe-se que o que ela deseja mesmo é estar com os pais juntos e em harmonia. Criança desejosa de afeto e de ser o centro constante de atenção.

Caso 2 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

A criança se situa no período pré-escolar e apresenta certa independência nos hábitos da rotina diária e quanto ao uso e manuseio do implante coclear, prótese que aceita bem e usa permanentemente.

Sua linguagem é utilizada nas atividades que realiza e na comunicação com os demais. É variada, evidenciando ainda certas dislalias ocasionais (rotacismo). É colaborador nas correções que fazem da sua linguagem, apresentando, portanto, condições e motivação para prosseguir no seu desenvolvimento, especialmente verbal.

Aceita bem a frequência à pré-escola, fato que já vinha acontecendo desde os dois anos e meio de idade, com a frequência à creche. É sociável e colaborador.

A criança é bem apoiada por uma unidade familiar consistente e organizada, sendo filho único de pais presentes em sua vida, não havendo interferência de colaterais.

O pai é modelo de autoridade no lar que lhe impõe limites especialmente nos comportamentos agressivos que manifesta nas brincadeiras com os seus pares e também na falta de aceitação de normas disciplinares. Contudo, à criança lhe é facilitada concessões como dormir na cama dos pais e de receber guloseimas nos intervalos de alimentação, condição que lhe impede de alguma forma ir gradualmente eliminando comportamentos infantis para alcançar os próprios da idade pré-escolar. A criança ainda está presa à birras e teimosias próprias de crianças menores.

Abaixo trazemos as situações 5B – Repreensão e 7A – Saída dos Pais, dramatizada pela criança, no Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn.

Caso 2 - Situação nº. 5B – Repreensão

O bp (pai) fala que o be (ego) é malvado porque *“ele bateu na colega dele”*.

O pai é a figura que julga e condena sua agressividade.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 2 - Situação nº. 7A – Saída dos pais

O bp (pai) chega e pergunta: *“O que você está fazendo?”*

O be (ego) responde: *“xixi”*.

O bp (pai) fala: *“Se você tá com fome vai comer”*.

O be (ego) vai tomar banho no chuveiro e o bp (pai) fala: *“Tá tomando banho, filhinho? Tá fazendo o que aí?”*.

O be (ego) responde: *“To tomando banho”*.

A criança percebe o pai presente e inquisidor quanto à suas ações.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 3 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

No caso 3 deste estudo, os recortes ora trazidos da aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, referem-se a quatro dramatizações: Situação 5B – Repreensão; Situação 7A – Saída dos pais; Situação 8: Eliminação; Situação 9 – Arrumação para dormir.

Caso 3 - Situação 5B – Repreensão

A criança chama a boneca ego por seu nome, a bm (mãe) por *“mamãe”* e o bp (pai) por *“papai”*. Verbaliza: *“eles ficam bravos”*.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 3 – Situação 7A – Saída dos pais

Os bonecos bp (pai) e bm (mãe) sentam-se “*longe*”. A be (ego) senta “*longe*”. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 3 - Situação 9 – Arrumação para dormir

A criança coloca o be (ego) na cama de solteiro e os bonecos bp (pai) e bm (mãe) na cama de casal. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 3 - Situação 10 – Eliminação

A be (ego) faz xixi sentada no vaso e depois vai tomar banho na banheira. A criança identifica a be (ego) consigo mesma, chamando-a por seu nome. O bp (pai) faz xixi em pé, no vaso. Depois a be (ego), a bm (mãe) e o bp (pai) vão tomar banho juntos de banheira. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Neste caso 3, a criança chama a boneca ego pelo seu próprio nome, em várias cenas do jogo dramatizado, identificando a boneca consigo mesma e demonstrando egocentrismo, relatado também pelos pais na entrevista psicológica. Sente a distância que a separa dos pais e aceita este distanciamento. Ao mesmo tempo apresenta comportamentos próprios da idade que lhe trazem as vantagens de criança maior e outros de dependência junto aos pais, que lhe trazem os privilégios de criança menor, como o aconchego paterno.

A criança é educada mais pelos avós do que pelos pais, que trabalham o dia todo e mantêm contato com ela nos fins de semana e algumas horas no dia, no fim da tarde quando a buscam na casa dos avós até a levaram de volta a noite.

Na educação da criança, interferem diferentes autoridades intergeracionais: de um lado a avó e de outro, os pais que são bastante permissivos. Talvez esta permissividade se deva ao fato de a criança ter sido muito desejada, filha única, prematura e apresentar, desde seu nascimento, estado de saúde fragilizado, ao que se adiciona as diferentes cirurgias por que passou para chegar à inserção tardia da prótese coclear. Ela sente a ausência dos seus pais na vida diária, mostrando-se apegada a eles, desejosa de aconchego e dependência deles. Por outro lado, os pais a veem como “ótima criança”, enxergando apenas em parte o comportamento inadequado que apresenta.

Revela independência apenas em certos hábitos da rotina diária. Em geral, comporta-se como criança bem menor à sua idade, utilizando mamadeira para alimentar-se, apresentando egocentrismo acentuado, impulsividade e ainda crises

de birra, acobertadas pelos próprios pais. Ela não aceita a autoridade deles, tendo dificuldade de seguir a disciplina imposta por eles. Não se tem dados de como se comporta com os avós, os quais, de outra geração, podem manifestar outra forma de educá-la. Percebe-se que a criança "manda" nos adultos. Parece aceitar a frequência à escola maternal, na qual passa meio período do dia. Brinca com outras crianças, mas mostra-se imperativa e muito egocêntrica como se todos estivessem a seu serviço. Utiliza da linguagem oral precariamente, com omissão de sons ainda não captados e empregando jargões, dificilmente inteligíveis pelos que estão fora do seu convívio.

Caso 4 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

Ora trazemos dois recortes do caso 4, nas situações: 5A – Perseguição e 6 – Relações Parentais, como ilustração da aplicação do jogo, com esta criança.

Caso 4 - Situação 5A – Perseguição

A boneca mãe (bm) é agredida. Nessa oportunidade, a criança expressa: *"mamãe moeu"*; e *"moeu"*, mostrando a boneca pequena (bb). Depois o boneco pai (bp) *"vai embora de carro"*. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 4 – Situação 6 – Relações Parentais

Inicialmente o be (ego) fica junto com os bonecos bp (pai) e bm (mãe). Posteriormente a criança verbaliza: *"Mamãe moeu. Põe no lixo"*. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Podemos verificar que neste caso 4, a criança resolve a situação triangular com a eliminação da mãe. Não brinca e verbaliza fortemente a situação traumática. Há forte agressividade contra a mãe e a irmã, querendo eliminá-las do seu convívio. Também apresenta medo de ser abandonado pelo pai e provável fixação à conflitos presenciados entre os genitores. Vale ressaltar que neste caso e segundo a mãe, o pai é ligado demasiadamente no filho, "obsessivamente". A teoria winnicottiana assinala este excesso como intrusão à que a criança não sabe lidar, a não ser com sua submissão.

A criança apresenta-se com pouca espontaneidade, contida, não sabendo ainda se expressar normalmente através do brinquedo e nem através da linguagem. Na sua precária manifestação, revela fortes problemas de ajustamento, especialmente em relação aos pais. É muito dependente deles, sendo que esse

relacionamento é marcado por agressividade. Deseja, em suas fantasias, que a mãe “morra” para possuir o pai, mas o percebe como pessoa punidora, inclusive fisicamente. Por esse quadro, deduz-se que o conflito edipiano não foi ainda resolvido, indicando precários mecanismos de sua expressão, bem como das fantasias em geral, tanto pelo brinquedo como pela verbalização. A educação que recebe dos pais tem seu papel na problemática do filho, porquanto, de um lado, o tratam como criança menor, superprotegendo-o e infantilizando-o e, de outro, são controladores (a mãe) e agressivos (pai). Apesar dos desajustamentos que apresenta, a criança procura adaptar-se à rotina própria da idade, no que é apoiada pelos próprios genitores.

Essa problemática também se estende ao pré-escolar que freqüente, apresentando insuficiente desempenho nas tarefas escolares, sobretudo as de papel e lápis, deficiência que vem sendo atendida por sessões de psicomotricidade e fonoaudiologia.

Os fatores que podem explicar a problemática em que a criança encontra-se são: implante tardio (4;4 meses), dificultando o uso da linguagem expressiva e compreensiva em parte; sistema de educação efetuado por repressão especialmente por parte da figura paterna e intervenção controladora da mãe na vida da criança. O que não foi expresso abertamente refere-se à interferência do nascimento da irmã concomitante a outras situações novas na família que corroboraram para que a criança tenha sido “destronada”, sendo que, por motivo de saúde, ainda exigisse atenção constante dos pais. Tal circunstância influenciou a criança e é expressa por sentimentos de abandono.

Caso 5 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

No caso 5 da criança deste estudo, destacamos três recortes na aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, referente a três dramatizações: Situação 7B – Hospital; Situação 9 – Arrumação para dormir; Situação 10 - Pesadelo.

Caso 5 - Situação 7B – Hospital

A bm (mãe) vai até a cama do be (ego), aproxima-se dele e o aconchega. A bm (mãe) volta para a cama de casal e o bp (pai) a expulsa da cama e esta vai à cama do be (ego). O be (ego) verbaliza “para”. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 5 – Situação 9 – Arrumação para dormir

O be (ego) dorme no berço, a bm (mãe) na cama de solteiro e o bp (pai) na cama de casal”. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 5 – Situação 10 – Pesadelo

O be (ego) vai para a cama de casal, sendo que a bm (mãe) levanta-se da cama e se aproxima do be (ego). Depois cada um volta para sua cama. . (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Neste caso 5, em situação de crise (hospitalização) a criança sente a mãe protetora. Percebe conflito na cama, entre os pais, e o pai como agressivo em relação à mãe. Também percebe a separação dos pais, e mantém-se separado, mas manifestando-se como criança pequena que é. Nas situações de crise (hospitalização e pesadelo), a criança busca o aconchego da mãe e vice-versa. Ao terminar a crise, a criança valoriza o distanciamento: “Para” e cada um volta para o seu lugar. A criança sente a iminente separação dos pais, sendo que a situação familiar é muito delicada devido a graves conflitos conjugais e a precária situação econômica. Os pais apresentaram-se nervosos e emotivos, assim como suas crianças. Neste sentido, encontramos o ambiente/mãe (pai, mãe, filhos) abalado pela situação conflituosa e prejudicado em seu funcionamento. Winnicott firmou sua teoria numa ética do cuidado e por vezes, o que vemos é o desamparo paterno (pai e mãe) que, como numa onda, afeta todo o núcleo familiar, incluindo principalmente os filhos.

A criança apresenta comportamentos infantilizados, querendo impor o que deseja mas encontra forte barreira na figura do pai, que lhe impõe limites coercitivamente. Contudo manifesta-se independente nos cuidados pessoais, a não ser na situação de dormir. Nesse momento, comporta-se como criança menor a fim de manter a presença paterna e o aconchego materno, coincidindo, por outro lado, com a vivência dos conflitos íntimos entre os pais. Deduz-se que há aí um mecanismo de jogo de forças. Criança tensa, chorosa, “manhosa”, buscando a proteção e o aconchego dos pais, especialmente do genitor, percebendo-o como pessoa central em sua vida, ora afetivo, ora agressivo, inclusive em situações não merecedoras de repreensão.

Sente o conflito entre os pais e procura interferir, facilitando o aconchego que a mãe lhe oferece nessas situações. A pessoa da mãe é apenas considerada como figura de apoio nos conflitos e crises da própria criança.

Sua problemática é expressa claramente nas representações lúdicas e nas precárias manifestações verbais, as quais são utilizadas apenas para solicitar apoio e expressar conflitos. A manifestação lúdica é limitada, com vocabulário escasso, dissonorizado, telegráfico, dislático e disártrico com muitos jargões, dificultando a comunicação com os demais, inclusive com seus pais. O intérprete de suas expressões verbais era o irmão mais velho que momentaneamente está fora do seu convívio, na casa da avó.

A família é de tipo nuclear sem rede de apoio próxima e em situação de crise conjugal. Esta situação é intensificada por sérias limitações econômicas. No caso de separação do casal está previsto que o pai saia do núcleo familiar e a mãe fique responsável pelas crianças.

A tendência do prognóstico do examinando é de ser reservado, uma vez que a criança corre o risco de perder o apoio do pai que, de uma forma ou de outra exerce um papel de grande importância na vida dele.

Caso 6 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

No caso 6 da criança deste estudo, destacamos dois recortes na aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, referente a duas dramatizações: Situação 1A – Seleção entre berço e cama e Situação 1B – Seleção de mamadeira e xícara (ou copo).

Caso 6 - Situação 1A – Seleção entre berço e cama

O boneco ego (be) escolhe o berço para dormir. Chegam os bonecos bp (pai) e bm (mãe) e vão dormir no berço junto com o be (ego). (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 6 – Situação 1B – Seleção entre mamadeira e xícara (ou copo)

A be (ego) escolhe a mamadeira para se alimentar. Chegam os bonecos bp (pai) e bm (mãe) e tomam mamadeira também. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Neste caso 6, as dramatizações da criança nas duas situações do jogo, (1A e 1B), demonstram que esta apresenta comportamento de criança menor na rotina de dormir, o que é incentivado pelos pais ao lhe prodigalizarem aconchego. Na rotina de alimentação também apresenta comportamento infantil e percebe os pais como semelhantes a ele, não percebendo a diferenciação de papéis. Isto talvez se dê devido à intensa ingerência da avó paterna nas decisões dos pais, particularmente



quanto ao tratamento da criança, a ajuda financeira desta ao filho e nora e à convivência estreita com eles, uma vez que suas residências estão localizadas no mesmo terreno. Tanto o pai como a mãe são afetuosos com a criança, sendo a mãe mais permissiva e o pai disciplinador, cerceando sua mobilidade rápida devido receio de que a criança possa cair e prejudicar a prótese auditiva, o que não a ajuda a comportar-se como criança de sua idade.

O examinando manifesta-se como criança menor ao período de idade em que se encontra, ao enfrentar o seu dia-a-dia e também nos relacionamentos com seus pais. É filho único, estando ainda preso a comportamentos infantis (uso frequente da mamadeira, enurese noturna, manipulações de dedos, além de utilizar-se da birra e de solicitar a presença e o aconchego dos pais em situações do seu cotidiano). Prefere o pai nas suas solicitações, percebe a mãe como figura controladora, querendo-a distante.

A esse quadro de infantilidade, adicionam-se ansiedade, irritabilidade, medos e temerosidades. Estes problemas são em parte alimentados pelos pais e também pela ingerência da avó paterna e de outros parentes com os quais convive cotidianamente. Percebe-se que se trata de criança supercuidada não só pelos próprios pais como também pelas pessoas de sua família, dificultando, assim, o seu desenvolvimento independente.

Os genitores colocam-se como criança nas atitudes para com a criança, nos aconchegos, advertências e cuidados, principalmente com relação ao uso do implante. Esse papel infantilizado dos pais dificulta a criança de percebê-los como adultos e com os próprios papéis parentais.

Os problemas apresentados pela criança são expressos por representações no brinquedo cujas dramatizações são retratadas de maneira quase que exatamente iguais à situações por ela vivenciadas, que são enriquecidas de verbalizações isoladas. Não se percebem ainda criatividade e expansão nas suas manifestações lúdicas. Apesar da precariedade da linguagem que vem se desenvolvendo positivamente, a criança utiliza-a espontaneamente no brinquedo e no relacionamento com seus pais e companheiros. O menino aceita relativamente, a frequência na escola maternal por meio período, desde os dois anos e meio de idade.

Caso 7 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis

Trata-se de criança agitada, instável e presa a padrões do desenvolvimento infantilizado para a idade em que se encontra, apresentando forte dependência dos pais, uso de chupeta para dormir e mamadeira ao acordar, preferência por alimentação pastosa, ciúmes intenso e outros comportamentos semelhantes. A este quadro, associa-se carência de socialização com o uso inadequado de constante vocalização e intensa mobilidade, indicando ainda não estar acostumada ao mundo dos ouvintes. Quando interpelada, consegue deter-se e emitir palavras inteligíveis. É receptiva aos contatos com os demais, facilitando assim o seu crescimento sócio-emocional.

Desses comportamentos inadequados, destaca-se a dependência que tem pelos pais, interferindo frequentemente no relacionamento dos genitores entre si. Chama a atenção deles para que a atenda em seus desejos e lhe dê atenção. Revela dessa forma intenso egocentrismo, evidenciando o desejo de ser constantemente o centro das atenções.

Ao lado dessa problemática, vislumbram-se alguns comportamentos próprios da idade como a independência em certos cuidados pessoais, sentimento de pudor, início de aceitação de normas disciplinares e também da ausência momentânea dos pais na sua vida.

O lúdico é prioritário em suas atividades, especialmente com grupo de crianças, o que pode explicar, em parte, a aceitação que tem pela escola especial que freqüenta e onde faz atendimento fonoaudiológico.

Consegue expressar-se através do brincar, utilizando vocabulário de apoio que, apesar de telegráfico, dislático e com jargões ininteligíveis é compreensível aos demais. Utiliza a terceira pessoa para identificar a si mesma, o que necessita ser melhor investigado.

Os principais fatores que podem explicar a problemática que a criança apresenta diz respeito ao implante coclear tardio, à disciplina branda e sem as devidas explicações que recebe dos pais, o envolvimento da mãe ainda não resolvido na problemática da separação conjugal e na garantia da sobrevivência, em detrimento da educação da criança. Esta situação é agravada pela convivência em dois lares: o da própria mãe, onde passa os fins de semana, e da avó paterna, durante os dias de trabalho materno, onde vive atualmente o pai da criança. É

importante informar que a mãe na atualidade trabalha e estuda a fim de reorganizar sua vida e melhor atender a suas crianças, mas em contrapartida, dispõe de menos tempo.

Caso 7 - Situação nº. 5A – Perseguição.

A bm (mãe) corre atrás da be (ego) e fala: “*Bai tomá banho*” “*Já é tarde*”.

A examinanda verbaliza: “*Qué bincá mais*” e ainda “*Mamãe colocou nenê de catigo*”.

Resistência no cumprimento de ordens, sendo que a mãe é a figura que a reprime e castiga. Aceita com relutância o castigo. Verbaliza e coloca-se como um bebê.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 7 - Situação nº. 9 – Arrumação para dormir

O be (ego) dorme em sua cama e os bonecos pais, na cama de casal. Depois o be (ego) vai para a cama dos pais.

A criança verbaliza: “*Vai écola; coloca vetido*”.

Apresenta tendência de ser independente mas não se desliga dos pais Verbaliza como nas demais situações que realiza, demonstrando aceitação de freqüentar escola.

(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 8 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

A criança se apresenta integrada ao próprio período de vida em que está manifestando independência tanto na rotina diária como no uso de sua liberdade. Entretanto há alguns problemas quanto à aceitação de limites, uma vez que percebe a autoridade dos pais como frágil. Quando interpelado, aceita o isolamento como castigo, mas não o considera com relevância. Sente-se confortado com a presença dos genitores mas os deseja distantes para gozar de sua liberdade de forma extra-limitada. Nessas ocasiões prefere o pai e o percebe como pessoa afetuosa e controladora do seu comportamento.

Em relação à irmã, revela convivência amigável, embora seu relacionamento com ela seja de certa forma conflituoso, desejando impor a sua vontade.

Utiliza a linguagem verbal com naturalidade para enriquecer suas atividades lúdicas e no relacionamento com as pessoas. O seu desenvolvimento é evidente,

assim como de sua oralidade, apesar de ter efetuado a cirurgia de colocação do implante coclear tardiamente. Os pais procuraram compensar esse tempo, inclusive porque o programa de I.C. ficou fechado durante determinado tempo, buscando formação adequada à reabilitação da criança com surdez, nas instituições que assistem sua criança.

Devido ao domínio ainda precário da linguagem como meio de expressão, a criança apresenta-se irritada e ansiosa, em parte. Abaixo apresentamos 3 situações (1B, 8 e 9) do Jogo em que a criança dramatizou as cenas, completando-as.

Caso 8 - Situação nº. 1B – Seleção de mamadeira e xícara ou copo  
O be (ego) escolhe o copo para se alimentar.  
Chegam os bonecos bp (pai) e bm (mãe), sendo que o bp (pai) escolhe o prato e a bm (mãe), a xícara para alimentar-se.  
A criança apresenta atitude adequada para a idade na situação de alimentação, em companhia dos pais. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989).

Caso 8 - Situação nº. 8 – Eliminação.  
O be (ego) faz "xixi", "coco" no vaso e lava as mãos na pia.  
Chegam os bonecos pais bp (pai) e bm (mãe) e a criança verbaliza: *"Ele assustô"; "Não pode mostrar o pipi e a bunda"; "Vão embolar"; "Não pode vê."*  
*"O be (ego) brinca - "Pega a toalha"; "Seca cabeça"; "Enxuga".*  
Na rotina de eliminação percebe-se o pudor de criança própria da idade com o comportamento de preservação do seu próprio corpo. Parece dramatizar situações reais, verbalizando-as adequadamente, mas com vocabulário dislábico.

Caso 8 - Situação nº. 9 – Arrumação para dormir  
A bm (mãe) escolhe a cama de solteiro para dormir.  
O bp (pai) e o be (ego) escolhem a cama de casal para dormir.  
A criança apresenta preferência pelo pai, procurando separar a mãe do convívio de ambos.

Caso 9 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

No caso 9 da criança deste estudo, destacamos dois recortes na aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, referente a duas dramatizações: Situação 4 – Alimentação e Situação 5A – Perseguição.

#### Caso 9 - Situação 4 – Alimentação

O be (ego) despeja o conteúdo da mamadeira no copo, mexe com a colher e depois repete com a xícara.

Chega o bp (pai) e bate na be (ego) que chora.

A criança joga o bp (pai) para longe.

A be (ego) dorme. Chega a bm (mãe) e beija a be (ego). (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

#### Caso 9 – Situação 5A – Perseguição

A be (ego) fica parada enquanto os bonecos pais a perseguem e chegam até ela.

A criança bate com os bonecos na mesa.

Morde a cabeça da bm (mãe).

Levanta-se e fala “Cabô”; derruba um pote de lápis de cor no chão e procura o aconchego da mãe, chorando. (Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Neste caso 9, a criança se assustou com a própria agressividade, expressa quando estava dramatizando esta última cena 5A do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn. Começou a chorar e procurou o acolhimento da mãe, recusando-se a efetuar as demais cenas do Jogo. As respostas às dramatizações mostram que a criança está confusa quanto à fase do desenvolvimento em que se encontra. Sente o pai como figura agressiva e responde também com agressão; a mãe como figura carinhosa, que não se interpõe no castigo físico do pai à filha. Na situação de perseguição dos pais contra ela, responde com agressividade física. Seu limite é o de sua própria agressividade, que a assusta e a impulsiona em direção ao aconchego e cumplicidade da mãe. Também aqui a teoria winnicottiana (1939/1999c) assinala que a criança busca a satisfação e que esta quando põe em risco a quem ama, a criança evita ser perigosa e se frustra, odiando alguma parte de si ou alguém, que suporte ser odiado e o frustrar.

A criança faz uso de jargão intermitente, gestos, atitudes e gritos agudizados misturados com palavras esparsas dificultando muito o seu entendimento. Fez o implante coclear já tardiamente aos três anos e meio sendo que inicialmente recusava-se ao uso da prótese passando a aceitá-la bem quando pode perceber resultados auditivos positivos (sic mãe).

Encontra-se confusa quanto à utilização de comportamentos próprios da idade, mesclando estes com atitudes infantis, simultaneamente.

Seus pais são ambos permissivos, sendo que a mãe se mostra controladora dos comportamentos da criança, ao mesmo tempo que impõe regras frouxas e brandas.

Com o diagnóstico de surdez em sua criança, a mãe se desestruturou e ficou focada na criança, o que resultou em atritos com o genitor. Debalde a tentativa em resolver os conflitos conjugais, inclusive recorrendo à terapia de casal, houve a separação. O pai saiu da residência familiar, ficando a criança com a mãe. Esta parou de trabalhar “*para cuidar da criança*” (sic mãe), ficando ambas dependentes uma da outra. A mãe permanece subjulgada aos desejos da criança. Fato positivo é que a mãe faz artesanato em uma cooperativa quando há pedidos, o que abre espaço para a separação saudável e necessária da criança e sua genitora.

A criança ainda está presa a birras, teimosias e impulsividade próprias de crianças menores. Também se manifesta agressiva, procurando a cumplicidade e acolhimento da mãe nestas situações, o que lhe é facultado, dificultando-lhe o encontro do interdito da Lei que promoveria sua socialização

Antes do implante coclear a criança frequentou uma escola especial para surdos por dois anos passando à escola regular após a cirurgia. A mãe relata que a criança não tem dificuldades em fazer amigos na escola embora tenha dificuldades de inter-relação, tais como agitação, teimosia, egocentrismo, agressividade e indisciplina. Percebe-se que a mãe refere-se a sua criança como idealizada tendo-a ainda no centro de sua vida.

Caso 10 - Resultado do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn integrado à entrevista com os pais ou responsáveis.

A principal dificuldade da criança é aceitar limites, não percebendo a mãe como autoridade, mostrando-se como criança que só faz o que quer, impondo suas ideias e atividades junto aos pais. Quando estes se distanciam, se extra-limita mais ainda.

Utiliza de crises de birra, comportamento inferior ao previsto à idade da criança, para impor seus desejos. É onipotente, razão porque manifesta ciúmes quando alguém de sua familiaridade dá atenção à outra pessoa.

Identifica-se muito com as dramatizações no brinquedo como expressão de suas projeções e especialmente com relação ao acolhimento que busca nos pais, percebendo-os separados. Utiliza da linguagem para intensificar as dramatizações,

mas não a usa para contatar-se com os demais. Abaixo trazemos algumas situações das cenas dramatizadas pela criança.

Caso 10 - Situação nº. 1B – Seleção de mamadeira e xícara ou copo  
O be (ego) pega a mamadeira e despeja o conteúdo no copo.  
Chega a bm (mãe) pega a mamadeira e dá para o Be (ego).  
A criança assume papel inferior a sua idade, o que é alimentado pela mãe. Ela quer sentir o privilégio de idades menores e independência do período de vida em que se encontra.  
(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989)

Caso 10 Situação nº. 5A – Perseguição  
O be (ego) é perseguido por ambos os pais e “ não dexa pegar”.  
A criança não aceita a limitação dos pais.  
(Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, 1989).

As dramatizações efetuadas durante a aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn apresentaram total coerência na interligação com a entrevista efetuada com os pais da criança e a observação lúdica.

Vale ressaltar alguns dados obtidos na pesquisa anterior da autora (Magalhães, 2012) onde foi configurado o perfil das crianças em estudo e seu ambiente, demonstrando que a maioria das crianças eram mais velhas, dentro da faixa etária prevista de 4 a 6 anos. Também a maior parte delas foi submetida à cirurgia de implante coclear em idades consideradas tardias (2 a 4 anos), incorrendo em consequências não apenas referentes à aquisição da oralidade, mas no desencadeamento de ansiedades, tanto na criança como em sua mãe/ambiente. Com relação à família, observou-se que em 50% dos casos estudados houve deserção da figura paterna, ocasionando, portanto, quebra nos laços afetivos do pai com o ambiente (mãe) e certo afastamento com a criança. Este dado deve ser somado à limitação da prole, uma vez que a maior parte dos casos é configurada por filhos únicos. Outro dado revelado consistiu em que a maior parte das famílias são proveniente de outros Estados brasileiros, com outras influências culturais, e que periodicamente afastam-se do seu contexto para empreender longa viagem não só ao hospital, mas à outra região com costumes e valores diferentes.

## 6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Da análise obtida da entrevista realizada com a mãe ou representante, e da aplicação dos conceitos apresentados pelo psicanalista Donald Woods Winnicott, pudemos verificar que a mãe/ambiente tem papel de destaque no processo de desenvolvimento da criança, podendo facilitar, dificultar ou impedir a evolução do desenvolvimento desta.

A maneira como a mãe/ambiente aceita, ou deixa de aceitar a deficiência auditiva, no caso das crianças estudadas, implica em desdobramentos que afetam a inter-relação desta com seu filho(a). Esta relação, inicialmente idealizada pela mãe como endereçada a uma criança perfeita, necessita da realização do luto desta, para aceitar e amar sua criança como ela é na realidade, com sua deficiência e limitações.

Nesse processo, a mãe pode passar por traumas, muita ansiedade e desorientação, necessitando preferencialmente de uma rede de apoio, que pode ser configurada pelo pai da criança e/ou outro familiar ou pessoa. Também foi verificado que esse quadro é causador de abalo nas relações intra-familiares, causando a deserção paterna em vários casos, conflitos graves entre os cônjuges e até mesmo dependência materna ou paterna em relação à criança.

A necessidade de políticas públicas voltadas para a saúde auditiva se faz essencial e, no caso das crianças, esta e a mãe devem receber atenção que propicie a tranquilidade e segurança fundamentais para a saúde. Como já apontado anteriormente, o lactente e sua mãe necessitam de uma sala silenciosa, a nível ambulatorial, no hospital, onde a criança possa ser amamentada e receber os cuidados maternos de que necessita, num ambiente calmo e tranquilo.

Com relação à criança, o resultado da aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (1989) e a observação lúdica demonstraram que a quase totalidade dos pequenos, apresentaram comportamentos regressivos a fases anteriores de seu desenvolvimento, onde obtinham maior segurança e também a expectativa de receber maior acolhimento materno ou paterno.

Os comportamentos regressivos são estudados na teoria winnicottiana, a qual aponta como sinal de saúde, a criança estar na fase do desenvolvimento, próprio à sua idade. Na citação abaixo, o autor discorre sobre dois tipos de regressão, totalmente diferentes:



*“Minha atitude mudou quando vi que tenho de pensar em dois tipos de regressão, e uma delas é simplesmente uma retroação em uma direção que constitui o oposto do movimento para a frente do desenvolvimento. Vê-se, aspectos regressivos aparecem e reconhece-se que os mecanismos de crescimento do indivíduo tornaram-se bloqueados. O outro tipo de regressão é inteiramente diferente, embora clinicamente possa ser semelhante. Neste tipo, o paciente regride por causa de uma nova provisão ambiental que permite a dependência” (Winnicott, 1967/1994gp.153).*

Neste último tipo de regressão a que o autor se referiu, há o que ele denominou de *regressão à dependência*, quando o indivíduo encontra uma nova provisão ambiental que oferece um cuidado confiável que pode ser usado de modo positivo. Nesta situação, a criança/indivíduo pode relaxar porque encontrou algo digno de confiança, pode abandonar a defesa construída em torno de um *falso self* se arriscar a expor o *verdadeiro self*, que anteriormente estava protegido e oculto. Com isto, Winnicott percebeu que quando se relaciona a regressão com a provisão ambiental, a doença do indivíduo constitui uma expressão dos elementos sadios de sua personalidade.

Neste caso, a criança não necessita mais reagir à intrusão, podendo abandonar as sofisticadas organizações de defesa, diante deste novo ambiente de cuidado confiável que lhe foi provisionado, vezes criado na relação transferencial da análise psicanalítica, no atendimento psicológico, na figura de outra pessoa que lhe forneça a confiabilidade e previsibilidade em um ambiente de cuidado, ou ainda na melhora de uma possível doença a que a mãe/ambiente estava sujeita.

Aos poucos e como Winnicott apresenta em sua teoria do cuidado, a criança pode prosseguir em direção à sua tendência inata, em direção ao amadurecimento, que vai desde a dependência absoluta, passando a uma dependência relativa e rumo à independência, que nunca é atingida nos estágios normais do desenvolvimento, mas bordejada.

A presença, não em uma criança deste estudo, mas em todas elas, de comportamentos de inquietação, irritabilidade, medo, ansiedade, distúrbios alimentares, de eliminação, dentre outros, aponta para o que tanto Freud, como Winnicott assinalaram: de que os sintomas significam algo e tem valor para a pessoa. Tendo isto em vista, os distúrbios necessitam ser ouvidos, no sentido de que representam que algo muito importante ocorre com a criança e requer atenção.

Os distúrbios que aparecem nas crianças estudadas, detectados na aplicação do Jogo Estruturado com bonecos de Lynn, foram os de ansiedade, linguagem e inter-relação (100% das crianças deste estudo), sono (90%), alimentação, manipulação e medos (70%) e eliminação (10%).

O autor Winnicott identifica que a possibilidade de tratamento psicológico pode trazer o fortalecimento do ego e mudanças:

*“A força do ego resulta em uma mudança clínica no sentido do relaxamento das defesas, que são mais economicamente empregadas e alinhadas, sentindo-se o paciente não mais preso à sua doença, como resultado, mas livre, mesmo que não esteja livre de sintomas. Em suma, observamos crescimento e desenvolvimento emocional que tinha ficado em suspenso na situação original”*  
Winnicott (1962/1983g).

Como sugestão ao hospital que desenvolve o programa de implante coclear, apresentamos a possibilidade efetiva do oferecimento de um tipo de experiência clínica que abrangeria toda a população das crianças atendidas neste programa, inclusive as advindas de outras cidades ou mesmo Estados, no formato do que Winnicott (1965/1994c) denominou de Consultas Terapêuticas. Estas consistem em psicoterapia eficaz e profunda, em uma só entrevista ou num número limitado delas, podendo a criança estar gravemente perturbada, mas inserida necessariamente numa família que funcione como tal, dado que o papel principal será feito por esta, após a intervenção psicológica efetuada pelo terapeuta, junto à criança.

O objetivo da implementação no hospital, destes atendimentos referentes às Consultas Terapêuticas, seria retirar o que impede que a criança siga o fluxo contínuo de seu desenvolvimento e atinja a evolução própria de sua idade. Como exemplo, o profissional psicólogo pode atuar na correção junto à criança e sua família quanto ao uso de mamadeira, chupeta, berço, em idades mais avançadas e que incentivariam a fixação de comportamentos infantis, muitas vezes incentivados pelos pais, que ainda querem ter um bebê em casa ou efetuam, com isto, algum tipo de compensação. O comportamento regressivo é notado pela própria criança, por exemplo, quando esta esconde que ainda toma mamadeira e por seus pares, família estendida e em situações sociais, quando reage em comportamentos inadequados e disruptivos.

A mãe suficientemente boa, conforme Winnicott (1971/1975) pontua, não é a perfeita, mas aquela que faz ajustes em sua maternagem, de acordo com as

necessidades da própria criança, e se identifica com ela, significando suas condições (frio, calor, fome, cansaço, etc.). Às vezes, como no caso de algumas crianças deste estudo, a própria relação mãe/ambiente-criança não está se desenvolvendo como deveria, e isso causa desdobramentos que podem afetar a saúde da criança. Neste estudo, pudemos verificar que uma parte dos pais das crianças estudadas, de alguma forma incentiva a dependência de seu filho. Este é um dado que deve ser melhor aprofundado individualmente junto a eles, inclusive em referência à deficiência auditiva.

Como recomendação e de uma forma geral, os pais devem ser sensibilizados a perceberem sua criança conforme a idade em que se encontra. Também a não priorizar a deficiência auditiva em prejuízo de perceber uma pessoa inteira e em pleno desenvolvimento. Esta pequena resignificação poderá causar uma mudança significativa nas relações entre eles, podendo facilitar a evolução de sua criança.

Essa atitude não é tão simples como parece ser, uma vez que a criança apresenta além da dificuldade auditiva e de linguagem, componentes externos e visíveis do implante coclear, acoplados a seu corpo. Isto a diferencia das demais crianças e também pode limitá-la em certas brincadeiras corporais que possam trazer prejuízo à preservação do dispositivo, tanto dos componentes internos implantados dentro do ouvido desta, como dos componentes externos.

Embora esta tarefa não seja fácil de ser executada, deve ser incentivada aos pais, devido a importância que a relação entre a criança e a mãe/ambiente tem na saúde do filho(a). Como Winnicott (1961/1994f) assinalou, é na fase dos 2-3-4-5 anos, que aparecem as psiconeuroses e podemos atuar na prevenção.

A falta da saúde e de maturidade própria da idade em que a criança está prejudica o desenvolvimento da criança como um todo, não só na aquisição da audição e linguagem, mas o seu brincar e em todas as atividades dela.

Destacamos que o brincar da criança para Winnicott(1971/1975), é a própria saúde, pois através do brincar, este pode ser criativo, utilizar sua personalidade integral e descobrir o seu eu (*self*).

Como finalização do trabalho, citamos uma frase de Winnicott:

*“Tendo deixado claro, espero, que todos os indivíduos humanos são semelhantes, apesar de cada um ser essencialmente distinto (...)”*  
(Winnicott1939/1999c p.104).

## REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **The language of Winnicott: A dictionary and guide to understanding his work.** Londres: J. Aronson, 1997.

BARBOSA, R.S., COSTA, M.P.R.. **Educação de pessoas com implante coclear: uma análise de artigos internacionais e nacionais.** Rio Claro: In Revista Educação: teoria e prática, v.26 (51),2016. p. 142-166 eISSN: 1981-8106

BENTO R.F., BRITO Neto R.V., SANCHEZ T.G & CASTILHO A.M. (2002). **Técnica cirúrgica para implante coclear.** In International Archives of Otorhinolaryngology. v.6(2): p.131-8. Disponível em: [http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo\\_port.asp?id=190](http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=190). Acesso: 28/10/2020.

BRIGGS RJ, EDER HC, SELIGMAN PM, COWAN RS, PLANT KL, DALTON J, MONEY DK & PATRICK JF. **Initial clinical experience with a totally implantable cochlear implant research device.** In Otolaryngology & Neurotology. v. 29(2):. doi: 10.1097/MAO.0b013e31814b242f. PMID: 17898671, 2008. p. 114-9.

CAPOVILLA, F.C. **O implante coclear como ferramenta de desenvolvimento linguístico da criança surda.** In Journal of Human Growth and Development, v.8 (1-2), 1998.

CARLSON M.L., DRISCOLL C.L., GIFFORD R.H.& MCMENOMEY S.O. **Cochlear implantation: current and future device options.** In Otolaryngol Clin North Am. v. 45(1):. doi: 10.1016/j.otc.2011.09.002. PMID: 22115692, 2012. p. 221-48.

CESAR, F.F. **Flores Tristes.** In A. M. Ferreira, I. B. M. Ferreira, M. H. B. Maaz & S.Tschirner (Orgs.), A presença de Winnicott no viver criativo. São Paulo: Editora ZY Ltda,2009. p.150-162.

CHING T, DILLON H & BYRNE D. **Speech recognition of hearing-impaired listeners: Predictions from audibility and the limited role of high-frequency amplification.** In The Journal of the Acoustical Society of America. v. 103(2),1998. p.1128-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1121/1.421224>. Acessado 14/10/2020.

COSTA, O.A., BEVILACQUA, M.C. & AMANTINI, R.C.B. **Considerações sobre o implante coclear em crianças.** In A. L. M. Moret& M.C. Bevilacqua (Orgs.) Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais da saúde. São José dos Campos, SP: Pulso. 2005. p. 123-138.

CRUZ I., QUITTNER A.L, MARKER C. & DESJARDIN JL. **Identification of effective strategies to promote language in deaf children with cochlear implants.** In Child Development v. 84(2):543-559. Epub 2012 Sep 24. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530629/>. Acessado em 12/10/2020.

DIAS, E. O. **A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica**. Nat. hum., São Paulo, v. 10, n. 1, p. 29-46, jun. 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302008000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302008000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso: 30/10/2020.

FONSECA, C. **Funcionamento do Implante Coclear**. In Direito de Ouvir. 2015. Disponível em: <https://www.direitodeouvir.com.br/blog/implante-coclear>. Acessado em: 21/10/2020.

FREUD, S. **Inibições, Sintomas e Ansiedade**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. XX. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA. 1926/1996a. (Trabalho original em 1925). p. 79-177.

FREUD, S. **Resenha de Hipnotismo de August Forel**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. I. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA. 1996b. (Trabalho original publicado em 1889). p. 125-140.

FREUD, S. **Um caso de cura pelo hipnotismo**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. I. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA. 1996c. (Trabalho original publicado em 1892). p. 155-170.

FREUD, S. **Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. III. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA. 1895/1996d. (Trabalho original em 1894). p. 89-115.

FREUD, S. **Cinco Lições de Psicanálise**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. XI. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA. 1910/1996e. (Trabalho original 1909). p. 17-65.

FREUD, S. **O Inconsciente**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA. 1915/1996f. p. 163-222.

FREUD, S. **As neuropsicoses de defesa**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. III. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA. 1894/1996g. (Trabalho original em 1894). p. 49-66.

FREUD, S. **A General Introduction to Psychoanalysis**. In Standard Edition of the Complete Psychological Worksof Sigmund Freud (SE) XV e XVI Tradução de J. Strachey. Londres: The Hogarth Press. 1916-1917h/1953-74.

FREUD, S. **O Mal-Estar na Civilização**. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1894/1996i. (Trabalho original em 1929). p. 65-148.

FREUD, S. **Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos:** Comunicação Preliminar. In Estudos sobre a histeria. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey, Trad.). vol. II. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA,1893/1996j. p. 11-53.

FULGÊNCIO, L. **Tabela:** A Teoria da Dependência de Winnicott. In: Aula Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo (Administrada em 28/03/2016).36/66 slides.

GREEN K. **The role of active middle-ear implants in the rehabilitation of hearing loss.** In Expert Review of Medical Devices. v. 8(4), 2011. p. 441-447. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1586/erd.11.18>. Acesso: 15/08/2020.

HILÚ, M.R.P.B., ZEIGELBOIM, B.S.**O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva.** Revista CEFAC, v. 9(4), 2007. p. 563-570. Disponível em:<https://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462007000400017>. Acesso em 20/07/2020.

HOLT RF, SVIRSKY MA.**An exploratory look at pediatric cochlear implantation: is earliest always best?** Ear Hear. v. 29(4). doi: 10.1097/AUD.0b013e31816c409f. PMID: 18382374; PMCID: PMC5494277.2008. p.492-511

HORN D., SAKANO, H. **Implantes Cocleares na Criança.** In Viagem ao mundo da Audição.2016. Disponível em:<http://www.cochlea.eu/po/tratamento/implantes-cocleares/implantes-cocleares-na-crianca>. Acesso em 26/10/2020

LYNN, D. **Structured doll play (SDP).** California (Perez-Ramos, trad. e adapt.), 1989.

MAGALHÃES, A.M.M., PÉREZ-RAMOS, A.M.Q., NEME, C.M.B. & YAMADA, M.O. **O Desenvolvimento socioemocional de crianças surdas com implante coclear.** Boletim da Academia Paulista de Psicologia, XXVII(2), 2007. P. 83-112.

MAGALHÃES, A.M.M.**O brincar, o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear.** Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2012. p.78.

MAGALHÃES, A.M.M.; BOMTEMPO, E.; PÉREZ-RAMOS, A.M.Q.; SALGADO, M.H. (2012). **O brincar para conhecer o desenvolvimento de crianças com implante coclear.** Boletim da Academia Paulista de Psicologia, XXXII, nº82, 160-190. São Paulo: Cultor editora.

MEC, Secretaria de Educação Especial. **Saberes e práticas de inclusão:** desenvolvendo competências para o atendimento de necessidades educacionais especiais de alunos surdos: Série Saberes e práticas da inclusão [2. ed.].Brasília: Coordenação geral SEESP/MEC, 2006. P. 116.

MELLON, N. **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, 2000.

MEZAN, R. **Freud: A Trama dos Conceitos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

MORET, A.L.M. **Princípios básicos da habilitação da criança deficiente auditiva com implante coclear**. In M.C. Bevilacqua & A. L. M. Moret (Orgs.) Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais da saúde. São José dos Campos: Pulso, 2005. p. 225-234.

MORET, A.L.M., BEVILACQUA, M.C., & COSTA, O.A. **Implante coclear: audição e linguagem em crianças deficientes auditivas pré-linguais**. In Pró-Fono Revista de Atualização Científica, v. 19(3), 2007. p. 295-304. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872007000300008>. Acesso: 14/03/2020.

MORTON CC, NANCE WE. **Newborn hearing screening--a silent revolution**. In New England Journal of Medicine. v. 354(20). doi: 10.1056/NEJMra050700. PMID: 16707752. 2006. p. 2151-64.

MOTTA, I.F. **Algumas reflexões a respeito do elemento feminino puro**. In Revista de Psicologia da UNESP. São Paulo: UNESP editora, 2007. P. 1-12.

Organização Mundial de Saúde – OMS. **Grades of hearing impairment**. 2014. Disponível em: [http://www.who.int/pbd/deafness/hearing\\_impairment\\_grades/en/](http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/). Acesso: 10/04/2017.

PAPALIA, D. E. & FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed Editora, 11ª Ed, 2012.

PHILLIPS, ADAM. **Winnicott**. São Paulo: Ideias & Letra, 1988. (Traduzido para o português em 2006).

ROBINSON E, DAVIDSON L, UCHANSKI R, BRENNER C, GEERS A. **A longitudinal study of speech perception skills and device characteristics of adolescent cochlear implant users**. In Journal of the American Academy of Audiology. 2012. p.341-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3766/jaaa.23.5.5>. Acesso: 20/06/2020.

SAFRA, G. **A face estética do self**. Aparecida: Ideias & Letras, 2005.

SARPESHKAR R, SALTHOUSE C, SIT JJ, BAKER M, ZHAK S, LU, TT, TURICCHIA L, BALSTER S. **An ultra-low-power programmable analog bionic ear processor**. IEEE Transactions on Biomedical Engineering, 2005. p.711-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1109/TBME.2005.84404>. Acesso: 15/06/2020.

SHIELD B. **Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment**. A report for Hear-it. Londres: AISBL, 2006.

SKARZYNSKI H, LORENS A, MATUSIAK M, POROWSKI M, SKARZYNSKI P, JAMES C. **Partial deafness treatment with the nucleus straight research array cochlear implant**. In *Audiology and Neurotology*. 2012. p.82-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000329366>. Acesso: 12/04/2020.

TEFILI, D, BARRAULT, G.F.G, FERREIRA, A.A, CORDIOLI, J.A., &LETTNIN, D.V. **Implantes cocleares**: aspectos tecnológicos e papel socioeconômico. *Revista Brasileira de Engenharia Biomédica*, 2013. p. 414-433. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4322/rbeb.2013.039>. Acesso: 12/04/2020.

WILSON BS, DORMAN MF. **Cochlear implants**: current designs and future possibilities. In *Journal of Rehabilitation Research and Development*. United States Department of Veterans Affairs, 2008. p.695-730.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. (Trabalho original publicado em 1971).

WINNICOTT, D.W. **Objetos transicionais e fenômenos transicionais**. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (p. 13-44). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975a. (Trabalho original em 1971).

WINNICOTT, D.W. **A localização da experiência cultural**. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (p. 133-143). Rio de Janeiro: Imago, 1975b. (Trabalho original em 1967).

WINNICOTT, D.W. **O uso de um objeto**. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (p. 121-131). Rio de Janeiro: Imago, 1975c. (Trabalho original em 1969).

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 1983.

WINNICOTT, D. W. **A integração do ego no desenvolvimento da criança**. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 55-61). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 1983a. (Trabalho original publicado em 1962)

WINNICOTT, D.W. **Provisão para a criança na saúde e na crise**. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.62-69). Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 1983b. (Trabalho original publicado em 1962)

WINNICOTT, D. W. **Teoria do Relacionamento paterno-infantil**. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 38-54). Porto Alegre: Artmed, 1983c. (Trabalho original publicado em 1960)

WINNICOTT, D. W. **Moral e educação**. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 88-98). Porto Alegre: Artmed, 1983d. (Trabalho original publicado em 1963)



WINNICOTT, D. W. **Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro “self”**. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 128-139) Porto Alegre: Artmed, 1983e. (Trabalho original publicado em 1960)

WINNICOTT, D. W. **Classificação**: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 114-127). São Paulo: Artmed, 1983f. (Trabalho original publicado em 1964[1959].

WINNICOTT, D. W. **Os objetivos do tratamento psicanalítico**. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 152-155). São Paulo: Artmed, 1983g. (Trabalho original publicado em 1962).

WINNICOTT, D. W. , **The maturational processes and the facilitating environment**. Londres: Karnac, 1990/1965b. (Trabalho original publicado em 1965[1960])

WINNICOTT, D. W. **Os objetivos do tratamento psicanalítico**. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (p. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983b. (Trabalho original publicado em 1965)

WINNICOTT, D.W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Trabalho original publicado em 1988; Título original: Human Nature).

WINNICOTT, D.W. **Psycho-Analytic Explorations**. In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Orgs) (1994/1989a). Londres: Karnac Books, 1994. (Tradução Brasileira José Octavio de Aguiar Abreu: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994).

WINNICOTT, D. W. **Sobre as bases para o Self no corpo**. In D.W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas* (p. 203-218). Porto Alegre: Artmed, 1994a. (Originalmente publicado em 1970).

WINNICOTT, D. W. **Resenha de Memories, dreams, reflections, de C.J.Jung**. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas* (p. 365-372). Porto Alegre: Artmed, 1994b. (Originalmente publicado em 1964).

WINNICOTT, D.W. **O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família**. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas* (p. 102-115). Porto Alegre: Artmed, 1994c. (Trabalho original publicado em 1989[1965]; Título original: Psychoanalytic Explorations)

WINNICOTT, D.W. **O medo do colapso**. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações Psicanalíticas* (p. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994d. (Trabalho original publicado em 1989[1963]; Título original: Psychoanalytic Explorations)

WINNICOTT, D.W. **Individuação**. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações Psicanalíticas* (p. 219-222). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994e. (Trabalho original publicado em 1989[1970]; Título original: Psychoanalytic Explorations)

WINNICOTT, D.W. **Psiconeurose na infância**. In D. W. Winnicott (1994/1989a), *Explorações Psicanalíticas* (p. 53-58). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994f. (Trabalho original publicado em 1961; Título original: Psychoanalytic Explorations)

WINNICOTT, D.W. **O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva**. In D. Winnicott (1994/1989a), *Explorações psicanalíticas* (151-156). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994g. (Trabalho original publicado em 1968[1967]; Título original: Psychoanalytic Explorations)

WINNICOTT, D.W. **A experiência mãe-bebê de mutualidade**. In D. W. Winnicott (1994/1989a). *Explorações psicanalíticas* (195-202). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994h. (Trabalho original publicado em 1970[1969]; Título original: Psychoanalytic Explorations)

WINNICOTT, D.W. **Notas sobre o brinquedo**. In D. W. Winnicott (1994/1989a). *Explorações psicanalíticas* (49-52). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994i; Título original: Psychoanalytic Explorations)

WINNICOTT, D.W. **Conversando com os Pais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Trabalho original publicado em 1993; Título original: Talking to Parents.)

WINNICOTT, D.W. **A construção da confiança**. In D. W. Winnicott, *Conversando com os Pais* (p. 139-152). São Paulo: Martins Fontes, 1999a. (Trabalho original publicado em 1969; Título original: Talking to Parents.)

WINNICOTT, D. W. **Evacuação de crianças pequenas**. In *Privação e Delinquência*. (p. 9-18). São Paulo: Martins Fontes, 1999b. (Trabalho original publicado em 1939; Título original: Deprivation and delinquency.)

WINNICOTT, D. W. **Agressão e suas raízes**. In *Privação e Delinquência*. (p 93-110). São Paulo: Martins Fontes, 1999c. (Trabalho original publicado em 1939; Título original: Deprivation and delinquency.)

WINNICOTT, D. W. **Privação e Delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1999d. (Trabalho original publicado em 1987; Título original: Deprivation and delinquency.)

WINNICOTT, D. W. **Ansiedade associada à insegurança**. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (p. 163-167). Rio de Janeiro: Imago, 2000a. (Trabalho original publicado em 1958[1952].)

WINNICOTT, D. W. **Desenvolvimento Emocional Primitivo**. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (p. 218-232). Rio de Janeiro: Imago, 2000b. (Trabalho original publicado em 1958[1945].)

WINNICOTT, D. W. **Pediatria e Psiquiatria**. In D. Winnicott, Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (p. 233-253). Rio de Janeiro: Imago,2000c. (Trabalho original publicado em 1958[1948].)

WINNICOTT, D. W. **A preocupação materna primária**. In D. W. Winnicott Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (p.399-405). Rio de Janeiro: Imago,2000d. (Trabalho original publicado em 1958[1956].)

WINNICOTT, D. W. **Objetos transicionais e fenômenos transicionais**. In D. W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (p. 316-331). Rio de Janeiro: Imago,2000e. (Trabalho original publicado em 1958[1951] e In D. W. Winnicott (1971/1975), O brincar e a realidade (pp 13-44). Rio de Janeiro: Imago Editora (Título original: Playing and Reality).

WINNICOTT, D. W. **Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade**. In D. W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (p. 254-276). Rio de Janeiro: Imago,2000f. (Trabalho original publicado em1958[1949].)

WINNICOTT, D. W. **Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico**. In D. W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (p. 374-392). Rio de Janeiro: Imago,2000g. (Trabalho original publicado em1958[1954].)

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins Fontes,2001. (Trabalho original publicado em 1993; Título original: The family and individual development).

WINNICOTT, D. W. **A criança de cinco anos. In A família e o desenvolvimento Individual**, (p. 49-57). São Paulo: Martins Fontes,2001a. (Trabalho original publicado em 1962).

WINNICOTT, D. W. **Crescimento e desenvolvimento na fase imatura**. In A família e o desenvolvimento Individual, (p. 29-41). São Paulo: Martins Fontes,2001b. (Trabalho original publicado em 1950).

WINNICOTT, D.W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes,2011. (Trabalho original publicado em 1989; Título original: Home is where we start from).

WINNICOTT, D.W. **O conceito de indivíduo saudável**. In D. W. Winnicott, Tudo começa em casa (p.3-22). São Paulo: Martins Fontes,2011a. (Palestra proferida na Royal Medico-PsychologicalAssociation, Psychotherapyand Social PsychiatrySection 8 de março de 1967).

WINNICOTT, D.W. **Sum: Eu sou**. In D. W. Winnicott, Tudo começa em casa (p.41-51). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes,2011b. (Palestra proferida na Association of Teachersof Mathematics, durante sua Conferencia de Páscoa em Whitelands, Putney, Londres, 17 de abril de 1968).

WINNICOTT, D.W. **Vivendo de modo criativo**. In D. W. Winnicott, Tudo começa em casa (p.23-39). São Paulo: Martins Fontes,2011c. (Fusão de dois rascunhos de uma palestra preparada para a Progressive League, 1970).

YAMADA, M.O. **A trajetória da infância à adolescência com implante coclear: vivência de mães**. Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo,2012.

**You**. (Temporada 1, Episódio 1). Criação: Greg Berlanti e Sera Gamble. Direção: Lee Toland Krieger. Nova Iorque: Warner Bros. Television (WBTV) em associação com Alloy Entertainment e A & E Studios, 2018. 1 DVD (42 min.), son., color.

## **ANEXO nº 01: Roteiro da entrevista – Recomendações**

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 uma criança submetida 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; lúdicoindividual 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 freqüentes, 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. Freqüência, participação e desempenho.



#### Observações da entrevistada

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

**ANEXO nº 02: Protocolo de Aplicação e Interpretação dos Dados**

Protocolo de Aplicação e Interpretação dos Dados

Jogos Estruturados de Lynn

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

--	--

Quadros para anotação quantitativa:

Quadro nº. 1 - Eleição Parental

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

Quadro nº. 2 – Eleições de Objetos

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

Integração dos Resultados

Local e data

Aplicador

São Paulo, de de

Aracê Maria M. Magalhães