



Boletim Academia Paulista de Psicologia

ISSN: 1415-711X

academia@appsico.org.br

Academia Paulista de Psicologia

Brasil

Magenta Magalhães, Aracê Maria; Bomtempo, Edda; de Queiroz Pérez-Ramos, Aidyl M.; Salgado, Manuel Henrique

O brincar para conhecer o desenvolvimento de crianças com implante coclear

Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 32, núm. 82, 2012, pp. 160-190

Academia Paulista de Psicologia

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94623639011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

• **O brincar para conhecer o desenvolvimento de crianças com implante coclear¹**

Playing as a way to understand the development of children with cochlear implant

El juego como estrategia para conocer el desarrollo en niños con implantes coclear

Aracê Maria Magenta Magalhães²

Edda Bomtempo(Cad.36)³

Universidade de São Paulo (USP)

Aidyl M. de Queiroz Pérez-Ramos(Cad. 30)⁴

Universidade de São Paulo (USP)

Manuel Henrique Salgado⁵

Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Resumo: Esta pesquisa analisa o desenvolvimento de crianças com surdez profunda e beneficiadas pelo implante coclear, uma descoberta de grande significação na saúde audiológica. O trabalho fundamenta-se, teoricamente, em Winnicott e, metodologicamente, em dados de anamnese e do brincar em um conjunto de cenas lúdicas, sistematicamente organizadas. Dez pré-escolares com implante, selecionados por critérios de elegibilidade hospitalar e de homogeneização, são participantes deste estudo. Utilizam-se entrevistas com os pais e realizam-se sessões de observação lúdica e o Jogo Estruturado com Bonecos, de Lynn, nas crianças. Os resultados evidenciam, nessas últimas, imaturidade, regressão a fases anteriores de seu desenvolvimento, dependência e distúrbios de comportamento em especial os de linguagem, inter-relação e ansiedade; nos pais, desorientação familiar, em parte, superada. As crianças e as famílias participantes são assistidas por uma equipe multidisciplinar de saúde, no hospital onde são atendidas.

Palavras Chave: Crianças. Winnicott. Implante coclear. Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn.

Abstract: *This research analyses the development of children presented with profound deafness and benefited by the cochlear implant, discovery of great*

¹ Artigo derivado da dissertação "O brincar, o conhecer e o aprender de crianças com implante coclear", defendida no Instituto de Psicologia da USP pela primeira autora.

² Mestre em Psicologia - USP e psicoterapeuta. Contato: Rua Antônio Alves, 28-21, Bauru, SP, 17012-431, Brasil, e-mail: aracemagalhaes@hotmail.com

³ Livre Docente - Instituto de Psicologia da USP. Contato: Rua Cristiano Viana, 670, ap. 112, São Paulo, SP, 05511-007, Brasil, e-mail: eddabomtempo@uol.com.br

⁴ Prof.^a Titular em Psicologia – UNESP e USP. Contato: Rua Pelágio Lobo, 107, São Paulo, SP, 05009-020, Brasil, e-mail: juanaidyl@uol.com.br

⁵ Orientador de estatística. Prof.^o Adjunto - UNESP. Contato: Rua Aviadora Gomes Pinto, 37-58.

significance in hearing health. The work is based, theoretically, on Winnicott, and methodologically, in anamnesis data and playing on a set of ludic scenes, systematically organized. Ten pre-school children with implants, selected by hospital and homogenization eligibility criteria participate in this study encompassing interviews with parents and playful observation sessions with the children, besides Lynn's Dolls Structured Game. In the children, the results show immaturity, regression to earlier stages of their development, dependency and behavioral disorders, in particular, those related to language, interrelationship and anxiety. In the parents, family disorientation, partly overcome. The children and family participating are assisted by a multidisciplinary health team, at the hospital where they are attended.

Keywords: *Child. Winnicott. Cochlear implant. Lynn's Structured Doll Play Test.*

Resumen: *Se trata de una investigación que analiza el desarrollo en niños con sordera profunda de nacimiento y posteriormente beneficiados en la audición, a través del descubrimiento de gran significado en la salud auditiva, que son los implantes cocleares, que disminuyen considerablemente la sordera profunda. El trabajo está fundamentado teóricamente en Winnicott y metodológicamente, en datos de la anamnesis y del juego en escenas lúdicas, sistemáticamente organizadas. Diez niños en edad pre escolar, con implante coclear, participan en este estudio. Seleccionados por criterios de elegibilidad hospitalaria y de homogenización a los fines de la investigación. Se realizan entrevistas con los padres y a los niños, sesiones lúdicas de observación y el Juego Sistematizado con Muñecos de Lynn. Los resultados evidencian en los niños comportamiento regresivo, inmadurez, dependencia y trastornos del comportamiento, en especial del lenguaje y su aplicación. En el caso de los padres desorientación familiar, parcialmente superada. Tanto los niños como sus familiares, son asistidos por el equipo multidisciplinario de salud, del hospital donde se lleva a cabo, donde son atendidos sus tratamientos.*

Palabras claves: *Winnicott, pre-escolares, implante coclear, Juego Estructurado con Muñecos de Lynn.*

1. Introdução

Os progressos científicos na área da saúde audiológica, têm sido relevantes, pois possibilitam a audição até àqueles anteriormente destinados a jamais ouvir durante toda a sua vida. O implante coclear (I.C.) é uma destas recentes descobertas que, apesar de ser um procedimento invasivo, possibilita ao ser humano com surdez profunda, em especial, às crianças, a

capacidade de ouvir, a tal ponto de captar a especificidade da voz humana. Abre-se para estas últimas, uma nova perspectiva de vida ao penetrar no mundo dos sons, que lhes facilita maior exploração do ambiente em que vivem, o relacionar-se e o brincar, que ora se enriquecem por estímulos sonoros.

Há de se considerar que, ao lado desses significantes resultados, requer-se da criança esforço na aprendizagem da linguagem sonora, bem como sua adaptação aos componentes externos do implante, ao que se indica o uso desde a mais tenra idade, e o menor tempo de privação auditiva possível, a fim de se otimizar maiores benefícios. Algumas dificuldades inerentes às vicissitudes do tratamento são esperadas, devido aos constantes períodos de retorno ao hospital para atender ao devido *follow up*. Nessas situações impactantes, a família tem um papel imprescindível. Para os pais é difícil esquecer o trauma sofrido ao saber que sua criança é surda, ao que se soma a experiência invasiva e de angústia quando da internação hospitalar, para efetuar a cirurgia do implante coclear. Esta se associa negativamente a qualquer intercorrência que possa ocorrer durante o tratamento. Como se observa, a situação é complexa, tanto para a criança, quanto para os familiares. Daí, a necessidade de pesquisas que possam dar suporte ao tratamento dessas crianças, considerando-se as novas oportunidades que se lhes vislumbram.

A pesquisa que, ora se apresenta, considera-se autêntica e vem preencher lacunas em relação às disponíveis sobre temas aproximativos. Conta com bibliografia atualizada e clássica; utiliza metodologia controlada e de cenas lúdicas, que expressam as experiências de vida da criança e apresenta como fundamentação teórica, o enfoque do pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott.

Este estudo se realizou em um hospital-escola especializado em saúde auditiva. Trata-se do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) localizado em Bauru/SP, que abriga no Centro de Pesquisas Audiológicas, a Seção de Implante Coclear. Esta unidade oferece atenção interdisciplinar especializada na intervenção cirúrgica do implante, compreendendo o estudo, a preparação, a realização e seu seguimento. Neste grupo de especialistas, o psicólogo tem seu lugar efetivo, o que favoreceu a concretização desta pesquisa.

Para efetuar-la, o primeiro passo foi submeter o seu projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da citada instituição. Uma vez aceito, foi solicitado e

obtido o Consentimento Livre e Esclarecido, documentos firmados pelos pais ou responsáveis pelas crianças objeto de estudo. Tratando-se de crianças, de 4 a 6 anos, a eles também foi solicitado, oralmente, sua adesão.

Com base no exposto, este trabalho teve como objetivo conhecer, pelo brincar, o desenvolvimento de dez crianças, todas nascidas com deficiência auditiva profunda e que se submeteram a um implante na cóclea. Com isto, obtiveram a habilidade de ouvir plenamente e aprender a comunicar-se mediante linguagem oral, onde o ambiente familiar é o palco e suporte, sendo a criança o ator principal.

Para atingir o objetivo da pesquisa, utilizou-se o brincar através do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (1989, adaptado por Pérez-Ramos), que apresenta diversas cenas lúdicas correspondentes a situações da rotina diária da criança, incluindo o contexto familiar em que esta vive. Sua interpretação é baseada nos resultados obtidos na entrevista com os pais e na Teoria de Winnicott.

2. Apoio Teórico

Nesta unidade da pesquisa, apresentam-se as ideias e pressupostos de Winnicott, aplicáveis à compreensão da criança em estudo nas suas relações com o ambiente familiar. O enfoque teórico proporciona a fundamentação necessária à análise dos dados colhidos nas entrevistas com os pais e, principalmente, nas cenas lúdicas pelas quais as crianças se expressaram por meio do jogo de faz-de-conta. Enfatiza-se que a utilização do Jogo como recurso metodológico, conflui com o enfoque teórico adotado, ou seja, as contribuições de Winnicott, que tem o brincar como um de seus temas prevalentes.

De seus pressupostos são selecionados aqueles mais aplicáveis a este estudo, os quais são sintetizados em quadro unidades, a saber:

2.1. A relação entre criança e ambiente

Em toda sua obra, Winnicott (1969/1999b) enfatiza a vital importância que o ambiente, principalmente o da família, desempenha na vida da criança, podendo impulsionar o seu desenvolvimento, ou inibi-lo. Para este autor, “*O suprimento ambiental ou fornece uma oportunidade para que ocorra o processo interno de crescimento, ou, então impede que tal aconteça*” (p. 148).

Por ambiente da criança, Winnicott (1951/2000a) identifica a própria pessoa da mãe, suas características, incluindo neste contexto o pai, os irmãos, o lar e a família estendida. A mãe pode ser a genitora, ou não, mas essencialmente é a figura que, junto à criança, exerce a *maternagem*. Este termo é utilizado por Winnicott (1971/1975) para se referir ao acolhimento, à atenção e aos cuidados essenciais prodigalizados à criança, pela mãe.

Khan (2001) ressalta que o autor concebe cada criança como uma pessoa inteira, inserida no ambiente de cuidado que lhe é oferecido. Neste sentido, o presente trabalho, em consonância com as ideias de Winnicott, foi realizado, individualmente com cada uma das crianças participantes e suas respectivas famílias, uma avaliação psicológica, considerando-se as características pessoais desta e de sua família. Depois de consolidadas as avaliações individuais, seguiu-se para suas análises e outras ilações.

Partindo desta posição, de diferencial para cada criança com sua respectiva família, foi possível analisar o nível de estresse sofrido pelos pais quando do conhecimento do diagnóstico da deficiência auditiva profunda em seu filho. Estas circunstâncias se estenderam, em maior ou menor grau, às fases subseqüentes do processo evolutivo da criança, submetidas ao implante coclear: ao que se antecipou à cirurgia, à intervenção propriamente dita, à suas conseqüências e aos períodos decorrentes.

Considera-se que este seja um estado de estresse contínuo dos pais, definido por Lipp (2007), que se iniciou com o trauma advindo da notícia do diagnóstico da surdez do filho, anunciado, em alguns casos, quando do nascimento do bebê, ainda na maternidade, após o *Teste da Orelhinha*. Este estresse segue incrementado pela cirurgia do I.C. e pelos constantes deslocamentos da família do lar ao hospital, para fins de tratamento do filho. Enfatiza-se que 70% das crianças estudadas residem fora do Estado de São Paulo, em cujo hospital recebe atendimento. E, a cada consulta, advém a expectativa sobre os resultados alcançados até ali.

Winnicott (1969/1999b) se refere ao estresse dos pais, que tinham a expectativa do filho perfeito e diante da constatação da deficiência, abre-se uma ferida narcísica onde surgem sentimentos ambivalentes tais como de negação, raiva, depressão e por fim, possível aceitação, abordados por ampla bibliografia (Kübler-Ross, 1996). A tomada de consciência do diagnóstico de surdez profunda do filho faz aflorar forte angústia e confusão de pensamento nos pais, que procuram informações e, como ressalta o

autor (1957/1999c), o profissional pode começar seu trabalho pela aceitação do que a pessoa sente e desenvolver uma discussão que leve à maior compreensão.

Nestas circunstâncias, podem surgir prejuízos à *previsibilidade*, à *confiabilidade* e à *continuidade na linha da vida* da criança, que necessita de calor, afeto e um *suprimento ambiental suficientemente bom* para o seu desenvolvimento. Ao ser afetada ela manifesta o seu estresse com choro, inquietação, inapetência, comportamentos irritáveis, entre outros, querendo fazer saber ao ambiente, seu desconforto (Winnicott 1960/1999a).

Aceitar a *singularidade* dos filhos nem sempre é tarefa fácil para os pais que, muitas vezes, fazem comparações entre o desenvolvimento de sua criança com o de outras. Os pais, deste estudo, não são diferentes. Após a colocação do implante coclear em seu filho, aguardam, com ansiedade, por resultados satisfatórios tanto na aquisição da linguagem como no desenvolvimento em geral. Acontece que a criança com I.C., requer um processo diferenciado de aprendizagem. Considere-se, que há um período inicial de profunda deficiência auditiva, depois, seguem-se todos os estágios que envolvem o implante coclear, como a adaptação ao aparelho, no qual se acoplam componentes externos. Este conjunto de fatores provoca estresse na criança, que pode ser minimizado se houver um *suprimento ambiental suficientemente bom, parcial ou total*.

Para Winnicott (1960/1983a), não há como pensar no bebê em separado de sua mãe. Se tudo corre bem, o recém-nascido passará por um estado *fusional com a mãe*, que fornece a satisfação, quase completa, das suas necessidades, possibilitando-lhe sentir a *ilusão de onipotência* sobre o ambiente, ao que o autor denominou *dependência absoluta*. Com o tempo e gradualmente, a mãe oferece limites ao seu bebê, de acordo com a capacidade deste em aquilatar a frustração, o que possibilita a *desilusão* e a percepção de algo externo a si mesmo e que se desloca, sendo na verdade, a primeira percepção que ele tem de sua mãe. Não existe mais o *estado fusional* mãe e bebê e nem a *dependência absoluta*, estabelecendo-se, então, a *dependência relativa*. A partir desta, o bebê começa a desenvolver-se *rumo à independência*.

Assim, nas condições de acolhimento, de orientação e de cuidados, a criança vai se desenvolvendo, em seu próprio ritmo e *singularidade*. Temos que Winnicott (1969/1999b) concebe o processo evolutivo linear da criança, considerando suas diferenças individuais, transversalmente.

2.2. O brincar como elemento transicional

Há a necessidade de retornar, junto com o autor, à fase em que o bebê passa da *dependência absoluta* para a *dependência relativa*, onde ocorre um espaço e um momento em que a mãe passa a ser percebida pelo bebê como algo externo e separado - objetivamente percebido.

É nesse espaço intermediário entre a mãe e a criança, que surge o brincar, num momento intermediário que, para abandonar a mãe como objeto subjetivamente percebido e percebê-la como objeto, objetivamente percebido, a criança cria o *objeto transicional* (concreto), que seria a primeira possessão original não-eu (Winnicott 1971/1975).

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

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

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

Assim como, em determinado momento, o *objeto transicional* passa a ter uma importância primordial para a criança, em outro, a posteriori, passa a ser relegado. Perde o significado devido ter-se pulverizado *por todo o território intermediário entre a “realidade psíquica interna” e “o mundo externo”, tal como percebido por duas pessoas em comum, isto é, por todo o campo cultural* (Winnicott, 1971/1975).

Nesta exposição, pôs-se em destaque a importância do brincar como *fenômeno transicional*, elemento fundamental para o desenvolvimento emocional e para todo o processo evolutivo da criança.

2.3. Importância do brincar

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

O tema em questão, o brincar, é elencado nesta pesquisa como verbo no infinitivo, fornecedor de uma ideia de ação ou estado. É assim utilizado por Winnicott (1971/1975) para enfatizar que a importância dada não se encontra no brinquedo ou na brincadeira (substantivo), mas sim no brincar. Isto é, o enfoque está centralizado no que a criança faz com o objeto. Embora o foco desta pesquisa sejam as crianças, vale ressaltar que o autor pontua que o brincar, não se restringe a elas, mas constitui-se como elemento fundamental a todo o desenvolvimento humano.

No brincar, a criança cria um mundo próprio, melhor dizendo, rearranja as coisas de seu mundo, numa outra ordem que lhe agrada. No espaço intermediário onde se dá o brincar é feita a transição entre dois campos de experiência: o mundo psíquico e o mundo socialmente compartilhado. Nesta terceira área da experiência, a criança vai gradualmente perceber e aceitar a realidade socialmente construída: passa da *ilusão de onipotência* para uma crescente aceitação da realidade externa. Esse *espaço potencial* não tem fronteiras definidas, trata-se de uma área de jogo, que tece a realidade. Nesse lugar, acontece o brincar, o jogo sem regras, desde que existam as condições favoráveis. Espaço este que une e separa, ao mesmo tempo, a criança e seu ambiente, engendrando isolamento e comunicação, identidade subjetiva e alteridade cultural.

Com o brincar, a criança experimenta uma sensação de prazer, de controle, em que sua subjetividade emerge juntamente com os objetos reais. A criança brinca com a realidade – o ambiente de confiança e sintonia, desfruta primeiramente com sua mãe que lhe proporciona o relaxamento necessário a esta experiência. Depois, brinca só, mas na presença da mãe,

esquecendo-se desta presença confiável. Este estado fornece a maturidade suficiente para que adquira a *capacidade de estar só*. A *confiabilidade e previsibilidade do ambiente e a continuidade na linha da vida*, proporciona à criança a credibilidade necessária no ambiente. A experiência do brincar da criança é percebida pela *mãe suficientemente boa*, que com sensibilidade não rompe o dinamismo desta experiência ou participa dela quando oportuno (Winnicott, 1958/1983b).

2.4. O brincar criativo

Em suma, segundo a teoria de Winnicott (1971/1975), se tudo corre bem, isto significa, entre outras coisas, a existência da *mãe suficientemente boa* que possibilita à criança pequena a experiência de *ilusão/desilusão*, que poderá constituir o *objeto transicional*, quando toma para si um estímulo qualquer de seu ambiente, apropriando-se dele.

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

O autor (1962/1983c) ressalta a importância do *ser criativo*, da criatividade mesma que, por seu intermédio, pode-se ter acesso a uma busca maior, ou seja, a do indivíduo pelo seu eu (*self*), podendo utilizar sua personalidade integral, existir como unidade e, portanto, poder expressar-se: *eu sou, eu estou vivo, eu sou eu mesmo* (p. 60). Quando o indivíduo, criança ou adulto, consegue reunir-se e existir como uma unidade, alcança o *viver total*, onde tudo é criativo. Para tanto, faz-se necessário uma condição essencial, a de relaxamento, só obtido se houver *fidedignidade no ambiente*.

A falta de *confiança, previsibilidade e fidedignidade* do ambiente acirram à ansiedade e, por conseguinte, à organização de defesas na criança. Winnicott (1935/2000b) destaca especial atenção, ao cansaço e à inquietação nos meninos que não conseguem dar conta da excitação e da ansiedade que os afetam, através do brincar. Neste insucesso, transformam a excitação e a ansiedade sentidas em comportamentos inadequados e irritantes.

É bastante comum, inclusive nas crianças deste estudo, a presença de distúrbios de comportamentos, tais como agitação, perturbações do

sono, do apetite, da eliminação, medos, insegurança e animosidades, o que pode ser interpretado como uma forma intrapsíquica de lidar com ansiedade.

3. Metodologia

Nesta unidade, incluem-se os participantes da pesquisa, ou seja, a criança com I.C. e, em complemento, sua família, devidamente selecionadas, como também a especificação dos instrumentos de coleta e interpretação de dados. Como unidade à parte inclui-se a avaliação psicológica de dois participantes para controle metodológico, uma vez que estes seguem os mesmo passos previstos para o estudo dos demais casos.

3.1. Participantes

Citam-se os dois grupos de critérios para a seleção das crianças em conjunto com suas famílias e com a comunidade: os de elegibilidade e os de homogeneidade. Os primeiros constituem-se nos seguintes: na criança, a existência de déficit auditivo neuro-sensorial, bilateral, em grau profundo de surdez, ser saudável e sem sequelas de doenças sofridas. Na família, possuir rede de apoio e na comunidade onde vivem, existir recursos apropriados à prossecução do tratamento da criança.

No referente ao segundo grupo de critérios, acrescentam-se os dirigidos à criança: uso do I.C., no mínimo, por um período de um ano; ser cliente do HRAC/USP na unidade de Implante Coclear e estar na faixa etária de 4 a 6 anos; e da família, que seja nuclear, com os dois pais presentes no lar, ou quando separados, a exigência de que o pai que vive fora seja frequente no seu contato com a criança.

3.2. Instrumentos de coleta de dados

Indicam-se, a seguir, os seguintes instrumentos:

- Entrevista semiestruturada com os pais ou responsáveis.
- Observação lúdica participante
- Jogo Estruturado com Bonecos, de Lynn (1989).

Sobre o roteiro da entrevista, este se constitui de instruções e de itens conceituais para a sua aplicação. Estes abrangem dados sobre a história da deficiência auditiva na criança e do seu desenvolvimento psicológico, com ênfase nos distúrbios de comportamento e suas áreas, como as de

linguagem, alimentação, sono, eliminação, medo, ansiedade e ciúmes. Inclui, também, os relacionamentos da criança com os elementos de sua família. Com relação a esta, verifica-se a existência de mudanças de domicílio, doenças, separação e conflitos entre os pais. Adiciona-se a maneira destes educarem o filho, colocando-lhe limites e propiciando-lhe concessões educacionais. Há itens, ainda, referentes à instituição educacional na qual a criança estaria frequentando.

Quanto à observação lúdica participante, foram disponibilizados brinquedos diferentes dos utilizados no Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn, mas adequados ao período de vida da criança. A pesquisadora inicia uma brincadeira independente para que esta se distraia sozinha, enquanto entrevista a mãe.

Em relação ao Jogo Estruturado com Bonecos, de Lynn (adaptação Pérez-Ramos, 1989) apresenta-se uma informação sintética e uma ideia do protocolo utilizado para sua aplicação e interpretação. Trata-se de uma técnica de natureza lúdica apropriada a crianças pré-escolares (4 a 6 anos) para verificar na sua rotina, desajustamentos leves em relação ao ambiente familiar. Vale dizer, que a finalização das cenas propostas à criança é livre e esta utiliza os brinquedos do Jogo no seu brincar. Para a sua análise, empregam-se também as informações obtidas na entrevista realizada com a mãe da criança e a visão preliminar do seu comportamento. Tem-se em vista as ideias de Winnicott para esta interpretação.

O material lúdico que compõe o Jogo consta de uma família de bonecos e de pequenos móveis e brinquedos representativos da vida cotidiana. Com estes brinquedos são montadas diversas cenas previstas nas instruções do instrumento, sendo as de dormir, alimentar-se, usar o banheiro, brigas entre pares, saída dos pais para passeio ou compras, pesadelos da criança e hospitalização. Tais cenas são oferecidas a esta para que, através da dramatização lúdica, complete-as. Ao iniciar o processo, oferece-se ao(a) examinando(a) um bonequinho representativo de um (a) menino (a) do próprio sexo do examinando, o qual seria ele(a) próprio(a), a fim de facilitar-lhe o envolvimento nas diversas situações preparadas. O formulário de aplicação e de interpretação das situações lúdicas consta de quadros destinados à anotação e à análise qualitativa de cada cena. Para sua interpretação, quantitativa apresentam-se três quadros: eleição de objetos, eleição parental e intercorrências entre pais e filhos.

3.3. *Comprovantes de metodologia*

É apresentada a síntese de duas avaliações psicológicas de casos que comprovam a metodologia e os instrumentos previstos para a presente pesquisa, além do valor da teoria adotada. Informa-se que, os casos delineados abaixo, já foram apresentados suscintamente, mas sem a interpretação devida, por Magalhães, Pérez-Ramos e outros (2007) no Boletim Academia Paulista de Psicologia. Estes estudos são retomados nesta pesquisa, com a análise winnicottiana tanto em um caso, em que se verifica falha no *suprimento ambiental* para a criança, como em outro, um dos poucos no grupo, em que há um ambiente *suficientemente bom*.

Caso nº 1, A (abreviação do nome fantasia) idade: 5 anos e 6 meses, sexo feminino, filha única.

a. – Dados da entrevista e do prontuário do hospital (fornecidos pela avó, porque a mãe da criança estava hospitalizada)

a.1. Diagnóstico auditivo: neuropatia no nervo coclear, com conseqüente perda auditiva profunda. Implante efetuado no ouvido direito, aos dois anos e nove meses de idade da criança.

a.2. Gestação não planejada. Nascimento prematuro aos cinco meses e meio. Peso ao nascer: oitocentos e sessenta gramas. O bebê permaneceu na incubadora durante dois meses e vinte dias, dificultando, portanto, o exercício da *maternagem* pela mãe, nesse início da vida do bebê.

a.3. Atraso no desenvolvimento motor, compensado aos seis meses de idade.

a.4. Presença de distúrbios de comportamento (linguagem, sono, manipulação, inter-relação, ansiedade e ciúmes).

a.5. Ausência parcial dos pais no lar, mãe hospitalizada, em estado grave; pai, com precária relação com a criança; trabalha durante o dia e estuda à noite. Conflito entre os pais iniciado com a programação do implante na filha. Esta é criada também pela avó paterna, segundo orientação dos pais.

b - Análise do Jogo Estruturado com Bonecos, de Lynn

A respeito deste instrumento, citam-se apenas os procedimentos de coleta e interpretação de dados, distribuídos em quadros individuais para cada cena, onde se processa a anotação de respostas e também sua releitura. Seguem-se para análise quantitativa, quadros divididos segundo

a natureza das cenas, já indicados anteriormente. Não são apresentadas suas interpretações, porque a maior parte delas consta do item seguinte.

c. Integração dos resultados

A examinanda se situa no período pré-escolar quanto à idade. Relativo ao comportamento, este se apresenta como o de uma criança menor, recurso para buscar o acolhimento dos pais; dependente e possessiva deles, medrosa, especialmente de permanecer sozinha. É agitada e com dificuldade na concentração. Mostra-se muito nervosa, em especial no período de internação da mãe.

Quer ter exclusividade na atenção paterna, desejando ter a mãe longe do seu convívio, sendo que atualmente inverte a situação. Esta, por sua vez, a ela não dispensa carinho; utiliza castigos físicos como meio disciplinar, mostra-se agressiva e de difícil contato, possivelmente devido ao período de depressão por que passa. Limita a filha quanto aos relacionamentos com outras crianças e também na frequência à escola. Esta iniciou as atividades escolares mais tarde do que a idade prevista. Sente a mãe como pessoa agressiva e que lhe deprecia. Em sua fantasia, gostaria de ver os pais juntos, em harmonia e gozando da companhia de ambos.

Quanto à avó, que frequentemente cuida da criança, não aparece em seus sentimentos. O seu maior desejo é estar com os pais, especialmente junto à figura paterna. Na vida real, esta inter-relação não se apresenta, particularmente depois da colocação do implante (2,7 meses), período que coincidiu com os de internação hospitalar da mãe e o distanciamento no lar do pai, por razão de seus estudos à noite e trabalho durante o dia.

Este quadro de conflitos entre os pais, a doença da mãe, as limitações no contato com seus pares, a possível dualidade no estilo educacional dos pais e da avó pode explicar, em parte, os transtornos que a criança apresenta e o precário aproveitamento do uso do implante. Embora tenha feito fonoaudiologia, sua linguagem é precária, pouco compreensível, dissonorizada e com dislalias.

c. Síntese e orientação

Criança imatura, ansiosa, sentindo o peso do ambiente e vivendo numa dualidade familiar conflitiva dos pais e de possível estilo intergeracional (avó e pais), além da necessária adaptação ao implante coclear e a utilização gradual da linguagem. Percebe-se também que tem pouca oportunidade para ser estimulada na linguagem oral.

Sugere-se aumento gradativo do contato da criança com seus pares, tendo um canto para ela brincar e expressar sua ansiedade através do brincar, pintura, desenhos, etc.; incentivo à independência nos hábitos da vida diária e ao uso e cuidados com os componentes externos do implante coclear. Também se faz necessário reforço nas orientações quanto à aprendizagem verbal, o falar pausadamente, para que ela perceba a forma da pronúncia das palavras; reforço nas recomendações sobre a alimentação sólida, que não é a preferida pela criança, assim como a necessidade da mastigação correta.

Quanto às pessoas diretamente ligadas à criança, que são os pais e avó, é necessário manter a presença dos pais no HRAC (sessão de I.C.) a fim de se obter mais dados e orientá-los, por exemplo, quanto à definição de papéis da avó e dos pais na vida da criança, em especial na sua disciplina não por castigos, mas por orientação; maior presença do pai junto à criança e tratamento psicoterápico para a mãe.

Caso nº 2, R (abreviação do nome fantasia); idade: 5 anos e 11 meses, sexo masc.; segundo filho e caçula.

a. – Dados da entrevista e do prontuário do hospital (fornecidos pela mãe)

a.1. Diagnóstico auditivo: deficiência auditiva profunda, bilateral, por *icterícia neonatorum*, com dissincronia do nervo coclear. Implante efetuado aos três anos e nove meses, postergado devido às frequentes enfermidades sofridas pela criança.

a.2. Desenvolvimento: com o uso do IC, passou a compreender, paulatinamente, a expressão verbal dos demais e respondê-la com alguma precisão, aprendendo com facilidade a falar.

a.3. Distúrbios de comportamento (linguagem, inter-relação, medos, ansiedade e ciúmes).

a.4. Ambiente do lar: família nuclear constituída por dois filhos, sendo R, o caçula; ajuda da rede de apoio: família estendida. Pais, conscientes da deficiência do filho, procuram recursos para a orientação específica dispensada a ele. Aceitação da deficiência auditiva pela criança. Constante busca de novas informações sobre a reabilitação, pelos pais, junto com a *maternagem suficiente boa* efetuada pela própria mãe.

b. Análise do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn

Seguem-se as mesmas instruções apresentadas no caso nº1. Acrescentam-se dados demonstrativos.

Analisando-se as reações da criança perante as cenas do jogo, observa-se alta frequência na preferência de ambos os pais, especialmente nas situações que representam atividades de rotina diária e também no uso da liberdade e aceitação da hospitalização. No caso da eleição de objetos, a criança prefere aqueles próprios da idade em que está.

c. Integração dos resultados

A criança se manifesta integrada ao próprio período de vida em que está, mostrando-se independente, tanto na rotina diária como no uso de sua liberdade. Entretanto, apresenta problemas quanto à aceitação de limites, percebendo 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, mas controladora. Em relação à irmã, revela convivência amigável, embora seu relacionamento com ela seja de certa forma conflitivo, por desejar impor sua vontade.

Utiliza-se de linguagem verbal com naturalidade, para enriquecer suas atividades lúdicas e relacionamentos com os demais. Denota-se que há, no ambiente do lar, um grau satisfatório de *previsibilidade, confiabilidade e continuidade na linha de vida da criança*. Condições estas que apontam por um *bom suprimento ambiental*, com oportunidades para impulsionar o desenvolvimento adequado da criança.

O menino começou a frequentar a pré-escola com três anos de idade e lá permanece até hoje. Apresentou boa adaptação desde o início, sendo que para isto, conta com o acompanhamento da fonoaudióloga, que o atende na escola. Apesar das dificuldades auditivas, a criança participa, como qualquer outra, da educação escolar.

Encontra-se em franco progresso no desenvolvimento da linguagem oral, visto que o implante coclear se deu tardiamente, o que é compensado com o apoio dos pais, que buscaram formação adequada sobre orientação de crianças com deficiência auditiva e são frequentes nas sessões de acompanhamento no hospital que os atende.

No entanto, o menino se manifesta irritável, ansioso e, um tanto, egocêntrico, em parte, devido ainda ao precário uso da linguagem e, também, por falta de limites que os pais não conseguem administrar.

d. Síntese e orientação

Criança dentro dos padrões esperados para a idade, mas que apresenta dificuldades na aceitação das normas. É irritável e ansiosa face à dúbia autoridade dos pais, à precária linguagem que se manifesta, por vezes, ininteligível aos demais e ao uso permanente dos componentes externos do implante. A orientação se destina, particularmente, ao apoio dos pais, como representantes da autoridade no lar e à utilização de jogos domésticos e cooperativos para serem utilizados com a irmã e seus pares. Manutenção do *follow-up* que o HRAC/USP proporciona, bem como seguir suas orientações, especialmente, as relacionadas ao adequado desenvolvimento da criança e a devida evolução emocional dos pais.

Comparando os resultados dos dois casos, percebe-se que, enquanto no primeiro a criança deseja a dependência dos pais e regride a fases anteriores do seu desenvolvimento, onde encontraria certa *confiabilidade* e *previsibilidade* no ambiente; no segundo caso, trata-se de processo inverso.

A criança nº 2 deseja a sua independência e caminha rumo a ela com a *previsibilidade* e *confiabilidade* que encontra num *suprimento ambiental suficientemente bom*. Ao mesmo tempo a criança sente-se tolhida pelos pais que, estes sim, talvez devido à deficiência auditiva do filho, não se independizaram deste, como seria esperado.

4 – Resultados e Discussão

Frente à adequação do apoio teórico e dos instrumentos metodológicos selecionados e com o seu controle para esta pesquisa, prosseguiu-se, com segurança às fases seguintes, isto é, para os resultados obtidos, sua discussão e posteriores conclusões e orientações. Realizou-se um breve perfil, tanto da criança quanto dos seus pais, para prosseguir-se com o estudo destes pelo brincar e dados da entrevista.

Comparando-se tais resultados com o apoio teórico previsto, pode-se verificar a convergência entre eles, pelos dados obtidos e pela bibliografia

atualizada e apropriada. Antes, porém, verificou-se se as exigências previstas para a seleção das crianças e dos pais foram cumpridas.

4.1 – Análise demográfica

Estes dados esboçam o perfil do grupo das crianças em estudo e dos seus pais. Quanto aos participantes, as variáveis consistem em: gênero, faixa etária, idade em que se deu o implante coclear e o tempo de uso deste. Quanto ao perfil da família, as variáveis são: composição, procedência, escolaridade dos pais e ordenação filial.

No tocante ao perfil das crianças, analisam-se, primeiramente, sua faixa etária e gênero. Os dados referentes se apresentam na tabela 1.

Tabela 1 – Faixa etária e gênero das crianças

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

A análise da citada tabela demonstra que o grupo de crianças estudadas se concentra nas idades entre 5 e 6 anos, portanto mais velhas dentro da faixa etária prevista, e quase não se observa diferença de gênero. Nota-se que há a mesma tendência na frequência de ambos os sexos e também pouca diferença, em seus totais, o que leva a eliminação da variável gênero. Acrescenta-se a informação de que, para este estudo, o mais importante é o processo evolutivo da criança em seu ambiente. Donald W. Winnicott (1971/1975) pontuou esta dimensão no seu contexto teórico, sendo que em seus estudos sobre o uso do objeto transicional, não encontrou diferença significativa entre gêneros.

Com respeito à época da realização do I.C., contrariamente ao esperado, isto é, o período máximo de um ano de idade para efetuar o I.C., as crianças em estudo submeteram-se a esta cirurgia, na sua maioria, de 2 a 4 anos (70%). Esta espera, já fora da idade do período natural da

aprendizagem da fala, pode ser um fator que explicaria, em parte, a problemática na qual estas crianças se encontram.

Uma variável que possivelmente tenha ajudado na aprendizagem verbal foi o tempo de uso do I.C. (referindo-se à idade da realização do I.C. nas crianças até a faixa etária em que se encontram). Esta variável consiste em uma das exigências para homogeneizar o grupo de uso do implante, de no mínimo 1 ano.

Durante este período de uso do I.C., a criança e a família começaram a conhecer os meios pelos quais poderiam beneficiar-se do uso do aparelho: o acesso ao mundo dos sons para a criança, o valor da aprendizagem verbal, etc. Ao lado desses benefícios, havia certas limitações: cuidados na preservação desses aparelhos, sobretudo dos componentes externos; certas restrições ao brincar ativo (correr, pular, nadar); e cuidados com a própria saúde audiológica (Costa Filho, Bevilacqua & Amantini, 2005).

Estas situações trazem em si sentimentos contraditórios nas crianças, uma vez que o I.C. auxilia positivamente sua audição, mas também limita suas atividades lúdicas, além dos cuidados necessários ao funcionamento do aparelho. Isto, sem contar, que socialmente, costuma-se provocar certa estranheza àqueles que ignoram a sofisticação tecnológica do I.C. podendo suscitar, inclusive, discriminação da criança que o utiliza.

Winnicott (1971/1975) explica que o processo de aceitar as diferenças nunca é finalizado, provocando tensões e emoções na criança que sofre discriminação, cujo alívio ocorre pelo brincar, facilitando-a a aceitar a realidade.

Em relação ao perfil demográfico dos pais, constata-se que, embora haja exigência de família nuclear completa (pai e mãe) houve deserção paterna em 50% dos casos estudados. Este dado corrobora a inferência de que o sistema familiar pode sofrer abalo e chegar a fragmentar-se com as dificuldades inerentes a ter, em seu seio, um filho com deficiência auditiva grave.

Um possível ponto positivo a ser focalizado é a escolaridade de ambos os pais.

Quase não há diferença quanto à escolaridade entre eles, apenas uma leve superioridade paterna quanto ao ensino superior. A maioria deles (pai e mãe) se situa no nível do ensino médio de escolaridade (65%), o que

pode facilitar a compreensão da problemática da criança e sua reabilitação, evitando até a interferência de fatores sociais de risco (Azevedo in Bomtempo, Antunes & Oliveira, 2006).

Quanto à constituição familiar, esta é identificada pelo número de filhos que as famílias estudadas possuem.

Denotou-se alta frequência de filhos únicos (60%). Complementa-se a informação de que em uma das famílias com dois filhos, a criança com deficiência auditiva é a caçula. A outra família também com dois filhos, segundo a fala da própria genitora, esta quis ter mais um filho para *saber como é ter uma criança normal*. Estas informações são indicativas de que algo deva estar acontecendo no ambiente familiar, podendo-se atribuí-lo à deficiência auditiva de um dos seus filhos.

A ordem de nascimento dos filhos, nas famílias estudadas, constituiu também uma variável comprometedora. Filhos únicos e a posição de caçula (70%) marcam a presença na prole das famílias estudadas. Esta última é considerada por Winnicott em seus estudos de casos, apresentados no livro *O Brincar & a Realidade* (1971/1975), onde considera a posição do caçula como variável interveniente.

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

Três famílias vivem no Estado de São Paulo, mas não na cidade em que está localizado o hospital referido. Outras procedem dos Estados circunvizinhos que, apesar de pertencerem ao mesmo país, guardam diferenças culturais entre si. Esse componente cultural é enfatizado por Winnicott (1971/1975), que o considera como um elemento proeminente na vida do ser humano. Muitas das famílias empreendem longo percurso para atender às exigências do hospital, fator que interfere na evolução da criança e no seu ambiente familiar e institucional, muito embora os períodos de atendimento se restrinjam a poucos dias.

Como síntese da comparação entre os dois perfis, criança e pais, percebe-se que a deficiência auditiva profunda constitui uma situação de crise, demandando um processo de reorganização familiar, o que motiva a análise dos comportamentos decorrentes na criança, das condições do contexto ambiental e das inter-relações presentes nelas.

4.2 – Resultantes da interação de dados: criança-família

De um lado, consideram-se os distúrbios de comportamento da criança e de outro, as figuras para a *maternagem*, como indicadores na relação criança e mãe, e vice-versa.

Tais distúrbios foram classificados por áreas, a fim de facilitar o estudo dos mesmos nesta pesquisa. Winnicott (1954/1990) referiu-se à necessidade de classificação dos distúrbios menores da criança, como são aqueles em estudo.

Os dados demonstram que todas as crianças deste estudo apresentaram distúrbios de linguagem, ansiedade e de inter-relação. Os primeiros são expressos por dislalias, linguagem telegráfica, dissonorização e vocabulário precário, todos estes já esperados, tendo em vista as crianças estarem em processo de aprendizagem verbal. Vale ressaltar que tais características, próprias das fases anteriores do processo evolutivo infantil, só se constituem como distúrbios ao verificar-se sua manutenção em períodos posteriores, como é o atual nessas crianças.

Esse quadro de distúrbios de linguagem leva à acentuada ansiedade e suas manifestações tais como agitação, crises de birra e teimosia. Essas ideias são apoiadas, em algum sentido, pelos conceitos de Winnicott (1954/1990; 1958/2000c), que considera estes transtornos, em grande parte, como comportamentos regredidos e compreende os distúrbios menores como alterações do funcionamento corporal associado ao emocional.

Seguem, por frequência, os distúrbios de comportamento; de sono (90%), ciúmes (80%), medos (70%), e de alimentação (70%). Como se observou anteriormente, todas as crianças manifestaram distúrbios de ansiedade, o que corroborou para o aparecimento de outros deles, como os citados.

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

A todas elas foi necessário um período de adaptação ao uso e ao manuseio diário da prótese externa do I.C., o que lhes exigiu um esforço

extra, e de sua família, um *suprimento ambiental* para apoiar-las nessas ocasiões. Nesse difícil processo, as crianças externalizaram suas tensões, adotando comportamentos comuns de crianças menores à faixa etária em que se encontravam (4 a 6 anos). Esse quadro de ansiedade reflete o nível de tensões e estresse na criança, o que é destacado por Winnicott (1969/1999).

Por parte da família, a figura predominante é a mãe (60%), que se associa às figuras do pai e da avó (40%). Deduz-se, portanto, que há prevalência da genitora na função da *maternagem*, o que foi previamente observado por Winnicott (1971/1975), embora ele pontue que tal função pode ser exercida por qualquer outra pessoa que se responsabilize pela criança.

Analisando os dados coletados sobre esse conceito, verifica-se que o ambiente (mãe) conforme pontua Winnicott (1969/1999b) ou oferece oportunidade para o desenvolvimento da criança ou o impede. Isto se pode observar no processo lento e gradual da aprendizagem verbal da criança com I.C., o que entra em contradição com as expectativas imediatistas dos pais, especialmente da mãe, no exercício da *maternagem*. Soma-se a isto, o trauma sofrido pelos pais ao saber do diagnóstico de deficiência auditiva da criança, de maneira que toda a família é atingida por esta problemática (Costa Filho, Bevilacqua & Amantini, 2005).

Este fato, em si mesmo, pode vir a ser um abalo nos dois fatores que Winnicott (1969/1999b) destaca nas suas contribuições: a *confiabilidade e a previsibilidade* no ambiente familiar.

O que se pode deduzir sobre as famílias estudadas, na visão de Winnicott, é que algumas delas conseguiram ultrapassar o trauma inicial decorrente da notícia do diagnóstico da deficiência auditiva em um dos seus filhos. Buscaram e continuaram participando da reabilitação dele, e outras não.

Algumas entraram em conflito desde cedo, mas acabaram aceitando o I.C. no seu filho, e seguiram não enfrentando os problemas posteriores, desestruturando-se com a deserção paterna. Segundo Winnicott (1969/1999b) há sempre possibilidade de nova organização familiar com a formação de um *suprimento ambiental suficientemente bom*, imprescindível ao saudável desenvolvimento da criança.

O implante coclear pode ser uma alternativa viável se resultar na aderência dos pais e existir a *mãe suficientemente boa* que se responsabilize

pela *maternagem* da criança operada. Ainda de acordo com as ideias de Winnicott, esta qualidade de mãe pode estender-se ao contexto familiar fortalecendo mais ainda o processo interno de crescimento da criança. A mãe, como foi referido, é também responsável por oportunizar o primeiro brincar da criança, a constituição de sua primeira possessão de objeto *não eu*, ou seja, do objeto transacional representado pelo brincar. Esta análise, pelo brincar, considerando a fase da vida das crianças em estudo, é identificado pelo jogo simbólico, dramatizações ou faz de conta, e traduz a realidade vivenciada por elas (Bomtempo,2007).

4.3 – Avaliação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (J.E.B.L)

Este estudo utiliza-se do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn (1989) para poder analisar o dia a dia da criança, junto com o ambiente familiar. Já foi comprovada a eficiência deste jogo com crianças portadoras de I.C. (Magalhães, Pérez-Ramos e outros, 2007).

Seguindo em parte as divisões das cenas propostas pelo próprio Lynn, estas são apresentadas e classificadas em três grupos, a seguir:

I – Eleição de objetos

1A – Dormir: escolha do berço ou cama

1B – Alimentação: escolha da mamadeira ou xícara e copo

4 – Mesa posta para alimentar-se

II – Apoio dos pais à criança

1A – Dormir: escolha do berço ou cama

1B – Alimentação: escolha da mamadeira ou xícara e copo

4 – Mesa posta para alimentar-se

7A – Passeio dos pais

7B – Hospitalização

9 – Ato de dormir

10 – Pesadelo

III – Intercorrências entre os pais e as crianças

5A – Briga entre pares

5B – Repreensão

6 – Interferência da criança na convivência dos pais

Nota-se que algumas cenas (1A, 1B e 4) aparecem em dois grupos por conterem duas das funções descritas.

Tabela 2 – Seleção de Objetos - J.E.B.L.

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

Na primeira cena (1A) observa-se que a maior parte das crianças apresentou provável comportamento regredido, correspondente às condutas de criança menor ao escolher o berço para o boneco dormir. No entanto, nas outras cenas, embora em menor proporção, a escolha se deu nos objetos esperados para a fase de vida da criança. Para complementar as deduções, encontram-se nas três cenas um pequeno número de escolhas nas duas posições. Estes dados conduzem a inferências de variabilidade nas escolhas, tanto as regredidas quanto às próprias da idade, e vice-versa.

No entanto, na outra cena (1B) elas expressaram, em maior frequência, condutas próprias da idade, ao escolher o copo e a xícara para alimentação, aumentando na terceira cena (4) também a posição ao nível da idade.

Este vai-e-vem comprova que as crianças estudadas, no geral, sentem-se inseguras, adotando comportamentos regredidos a estágios onde, possivelmente, encontrariam a segurança de que necessitavam. Depois, escolheram objetos próprios da idade e voltavam à fase anterior. Como exemplifica Winnicott, citando uma criança no livro *O Brincar & a Realidade* (1971/1975), no qual compara a variação do comportamento desta ao movimento das marés, enchentes e vazantes, em que a criança tanto expressa comportamentos regredidos como aqueles de sua idade. Supõe-se que este *vai-e-vem* deva ir diminuindo até estabelecer-se no patamar dos comportamentos próprios da idade, se o ambiente for *suficientemente bom*.

Com respeito ao apoio dos pais, nas cenas como as de alimentação, de dormir, de passeio deles, de hospitalização e de pesadelos, a tabela 3 indica a eleição parental efetuada em cada uma das cenas mencionadas.

Tabela 3 - eleição parental - Apoio - J.L.E.

Pessoas Cenas	Mãe	Pai	Ambos	Total Fr	Total Fr%
1A berço/cama	-	2	8	10	100
1B alimentação	2	1	7	10	100
4 mesa posta	1	1	4	6	60
7A passeio dos pais	-	2	2	4	40
7B hospitalização	1	2	4	7	70
9 ato de dormir	-	1	8	9	90
10 pesadelo	2	1	1	4	40

Nota: as porcentagens são derivadas individualmente, da frequência total com 10, que representa o número de crianças.

A análise da tabela 3 revela que nem todas as cenas foram respondidas na totalidade, devido à desistência parcial de um caso, mas pode-se abstrair conteúdos significativos para este estudo.

Um aspecto que se destaca é a alta frequência de solicitação de ambos os pais no *ato de dormir* (1A e 9). Nota-se que, neste, a criança, no dormir, sente-se só. Nesse sentido, recorre-se a Winnicott (1958/1983b) que analisa a necessidade de determinadas condições para que a criança desenvolva a capacidade de estar só. Ainda segundo o autor, esta capacidade é um dos sinais mais importantes do *amadurecimento emocional da criança*.

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

Em relação à cena referente ao *hospital*, situação presente na vida das crianças estudadas, em sua maioria, estas solicitaram ambos os pais

para enfrentar esta situação que ainda lhes causa ansiedade e medo, necessitando da presença acolhedora dos dois. O mesmo acontece, embora em menor frequência, com a cena de *pesadelo*.

Como síntese da tabela 3, pode-se inferir que estas crianças não desenvolveram ainda a *independência necessária* para o seu viver, aspecto muito focalizado por Winnicott (1965/2001).

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

Tabela 4 – intercorrências entre pais e crianças – J.E.B.L.

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

Da observação da tabela 4, infere-se que nas intercorrências com os pais, alusivas às crianças em questão. Estas os percebem como pessoas repressoras de seus comportamentos. É curioso que, quando a percepção é dirigida a apenas um dos pais, a figura paterna é vista como repressora e a mãe é resguardada dessa situação, isto é, apenas duas (20%) das crianças perceberam a mãe como figura impositora.

Os dados resultantes da aplicação do Jogo Estruturado com Bonecos de Lynn revelam que as crianças, na sua rotina diária, apresentam comportamentos regredidos e em ensaios de vai-e-vem, não apresentando a confiança necessária no ambiente para alcançar e permanecer numa fase mais madura, própria de seu desenvolvimento. Apresentam-se *dependentes* dos pais e ao mesmo tempo os percebem como pessoas *repressoras*. Quando citados pelas crianças, em separado, as percepções delas são *bem diferentes*, como foi explicado anteriormente.

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

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

5 – Conclusões e recomendações

Estas duas unidades são apresentadas em separado.

5.1 – Conclusões

Estas são deduzidas das próprias unidades da pesquisa, uma vez que este estudo limita-se à amostra intencional. Quanto à introdução, é apenas comentada, não sendo incluída no processo das deduções. Optou-se também, por não adicionar nesta unidade, o estudo bibliográfico, comum nas investigações efetuadas no nosso meio, para colocar em destaque a teoria que fundamenta a pesquisa e outros trabalhos que fluem no desenvolvimento desta.

Na presente unidade são sintetizadas as fases do processo evolutivo do trabalho e comentadas as facilidades de sua realização, uma vez que os participantes foram e continuam sendo clientes de um hospital-escola, no qual foi atendida também a observância dos princípios éticos pertinentes.

O objetivo da pesquisa é sintetizado nesta unidade como a principal premissa da qual são deduzidas as demais inferências. Este se refere ao processo de aprendizagem da criança com implante coclear, via lúdico, e também aos deslocamentos da família por conta do tratamento e o relacionamento desta com o próprio filho.

Em relação ao apoio teórico concluiu-se que os participantes (crianças com suas famílias) foram efetivos e motivados agentes que facilitaram, sobremaneira, a interpretação dos dados e também as devolutivas a eles destinadas.

Com respeito à adequação dos instrumentos de pesquisa, conclui-se que a sua efetividade foi demonstrada pelo alcance dos objetivos e pelo ajustamento ao processo da coleta, nos participantes que se mantiveram atentos e colaboradores durante todo o processamento das técnicas a eles aplicadas.

Quanto à entrevista, deduziu-se que os dados obtidos foram de valor, uma vez que, na sua maioria, foram fornecidos pela própria mãe.

Verificou-se como a família recebeu a notícia do diagnóstico da deficiência auditiva e outras informações importantes sobre as condições de vida, as mudanças ocorridas e a própria história contada pela mãe.

Durante a entrevista, a criança não se separou de sua genitora, mas se entretinha com brinquedos à distância. Pode-se observar o vínculo entre elas pela interação entre ambas.

Da observação lúdica participante inferiu-se que esta situação foi oportuna para se verificar o quanto a criança é dependente da sua cuidadora; como brinca, e o valor de sua motivação lúdica ao nível de dramatização, fase própria de simulação, a ser utilizada, futuramente, na integração da avaliação psicológica.

Conclui-se que para sua interpretação contou-se, efetivamente, com as informações obtidas na entrevista e na observação lúdica participante, em função das ideias da Teoria de Winnicott. Com relação a esta técnica, pode-se concluir um positivo ajuste às cenas que compõem o Jogo com a teoria em apreço, deixando para pesquisas congêneres um convite aos autores para o uso do J.E.B.L a fim de comprovar a referida teoria.

Pela discussão e resultados, deduz-se que as crianças, objeto de estudo, na sua maioria apresentou uma personalidade imatura, com frequentes regressões e manifestações de instabilidade e irritabilidade

acompanhadas de vários distúrbios de comportamento. Estes últimos foram derivados, na sua maioria, dos problemas apresentados na linguagem expressiva, com as dificuldades próprias do seu desenvolvimento.

Sua instabilidade, bem como os outros problemas apresentados, puderam ser investigados sob as idéias de Winnicott, o que foi comprovado nas relações efetuadas, principalmente na unidade nº 4.

5.2 - Recomendações

Uma vez que esta pesquisa se ateve à mostra intencional, portanto, sem generalizações, fica para um futuro próximo alcançar este horizonte, mediante amostras estratificadas, oriundas de grandes populações. Assim é que, por informações diretas, o hospital, em referência, registrou, recentemente, mil casos de I.C. Contando com esta população e com o planejamento de estatística indutiva, junto com as questões em aberto resultantes desta pesquisa, poder-se-á alcançar resultado mais preciso e de maior alcance.

Tendo em vista que esta pesquisa estudou exaustivamente dez crianças e seu ambiente e que detectou certos problemas ainda não resolvidos, há necessidade de enriquecer o *follow-up* daquelas com suas respectivas famílias, no hospital onde são atendidas. São oportunas as avaliações periódicas, objetivando verificar o desenvolvimento de cada criança e a evolução do seu meio familiar, se possível no mesmo referencial winnicottiano, como ferramenta comprovada na avaliação e prossecução dos referidos casos.

Sugere-se que as famílias das crianças com essas necessidades especiais, se integrem ao atual movimento de inclusão educacional e social existente no Brasil, podendo contar com o apoio de um hospital de referência no qual são atendidas. Chama-se a atenção das estratégias de acessibilidades, para facilitar o ajustamento das crianças estudadas que, por certo, continuam em reabilitação na instituição citada. Acessibilidades estas, que se iniciam no lar, procurando minimizar ruídos ambientais estranhos que possam prejudicar o aprendiz auditivo, como também brinquedos com sons e vibrações adaptados às necessidades auditivas, que lhe são oferecidos. No ambiente físico do seu lar, considerar ondulações nas paredes para evitar-se ecos ou outros fenômenos de reverberação.

Neste caso, os pais e outros familiares devem ser instruídos no trato com a sua criança, objetivando uma comunicação apropriada que estimule

a aprendizagem verbal e a inter-relação com as outras pessoas do ambiente no qual ela vive. Passa por isto, a sua aceitação com suas diferenças individuais, especialmente quanto às suas limitações verbais e ao uso do componente externo do implante coclear.

Tendo em vista que, para a aceitação desta criança, há, muitas vezes, a exigência de quebra de estigmas e barreiras, faz-se necessário um trabalho de cunho psicológico comprometido com a inclusão familiar, educacional, social e cultural dos meninos com necessidades especiais, como os aludidos.

Neste caso, sugere-se que o hospital em referência, através do Centro de Pesquisas Audiológicas, promova cursos pontuais, presenciais ou à distância, de aperfeiçoamento aos profissionais que atendem essas crianças e suas famílias. Tais iniciativas devem ser extensíveis as instituições escolares, com um programa de apoio, principalmente naqueles Estados dos quais as crianças provêm. Tal recomendação tem sua viabilidade, no hospital em questão, uma vez que é escola e proporciona cursos de aperfeiçoamento e de especialização, entre outros, possuindo profissionais especializados e qualificados para operacionalizar estas recomendações.

Quanto à aceitação da criança com suas limitações, por sua família, pode-se motivar esta última a proporcionar *segurança/ confiabilidade/ previsibilidade* no ambiente doméstico do qual aquela necessita para a integração do seu *próprio eu (self)* e, conseqüentemente, o alcance de um adequado desenvolvimento. Nesta linha de pensamento, prioriza-se a aplicação de determinados conceitos de Winnicott, que ressaltam a importância de acolhimento, calor e afeto, entre outras coisas que as crianças necessitam para seu desenvolvimento. Tais conceitos e outros foram comprovados por esta pesquisa, cujos autores fazem um chamado aos profissionais em sua prática, em suas publicações e/ou na sua docência, que divulguem as conclusões deste trabalho e também certos aspectos pouco conhecidos no Brasil, como controle metodológico e o uso de jogo (J.E.B.L.) sumamente atrativo, em especial àquelas com deficiências auditivas, porque o brinquedo fala em lugar das palavras.

Das conclusões obtidas por este trabalho, decorrem práticas estratégicas sobre a devida inclusão destas crianças tanto no contexto familiar, quanto nas instituições escolares, em especial às referentes em educação infantil.

Acrescenta-se, para estas como exemplo, a localização da criança próxima da professora, se possível na altura de sua emissão de voz, nas classes onde tais meninos frequentam ou irão frequentar.

Um ensino individualizado é imprescindível para a integração de crianças como estas, na aprendizagem escolar comum, atendo-se mais as suas habilidades do que as suas limitações. Nestes casos, a integração não somente inclui o professor, como as autoridades de ensino, outros funcionários da escola e principalmente, os alunos e pais daquela e de outras tidas como comuns.

Referências

- Bomtempo, E. (2007). Brincar, fantasiar, criar e aprender. In V. B. Oliveira (Org.), *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos* (8a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bomtempo, E.; Antunha, E.G. & Oliveira, V.B. (2006) *Brincando na escola, no hospital, na rua...* Rio de Janeiro: Wak.
- Costa Filho, O.A.; Bevilacqua, M.C. & Amantini (2005) in Bevilacqua, M.C. & Moret, A.L. *Deficiência auditiva*. Conversando com familiares e profissionais da Saúde. São José dos Campos: Pulso.
- Khan, M. M. R. (2001) Introdução por M. Masud R. Khan. In D. W. Winnicott, *Holding e Interpretação* São Paulo: Martins Fontes. *Anotações clínicas sobre perturbações na infância*, 1931, (S. M. T. M. de Barros trad, pp. 1-25).
- Kubler-Ross, E. (1996) *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Lipp, M.E.N. (2007). Transtorno da Adaptação. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*. A. XXVII, (1/07), p. 72-82.
- Lynn, D. (1989) *Structured doll play* (SDP): California (Tradução e Adaptação por Perez-Ramos) .
- Magalhães, A.M.M; Pérez-Ramos, A.M.Q.; Neme, C.M.B. & Yamada, M.O. (2007). O desenvolvimento socioemocional de crianças surdas com implante coclear. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, ano XXVII, n. 02, 2007, p. 83-112.
- Winnicott, D.W. (1975) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago (trad. por José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre, do original *Playing and Reality*, 1971).

- Winnicott, D. W. (1983a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1960, I. C. S. Ortiz, trad.).
- Winnicott, D. W. (1983b). A capacidade para estar só. Em D.W. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (1983c). A integração do ego no desenvolvimento da criança. Em D.W. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p.55-61). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1962).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (1999a). Dizer não. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp.27-48). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1960, A. Cabral, trad.).
- Winnicott, D. W. (1999b). A construção da confiança. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp.139-152). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1969, A. Cabral, trad.).
- Winnicott, D. W. (1999c). Educação para a saúde através do rádio. In D. W. Winnicott, *Conversando com os pais* (pp.1-7). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1957, A. Cabral, trad.).
- Winnicott, D. W. (2000a). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp.316-331). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Original publicado em 1951, D. Bogomoletz, trad).
- Winnicott, D. W. (2000b). A defesa maníaca. In D. W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp.199-217). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Originalmente publicada em 1935).
- Winnicott, D.W. (2000c). Ansiedade associada à insegurança. In D.W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (pp 163-167). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Originalmente publicada em 1952).
- Winnicott, D.W. (2001) *Família e desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes (trad. por M.B. Cipolla, do original: *The Family and Individual development*, 1965).

Recebido em: 17/02/2012 / Aceito em: 14/03/2012.