PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM FONOAUDIOLOGIA
LINGUAGEM, CORPO E PSIQUISMO.

ALINE GARRIDO

ARTICULAÇÕES ENTRE LINGUAGEM, CORPO E PSIQUISMO EM CRIANÇAS SURDAS EM DECORRÊNCIA DE MENINGITE BACTERIANA: ESTUDO DE DOIS CASOS CLÍNICOS.

PUC-SP
2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM FONOAUDIOLOGIA
LINGUAGEM, CORPO E PSIQUISMO.

ALINE GARRIDO

ARTICULAÇÕES ENTRE LINGUAGEM, CORPO E PSIQUISMO EM CRIANÇAS SURDAS EM DECORRÊNCIA DE MENINGITE BACTERIANA: ESTUDO DE DOIS CASOS CLÍNICOS.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profª Drª Maria Claudia Cunha.

PUC-SP
2007

Dedicatória

...para meu avô, por seu amor e amizade incondicionais

Agradecimentos

À CAPES pela Bolsa concedida,

À Profª Drª Maria Claudia Cunha pela dedicação e orientação ímpares,

À Banca Examinadora pela leitura, interesse e disponibilidade,

À Fernanda, parceria da qual surgiu uma amizade que escuta e acolhe,

À Juliana pelo apoio,

À minha mãe, Fábio e Paty, Vó Nilza e Vó Dete, Isaac e familiares pelo afeto,

À Deus por tudo que tens feito em minha vida, por tudo que és para mim.

RESUMO

Introdução: Neste trabalho, a interlocução entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise delimitou a perspectiva de investigação: a relação entre linguagem e psiquismo nas crianças surdas que sofreram golpes orgânicos precoces. É nessa perspectiva que a surdez como seqüela do acometimento por meningite bacteriana foi analisada, já que o foco, a partir da experiência clínica, foram os possíveis efeitos de tal quadro clínico no funcionamento simbólico desses sujeitos. Frente ao risco e às marcas permanentes da doença, tanto o esquema corporal como a imagem inconsciente do corpo das crianças fragilizam-se (Dolto, 2004) e, tal condição, é potencializada pela hospitalização (Golse, 2003). **Objetivo:** analisar os efeitos do processo de adoecimento precoce por meningite bacteriana, no funcionamento psíquico e de linguagem oral de crianças surdas **Método:** pesquisa de natureza clínico-qualitativa, desenvolvida através do estudo de dois casos clínicos, João e Bela, que foram acometidos por meningite bacteriana respectivamente com 1:6 e 1 ano de idades tendo, ambos, adquirido surdez profunda bilateral como seqüela. A interpretação do material clínico, sistematizado através de registros escritos e da memória da pesquisadora, foi baseada em dois eixos: o funcionamento da linguagem e o funcionamento psíquico. **Resultados:** Os transtornos de linguagem apresentados pelas crianças não se justificavam, exclusivamente, pelo déficit sensorial auditivo. Com base na premissa de que linguagem e o psiquismo afetam-se mutuamente (Cunha, 2004), foi possível observar que, a medida em que a linguagem das crianças evoluía, facilitava-se a constituição subjetiva das mesmas. A re- significação das crianças frente à família enlutada, permitiu deslocá-las do lugar de doentes para o de interlocutores; o que favoreceu a elaboração de conflitos e a redução do sofrimento psíquico de ambos. **Conclusões:** Os estudos de caso confirmaram a proposição inicial desta pesquisa e também foi possível estabelecer a relação entre precocidade do acometimento e agravamento do prognóstico de linguagem e psíquico. Em ambos os casos a única seqüela orgânica da meningite foi a surdez, contudo as seqüelas simbólicas foram intensas e articuladas aos afastamentos físicos e simbólicos, entre as crianças e seus familiares. Tais afastamentos, aliados a comunicação do diagnóstico da doença, geraram o luto antecipado no imaginário familiar. Assim, diante de um fato orgânico tão contundente, sugere-se que os fonoaudiólogos retomem, com o paciente e seus familiares, os conteúdos subjetivos da história clínica desde o período de adoecimento; de tal forma que a etiologia da surdez (no caso, a meningite bacteriana) seja abordada em sua dimensão bio-psíquica, na singularidade de cada caso clínico particular.

ABSTRACT

Introduction: In this work, the articulation between Speech Teraphy and the Psychoanalysis delimited the inquiry perspective: the relation between language and psyquism in the deaf children who had suffered precocious organic blows. It is in this perspective that the deafness as sequel of the bacterial meningitis was analyzed, since the focus, from the clinical experience, had been the possible effect of such clinical picture in the symbolic functioning of these citizens. Front to the risk and the permanent marks of the illness, as much the corporal project as the unconscious image of the body, of these children, got weak (Dolto, 2004) and, such condition, was incresead by the hospitalization (Golse, 2003). **Aim**: to analyze the effect of the process of precocious illness, for bacterial meningitis, in the psychic functioning and of verbal language of deaf children **Method:** research of physician-qualitative nature, developed through the study of two clinical cases, João and Bela, that had respectively been sick by bacterial meningitis with 1:6 and 1 year of ages having, both, acquired bilateral deep deafness as sequel. The interpretation of the clinical material, systemize through written registers and of the memory of the researcher, was based on two axles: the functioning of the language and the psychic functioning. **Results:** The language disturbs, presented for the participant children of the studies of cases, were not justified, exclusively, for the auditory sensorial deficit. On the basis of the premise of that language and the psyquism is lended affected (Cunha, 2004), were possible to observe that the measure where the language of the children evolves, facilitated subjective constitution to it of the same ones. A new look for these children and family allowed to dislocate them of the place of the illness for the one of interlocutors. When assuming autonomy and breaking of listening and intervention in these two levels these children had improved its familiar, interpersonal relations and the corporal position. **Conclusions:** The case studies had confirmed the initial proposal of this research; also it was possible to establish the relation between precocious of the illness and aggravation of the psychic prognostic of language and; in both the cases the only organic sequel of the meningitis was the deafness, the symbolic sequels had been the main target of study, this because, in the studied cases, physical and symbolic removals had occurred, between the children and its familiar ones, that, allies the communication of the illness, had generated fight it anticipated in imaginary the familiar one; thus, ahead of a so forceful organic fact, one suggests that the therapists retake, with the patient and its familiar ones, the subjective contents of clinical history since the period of illness; the etiology of the deafness (in the case, the bacterial meningitis) was boarded in its bio-psychic dimension, leaving marks on the language, in the singularity of each particular clinical case.

Abreviações

AASI – aparelho de amplificação sonora individual
FSC – fluxo sanguineo cerebral
EC – esquema corporal
IC – implante coclear
IIC – imagem inconsciente do corpo
LIBRAS – língua brasileira de sinais
SNC – sistema nervoso central

S U M Á R I O

	Introdução	**1**
CAPÍTULO 1	**Por que a meningite bacteriana? Aspectos bio – psíquicos da doença**	**6**
CAPÍTULO 2	**Uma página comum às histórias: as hospitalizações**	**11**
CAPÍTULO 3	**Os afastamentos simbólicos: implicações na linguagem e psiquismo da criança surda**	**14**
CAPÍTULO 4	**Linguagem, psiquismo e surdez: concepções e implicações para o método clínico fonoaudiológico**	**17**
CAPÍTULO 5	**Fonoaudiologia e Psicanálise: viabilização metodológica da pesquisa**	**25**
CAPÍTULO 6	**Bela**	**28**
CAPÍTULO 7	**João**	**37**
	Considerações finais	**52**
	Referências bibliográficas	**54**
	Anexos	
	Exames audiológicos dos pacientes	**58**
	Consentimento informado aos pais	**63**

INTRODUÇÃO

O início de minha formação em Fonoaudiologia foi motivado pelo fato de meu irmão caçula, hoje adulto, ter sido acometido por meningite bacteriana aos três meses de vida e, em virtude disto, ter perdido a audição.

Durante a graduação tive o olhar e a escuta voltados para as questões transcendentes à seqüela auditiva especialmente nesses casos. O funcionamento psíquico e de linguagem oral dos pacientes que atendia, nessas condições, me interrogavam. Desde aquele período, permaneço atendendo crianças e adolescentes surdos, incluindo os que perderam a audição por seqüela de meningite bacteriana.

Com base na experiência clínica observou-se, que muitas crianças surdas com históricos de meningite bacteriana chegam aos consultórios fonoaudiológicos e instituições especializadas com queixas de outros problemas associados: não se equilibram, não controlam esfíncteres, demoram a sentar, a andar e a alimentarem-se adequadamente. Nos seus prontuários, as informações são taxativas, embora imprecisas: “diagnóstico em aberto”, “criança hiperativa”, “criança não cooperou no exame”, “possível deficiência mental”, “não desenvolve a fala”, “não apresenta evolução”.

Vários são os estudos disponíveis na literatura acerca das seqüelas (na linguagem oral e escrita, cognitivas, psíquicas e comportamentais), a curto e longo prazo, em sujeitos com histórico de meningite bacteriana, além da surdez, a saber:

Pentland et al (2000) concluíram que as crianças com uma história de meningite bacteriana poderiam ser consideradas crianças de risco para a aquisição da linguagem oral, sendo que o acometimento da doença em idade precoce é um fator de risco adicional para ocorrência de tal dificuldade.

Merlkelbach (2000) estudou crianças em idade escolar com histórico de meningite bacteriana e encontrou prejuízos na concentração, capacidade viso-construtiva e funções de memória.

Grinwood et al (2001) e Merlkelbach (2000) encontraram déficits cognitivos e intelectuais em adultos com histórico de meningite bacteriana na infância.

Halket et al (2003) destacaram a relação entre os problemas comportamentais na adolescência com o quadro de meningite na infância.

Anderson et al (2004) identificaram déficits na memória e aprendizagem impedindo a aquisição normal da habilidade de leitura e do conhecimento verbal, além de déficits cognitivos.

Koomen et al (2004) caracterizaram os prejuízos neuro-psico-sociais subjacentes às limitações acadêmicos e comportamentais em um terço das crianças em idade escolar da amostra pesquisada.

Contudo, neste trabalho, a interlocução entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise delimitou uma outra perspectiva de investigação: a relação entre linguagem e psiquismo nas crianças surdas que sofreram golpes orgânicos precoces. Nesta perspectiva que a surdez como seqüela pós – meningite bacteriana foi analisada, já que o foco, a partir da experiência clínica, foram os possíveis efeitos de tal quadro clínico no funcionamento simbólico desses sujeitos.

Nas crianças pequenas, os sintomas corporais decorrentes da meningite bacteriana são: febres, dores de cabeça e aquelas decorrentes da hipersensibilidade das terminações nervosas. Do ponto de vista orgânico, tal hipersensibilidade ocorre em virtude das alterações na síndrome radicular, como expõe Santos (1992). Segundo a autora, a redução do estiramento das terminações nervosas pode aliviar, principalmente, a dor decorrente da encefalite.

A meu ver, esta condição dolorosa das terminações nervosas poderia colocar a criança numa posição de exclusão: a princípio do toque e, na seqüência, do contato com outro e, dessa forma, imprimir-lhe, além de efeitos orgânicos, também efeitos simbólicos.

A posição fetal, comumente observada nesses casos, que visa aliviar a dor física, pode ser interpretada (pelos pais e equipe profissional) como uma limitação ao toque. Conseqüentemente, as crianças doentes tendem a não serem tocadas, ficam isoladas em hospitais, muitas vezes, sem a presença materna. Os relatos dos pais tendem a reduzir-se às informações médicas sobre a patologia, e não sobre o filho. Esta parece ser uma estratégia utilizada por muitos pais que passam por situações de hospitalização com seus filhos, para poderem dar conta da demanda que se configurou, repentinamente, em suas vidas, de acordo com Birkman (2003).

Nesse sentido, são relevantes os trabalhos publicados por enfermeiros sobre a situação de hospitalização de crianças. Segundo Lima, Rocha & Scochi (1999) trazer a mãe para a enfermaria não é uma tarefa fácil, pois implica que o trabalho dos enfermeiros seja reformulado em termos teóricos e práticos. Segundo as autoras, a medicina clínica, por meio de diagnóstico e terapia, ocupa-se das necessidades do corpo biológico, enquanto que o brincar, a autonomia, o vínculo e a troca de afetos não são valorizadas como estruturantes dessa criança.

Segundo as pesquisadoras, na maior parte das vezes, os pais são imbuídos de fazeres que são da ordem do profissional, como a limpeza de sondas e a verificação da alimentação nutritiva; entre outros procedimentos. Mas, outorgar-lhes tais atividades não implica que os impactos psíquicos da internação serão abrandados, apesar do sistema de alojamento conjunto pediátrico, por exemplo, ser uma estratégia que possibilita a redução do estresse emocional da criança e da família, além de reduzir a incidência de infecções (pela redução da fragilidade psíquica da criança) e diminuir o tempo de internação.

Moreira & Dupas (2003) buscaram compreender os significados que as crianças, na faixa etária de 7 a 12 anos, atribuem à saúde e à doença. Comparando dois grupos, crianças em ambiente escolar e crianças hospitalizadas, utilizaram-se de entrevistas semi-estruturadas cujos conteúdos foram analisados qualitativamente. Desta forma, concluíram que em ambos os grupos, a concepção de saúde é semelhante e está relacionada à liberdade, à facilidade na execução de atividades e é associada aos cuidados higiênicos e a hábitos considerados saudáveis com o

corpo. As crianças hospitalizadas, em particular, preocupam-se com as mudanças que ocorreram em seus corpos e suas respostas merecem destaque no que se refere a paralelos interessantes com a Fonoaudiologia: em seus discursos estar doente implica comer mal e falar menos.

Quanto ao valor da palavra e acerca do nascimento do sujeito, Jerusalinsky (2004), afirmou que o que é dito sobre o bebê, sobre sua condição e seu futuro, pode implicar variações no desenvolvimento da criança. Segundo o autor, o discurso parental e a criança acometida por doença grave se apresentam com uma demanda ambígua para o clínico: por um lado solicitam que se repare o que não funciona no organismo dessa criança e, por outro, demandam que se abram caminhos para que o desejo desse bebê seja valorizado. O autor prossegue afirmando que concepções tradicionais de clínica, influenciadas pela Medicina, entendem o desenvolvimento infantil numa dimensão fragmentária – *precisamente o que se desenvolve são as funções e não o sujeito* (Jerusalinsky,op.cit, 2004, p 23). E contestou tal abordagem, argumentando que os sistemas motor, perceptivo e fonatório, entre outros, representam o corpo; mas é da dimensão psíquica, no campo da linguagem, a tarefa de organizá-los. Assim, por exemplo, o tônus muscular não depende estritamente de funções neurofisiológicas íntegras, mas, também, do tipo de tratamento que se confere aos estímulos internos da criança. Também são exemplos de tal circunstância: os transtornos alimentares, excrementícios, mictórios ou febres, taxados como idiopáticos, mas que, por outro lado, parecem refletir determinações simbólicas.

Frente ao risco e às marcas permanentes da doença, tanto o esquema corporal como a imagem inconsciente do corpo[1] dessas crianças encontram-se fragilizados (para elas e para seus pais), o que produz efeitos psíquicos negativos.

O corpo da criança precisa ser investido de afetos, o que pode não acontecer efetivamente em virtude dos afastamentos, corporal e afetivo nas hospitalizações

[1] Esses conceitos foram propostos por Dolto (2004). Segundo a autora o esquema corporal é aquilo que é comum a qualquer humano, ou seja, seu corpo, resguardadas as variações decorrentes de idade cronológica e sexo dos sujeitos de forma ampla. A imagem inconsciente do corpo refere-se, diferente e complementarmente às nossas histórias singulares, às experiências emocionais narcísicas

conforme refere Golse (2003). O autor complementa ainda que essas situações são dolorosas e colocam a criança à mercê de influências carenciais, tanto qualitativas quanto quantitativas, em função das problemáticas depressivas dos pais.

A partir dos argumentos expostos, o objetivo dessa pesquisa é o de analisar os efeitos do processo de adoecimento precoce, por meningite bacteriana, no funcionamento psíquico e de linguagem oral de crianças surdas.

No primeiro capítulo, justificou-se uma das particularidades desta pesquisa: o estudo da constituição psíquica de crianças surdas que foram acometidas por meningite bacteriana, especificamente. Em seguida, trataremos das situações de hospitalizações traumáticas, às quais essas crianças são submetidas a partir do evento patológico, e os seus efeitos na constituição psíquica e de linguagem das mesmas. Para tal, foram utilizados, principalmente, textos dos campos da enfermagem e da psicanálise. O terceiro capítulo complementou e aprofundou a temática dos afastamentos físico e simbólico introduzida no capítulo anterior. O eixo argumentativo, desse capítulo, admite o outro como elo na relação linguagem e psiquismo na constituição na criança surda. No capítulo quatro, foram explicitadas as concepções de linguagem, psiquismo e surdez que sustentaram a análise dos casos clínicos apresentados nos capítulos seis e sete, de Bela e João, respectivamente.

---

e inter-relacionais. A autora afirma que só seremos capazes de nos comunicar quando o a relação

CAPÍTULO 1
Por que a meningite?
Aspectos bio - psíquicos da doença

Refletir sobre as implicações bio-psíquicas do acometimento por meningite bacteriana na constituição das crianças surdas é o tema específico deste capítulo. Para isso, foram feitas referências acerca das características biológicas da meningite e do processo de adoecimento em crianças. A partir disto discutiu-se o agravamento dos riscos para disfunções psíquicas subseqüentes a esta condição clínica, caracterizada pela precocidade do acometimento, pelo grau de expectativa em relação ao prognóstico e pela hospitalização prolongada.

1.1 Aspectos Biológicos

Barsanti e Barsanti (2000) reforçaram que as crianças com idade inferior a cinco anos, particularmente aquelas entre 6 e 12 meses de idade, são as que mais sofrem o acometimento por meningite.

Para Anjos et al (2004) a surdez pode ser considerada uma das principais manifestações tardias das meningites. Segundo os autores, isto ocorre principalmente se a doença assolar a criança nos dois primeiros anos de vida.

Segundo Faria e Farhat (1999) as meningites bacterianas são caracterizadas por processo inflamatório do espaço subaracnóideo e das membranas leptomeníngeas (aracnóide e pia-máter) envoltórias do encéfalo e da medula espinhal. Para esses autores, o processo inflamatório pode ter início com a colonização da mucosa da nasofaringe. Assim, a meningite pode ser conseqüência da invasão bacteriana a partir de um foco de infecção contíguo ao Sistema Nervoso Central (SNC), por exemplo, mastoidite, sinusite e / ou otite média.

---

entre o esquema corporal e a imagem inconsciente do corpo se der efetiva e concomitantemente.

Após a invasão da mucosa da nasofaringe, as bactérias entram no espaço intravascular e necessitam vencer outras barreiras do hospedeiro antes de penetrar no SNC. A bactéria, em função de sua composição, possui habilidade de sobreviver na circulação devido a propriedades antifagocitárias que evitam as defesas do hospedeiro.

À medida que a infecção progride, a auto-regulação vascular do SNC se perde, tornando o fluxo sangüíneo cerebral (FSC) diretamente dependente da pressão arterial sistêmica, de maneira que, a hipotensão sistêmica ocasiona redução do FSC e isquemia tecidual. Vasculite e fenômenos trombóticos também presentes nas meningites bacterianas podem levar a áreas de infarto isquêmico, reduzindo ainda mais o FSC. A interação de todos esses eventos pode culminar em dano cerebral focal ou difuso e irreversível. Nos casos de meningococemia, com ou sem comprometimento do SNC, o início é brusco apresentando febre, calafrios, mal-estar e prostração, podendo evoluir com quadros de manifestação cutânea (petéquias, púrpuras e/ ou extensas sufusões hemorrágicas), associados aos distúrbios de coagulação e à síndrome de Waterhouse-Friderichsen[2].

Os sinais clínicos em crianças, em geral, caracterizam-se por o aumento da pressão intracraniana e por cefaléia na criança maior. Em lactentes traduz-se por abaulamento da fontanela anterior e diástese de suturas. Em recém-nascidos, os sinais e sintomas de meningite confundem-se com os da sepse e outras enfermidades que ocorrem no período neonatal, por isso a dificuldade diagnóstica: instabilidade térmica (hipo/hipertermia), dificuldade respiratória, letargia, recusa alimentar, icterícia, vômitos associados aos sinais meníngeos.

Alterações da consciência variando desde obnubilação até o coma podem manifestar-se em qualquer faixa etária. Os sinais neurológicos focais quando manifestos no momento do diagnóstico, podem indicar pior prognóstico da doença, um exemplo destes sinais são as convulsões relatadas em até 20 a 30% das

crianças com meningite bacteriana na admissão e nos primeiros dias de hospitalização, segundo Krebs et al (2000). Os mesmos pesquisadores relataram que o comprometimento do sistema nervoso central ocorre por via hematogênica, isto é, a meningite ocorre em conseqüência a bacteremia e que mortalidade se mantém elevada, entre 17% e 22% dos casos. Sobre as alterações neurológicas após a doença, afirmaram que estas podem ser observadas já no momento da alta hospitalar. Em pacientes com hidrocefalia, no início da idade escolar, podem aparecer deficiências no desempenho intelectual.

Sendo assim, a meningite bacteriana é uma das principais causas de surdez adquirida após o nascimento. A perda auditiva provavelmente ocorre no início da doença, durante a fase de bacteremia, antes que se evidenciem os sinais e sintomas clínicos. A lesão parece ser determinada pela disseminação de bactérias ou toxinas bacterianas através do aqueduto coclear ou conduto auditivo interno, levando à labirintite supurativa e/ou neurite do oitavo par craniano. Também podem estar envolvidas no processo a tromboflebite séptica ou embolia dos pequenos vasos que suprem o ouvido interno e a lesão hipóxica do oitavo nervo ou das vias auditivas centrais devido à infecção e ao aumento da pressão intracraniana. Os mesmos autores referem, ainda, que as seqüelas tardias observadas em 55 recém-nascidos de termo, acompanhados durante um tempo médio de cinco anos após a alta hospitalar foram: atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (58%), hidrocefalia (45%), convulsões (34%), alterações visuais (31%) e deficiência auditiva (28%). As alterações motoras ocorreram em 24% das crianças, sob a forma de tetraplegia, hemiparesia, diplegia ou ataxia. Complementando, Faria e Farhat (op.cit, 1999) apontaram que a freqüência das seqüelas em geral é alta, mantendo-se entre 15% e 68%.

Nestas pesquisas expõe-se o caráter organicamente destrutivo da meningite. Porém, o entendimento do processo fisiológico da doença, no presente estudo, é necessário, mas não suficiente, já que se partiu do pressuposto de que tal condição

---

[2] A síndrome de Waterhouse-Friderichsen é um choque séptico fulminante causado freqüentemente por meningococos muito virulentos, mas também por outras bactérias. Há septicemia, lesão generalizada do endotélio e coagulação intravascular disseminada.

clínica, ao atingir o corpo causando degeneração e dor física também gera sofrimento psíquico, o qual influenciará na dinâmica libidinal que constitui a criança.

1.2 Aspectos Psíquicos

Segundo Golse (2003) quanto mais novo o bebê, menos diferenciado psíquica e organicamente ele é. Nesse sentido, quando a díade mãe-bebê, antes saudável, é interrompida pela depressão materna ou outro episódio traumático, a relação entre o par é desvitalizada, despontando uma separação dos afetos. O autor descreveu o fenômeno de luto antecipado, que pode ocorrer em situações em que o prognóstico e o risco ameaçam a vida da criança. Assim, tal ameaça não é colocada somente pela dimensão orgânica, já que existe a redução do investimento afetivo dos pais na criança, contribuindo com descontinuidades interativas importantes.

Estudar os efeitos dos golpes orgânicos precoces na constituição e no desenvolvimento de linguagem das crianças surdas em decorrência de meningite bacteriana justifica-se pela natureza devastadora dessa patologia. O corpo do sujeito submete-se a condição de hipo/hipertermia, dificuldades respiratórias, letargia, recusa alimentar, icterícia, vômitos e alterações da consciência. Por sua vez, culturalmente a meningite bacteriana parece atrelada à idéia de morte. (Santos, 1992 e 1994).

Nessa perspectiva, da indissociabilidade bio-psiquica, a valorização/compreensão da história de vida das crianças acometidas por meningite bacteriana é fundamental. O corpo afetado pela infecção é “tomado pela bactéria” que deixa o sujeito sem defesa. Berlinck (2000) afirmou que a constituição do psiquismo é intrínseca ao desenvolvimento das imunidades das crianças. Portanto, quando o corpo é afetado pela bactéria, a criança perde defesas orgânicas e psíquicas.

A situação dolorosa, a qual a meningite submete essas crianças nos remete aos dizeres de Dolto (2004), sobre o fato da precocidade dos golpes orgânicos influenciarem negativamente a formação da imagem inconsciente do corpo (IIC). Para a autora, a IIC, (op. cit, 2004) media as três instâncias do aparelho psíquico (id, ego e superego) propostas por Freud. As evidências disto, segundo ela, estão nas atividades lúdicas das crianças, (como os desenhos) que refletem os conflitos entre essas instâncias. A importância da IIC, também na clínica fonoaudiológica, reside no fato de que, ao avaliá-la, podemos reconhecer os fantasmas vividos pelas crianças quando ainda não são capazes de dizê-los com palavras.

Ainda, segundo Dolto (op.cit, 2004), a IIC é dada pela relação com o esquema corporal. É nesse sentido que a autora afirmou que esses golpes orgânicos precoces sobre o esquema corporal (EC) podem afetar IIC. Assim, tão precoces quanto os golpes são os desejos que ainda se confundem com os do outro, isto é, aquele que lhe significa o mundo. Em outras palavras, as representações dos pais sobre seus filhos, modelam e marcam afetivamente os corpos dessas crianças.

Nessa perspectiva, crianças surdas em decorrência de meningite bacteriana, tiveram o esquema corporal afetado precocemente por uma patologia dolorosa que, lhe deixaram marcas orgânicas (dentre elas, a surdez) e psíquicas. Conseqüentemente, a IIC dessas crianças pode apresentar-se abalada comprometendo o funcionamento psíquico subseqüente.

Assim, quando um padecimento orgânico recai sobre uma criança, no caso, precocemente, esta sofre, no corpo biológico, a dor física, mas, também as implicações psíquicas e suas relações com a aquisição de linguagem, pois como afirma Dolto (op.cit, 2002, p 25): *Na ausência de linguagem, o corpo produz sintoma*.

CAPÍTULO 2
Uma página comum às histórias: as hospitalizações

A questão das hospitalizações de crianças foi amplamente estudada no campo da enfermagem. Para Mitre (2004), qualquer hospitalização prolongada na infância configura-se como uma experiência traumática, pois obriga a criança ausentar-se de sua rotina e do ambiente familiar; além de confrontar-se com a dor, a limitação física e a passividade.

Motta e Enumo (2004) acrescentaram que as hospitalizações afetam o desenvolvimento infantil e que, se prolongadas, promovem ainda mais prejuízos, pois a cultura hospitalar tende a reforçar atitudes depressivas na criança.

Nessa linha, sugere-se com Pettengill (2005) que o desenvolvimento psíquico e de linguagem são afetados por esses eventos. A autora estudou 12 famílias que viveram a doença e a hospitalização de um filho e acabou por concluir que essas famílias, nessas situações, passaram a ser alocadas em um lugar de vulnerabilidade e revivem histórias traumáticas anteriormente vividas. Percebendo a situação de risco (real ou imaginário), passaram a viver na incerteza, na espera do desconhecido. A autora também somou a esse contexto, os conflitos interacionais com a equipe profissional que, com freqüência, destitui a família de cuidados com a criança. Assim, afirmou que a hospitalização promove o afastamento físico e emocional entre a família e a criança doente.

Ainda sobre os afastamentos, Morgon (2004) referiu o desequilíbrio na estrutura familiar provocada pela hospitalização por doença grave ou inesperada. A

UTI, como ambiente agressivo e invasivo, expõe a criança ao risco de morte, a necessidade de rotina dinâmica e rápida, ausência de iluminação natural e ambiente ruidoso. E, frente ao risco, a família encontra-se imersa na incerteza.

Ao ser hospitalizada, a criança está exposta a uma condição duplamente problemática, já que, ao ser hospitalizada a criança encontra-se “duplamente doente”, pois, além da patologia física, sofre pela própria hospitalização. E, dependendo de como esse processo é vivido, ele deixará marcas em sua saúde mental. (Morgon,op.cit,2004)

Essas considerações corroboram o que dizem Ribeiro e Ângelo (2005) em um estudo sobre o significado da hospitalização para crianças na idade pré-escolar (3 a 6 a).

Também os estudos psicanalíticos indagam sobre os efeitos subseqüentes das hospitalizações e experiências traumáticas sobre o desenvolvimento de linguagem. A égide psicanalítica de que o desejo materno constitui a criança nos permite afirmar que, em virtude das privações e afastamentos, o investimento libidinal e na linguagem encontrar-se-ão em defasagem.

Diante do risco e da gravidade do prognóstico das doenças, Golse (2003) afirmou que as separações por hospitalização podem gerar luto antecipado. O investimento e o interesse direcionado a criança sofrem afrouxamento ou abandono psíquico, em função do prognóstico de vida da criança estar ameaçado. Muitos pais, em defesa, deixam as crianças, antes que sejam deixados por elas. A criança sente este desinvestimento e corre o risco de deprimir-se.

Segundo o mesmo autor, experiências carenciais podem ser observadas em situações de hospitalização típica, reforçando condutas de abandono materno, inclusive, no intuito de preservar o bebê.

Prosseguindo em seu texto, diz que quando se tem a díade mãe-filho bem estabelecida e ocorre um corte abrupto nesta relação, pode ocorrer a desvitatalização da ligação entre o par. Nos fenômenos de luto antecipado, gerados por situações como essas, a mãe não se ocupa materialmente de seu bebê. Esse passa, então, a buscá-la utilizando-se dos meios corporais que estão disponíveis à sua volta. Se o bebê falhar nessa busca é possível observamos indiferença, lentidão motora, diminuição interativa e somatizações. Em crianças mais velhas, os sintomas comumente manifestos são: instabilidades motoras, faltas de continência, desorganização somática e retardo do crescimento.

Por fim, as questões centrais das hospitalizações, na literatura em geral, referem-se ao afastamento da criança do ambiente doméstico e a fragilização do vínculo estabelecido entre ela e sua mãe. (Junqueira, 2003).

No caso das hospitalizações por meningite bacteriana ocorridas precocemente, as crianças, passam por períodos prolongados de internação. A severidade da doença, a possibilidade do contágio e a dor ao toque provocam um distanciamento físico entre a criança e sua família. Especialmente a dor ao toque, provocada pela hipersensibilidade das terminações nervosas que submetem a criança à posição fetal, de reclusão.

Nas entrevistas que realizei, ao longo de meu percurso com familiares que passaram por este tipo de experiência, pude observar que seus discursos refletiam o afastamento físico e simbólico insuflados pela doença*:* “não tinham mais onde o furarem para colocar soro ou medicação, ele não deixava; eu quase não o via e quando podia vê-lo ele estava dormindo, em coma induzido ou repleto de fios; era impossível chegar perto e pegá-lo no colo; eu olhava de longe, não fazia barulho para não acordá-lo, se acordava ,doía mais, pois, se agitava; não ouvi mais sua voz, nem mesmo um gemido durante toda a internação, ele ficou mudo e só olhava fixamente para o nada”.

Essas crianças encontraram-se, distanciadas do corpo da mãe (lócus do desejo constitutivo da criança) e, conseqüentemente do seu discurso. A situação

agravava-se quando, a seqüela auditiva era diagnosticada nesses casos. Repentinamente, com o impacto do diagnóstico deixavam de ocupar o lugar de interlocutores que alçavam, estando em pleno desenvolvimento de linguagem. Assim, como engendrar o desejo da mãe no corpo de uma criança que ficou surda repentinamente, seja pela via da linguagem oral ou pelo toque? Há um impasse físico e simbólico: não há entrada para o desejo materno a não ser a sua presença física, nesse momento.

CAPÍTULO 3

Os afastamentos simbólicos: implicações na linguagem e psiquismo da criança surda

Novaes e Balieiro (2004), discutiram o desenvolvimento e a terapia de linguagem da criança surda enfatizando o diálogo adulto - criança como estrutura de análise, sugerindo que *o adulto insere a criança na linguagem, assumindo papel de intérprete na situação discursiva* (op.cit, p773).

Segundo as autoras, os objetivos do trabalho com a criança surda, compreendem as técnicas para o desenvolvimento de linguagem por meio do aprendizado da língua (oral e escrita), adequação de expectativas em relação à qualidade da produção da fala de acordo com a capacidade (limiares auditivos) e o desempenho apresentado pela criança. Tal capacidade relaciona-se ao aporte orgânico do qual a criança dispõe e o desempenho aos usos dessa capacidade.

Nessa perspectiva, afirmaram que, do ponto de vista da técnica, a terapia devia possibilitar um ambiente sem ruído e promoção de contexto situacional, incluindo os aspectos não verbais da situação discursiva. As quebras no diálogo (que poderiam ser provocadas por ruído ou falta de pista visual, por exemplo) influenciavam nas imagens acústicas e, conseqüentemente, na atribuição de sentido da palavra. Nesse sentido, o AASI e o IC têm o papel de aumentar as oportunidades de interações verbais, favorecendo a fluência verbal e discursiva.

Para Silveira (2003), os sentidos das marcas identificatórias que as crianças surdas carregam, são responsáveis por muitos dos impasses no processo na estruturação psíquica das mesmas, e estão relacionados à fantasmática parental,

cujos desdobramentos poderão representar diferentes níveis de complicações no desenvolvimento da linguagem oral.

Segundo a mesma autora, se o organismo não é a causa da estruturação / constituição do sujeito, mas sim seu limite; são as marcas imprimidas no real do corpo que determinam as escolhas do sujeito que regem o funcionamento de funções e habilidades corporais. As marcas profundas, traumáticas, como a seqüela auditiva, pode ser obstáculo à estruturação psíquica. Essa cena se reverte, na medida em que o corpo é tomado pelo discurso do outro.

Ainda nessa perspectiva, Fonseca (2001) afirmou que a constituição psíquica e de linguagem de crianças surdas pareciam estar relacionadas ao fato de que é a voz da mãe que significa o mundo para o bebê. Assim, a presença física materna deveria ser gradativamente substituída pela comunicação verbal, isto é, a mãe passaria a ser reconhecida pela própria voz. Mas como a criança surda poderá reconhecê-la à distância? As crianças pequenas, que adquiriram seqüela auditiva, apesar de já terem ouvido, sofrem com esse distanciamento, na medida em que, o psiquismo, ainda frágil, sofre o impacto da doença, exigindo um novo tipo de funcionamento da linguagem e apreensão do mundo externo.

Segundo a mesma autora, substituir a presença física da mãe por meio da linguagem, no caso de crianças surdas torna-se problemático. Nestes casos, as ações das crianças surdas, muitas vezes não são limitadas pela fala, mas sim, pela intromissão de uma ação física e invasiva do outro.

Sendo assim, a autora afirmou que essa “falta da linguagem” no desenvolvimento geral da criança surda faz com que, muitas delas, vivam a frustração de não serem compreendidas pelo outro. Vivenciam o fracasso. O texto afirma que este sentimento pode perpertuar-se como padrão nos relacionamentos interpessoais futuros dessas crianças. Defendendo-se parecem regredir à condição de bebê (em que não se espera a manifestação da língua propriamente dita), para reparar a situação de fracasso em se comunicar. E as palavras, que carregam a função de resolver conflitos e suprir necessidades, não são eficientes nesta situação.

Com base nessas apreciações e considerando a experiência advinda da prática clínica, a língua (LIBRAS ou PORTUGUÊS ORAL) é a possibilidade de circulação do sujeito surdo e por isso, defendo a importância de que, na escolha da modalidade lingüística em que a criança será inserida seja valorizada a língua em que, potencialmente, ela poderá ser mais fluente. Para tal, há de se considerar também as habilidades de seus interlocutores em utilizar a língua primordial.

A criança que foi acometida por meningite bacteriana, passou por uma experiência grave e dolorosa. Agrega-se a isso o fato de que eram ouvintes e estavam em pleno processo de constituição psíquica e de linguagem. Foram submetidas à hospitalização prolongada e, conseqüentemente, vivenciaram a privação do contato físico (o toque) e simbólico (de linguagem) com o outro. Até então, ouviam (percebiam) e escutavam (compreendiam) a voz da mãe. Repentinamente, a presença física da mãe faz-se, ainda mais indispensável, pois a sua voz não pode ser mais percebida e significada. Mesmo assim, o “banho de linguagem” não pode ser dispensado, é importante que ela continue falando com e sobre a criança.

O papel presencial do outro, como vimos nestes casos, se faz necessário em função de ser este o responsável por introduzir-lhes o princípio da realidade a fim dar contenção às energias psíquicas que estão dispersas e confusas.

Nasio (1993), ao caracterizar o inconsciente, nos relembra de que o significante “salta” de sujeito para sujeito – portanto o inconsciente e a linguagem emergem entre dois corpos. Em crianças surdas, a reverberação de suas percepções ao nível da pele, de caráter sinestésico e visual associam-se para promover a representação da palavra.

Passado o impacto da doença, essas crianças não podem deixar de ser reconhecidas como falantes, embora o desenvolvimento de linguagem nestes casos possa ser peculiar.

Assim, as crianças surdas por meningite bacteriana, cujos esquemas corporais foram afetados tão significativamente necessitam mais do que cuidados físicos, de maneira a reconstruir a IIC sadia sustentada na sua historia singular.

Sugere-se, por fim, que os papéis do outro, na constituição da criança surda devem ser exercidos nos seguintes aspectos: no outro como intérprete do mundo e no corpo infantil, favorecendo a estruturação da IIC.

CAPÍTULO 4
Linguagem, Psiquismo e Surdez: concepções e implicações para o método clínico fonoaudiológico

As concepções teóricas acerca da linguagem, do corpo e do psiquismo, adotadas nesta pesquisa, foram discutidas, neste capítulo; buscando considerar suas implicações no método clínico fonoaudiológico, particularmente no atendimento do surdo.

4.1 Linguagem

Segundo Palladino (2004), a linguagem, no campo fonoaudiológico, tende a ser discutida, a partir da compreensão da sua natureza e função, bem como de seu processo de aquisição e desenvolvimento. Nessa perspectiva, segundo a autora, as práticas clínicas, delineiam três tendências: a empirista, que descreve a linguagem como fruto de um processo de aprendizagem cuja função é a representação; a racionalista que considera a linguagem como resultante de uma faculdade específica e de um saber prévio, biologicamente determinado e a dialética que considera a heterogeneidade e a imprevisibilidade da linguagem respeitando a premissa de que “o uso precede o saber” (op.cit, p 769), ou seja, a idéia de que o uso da linguagem oral antecede o saber sobre a língua. Nessa ótica, pressupõe-se que a linguagem advém do processo interacional e está implicada na subjetivação.

Na vertente dialética, a concepção de linguagem adotada nessa pesquisa corrobora a visão de Palladino (id. Ibidem) que trata do movimento de subjetivação da criança pela linguagem. A criança ao nascer “é carne” (id.ibidem, p 769) e, a partir daí, deve iniciar-se a primeira aposta simbólica, por parte do adulto, de que deste organismo possa advir um sujeito.

Szejer (1999) apud Palladino (id.ibidem, p 769) afirma que esta aposta simbólica ocorre primariamente pela fala. O olho, que seria o primeiro “órgão da fala” e a voz, o “segundo órgão da fala” recobrem o organismo dando-lhe o estatuto simbólico de corpo-pulsional.

Portanto, a concepção de linguagem aqui assumida, se distancia daquela em que os processos metalingüísticos substituem a atividade dialógica. Logo, a literalidade do código dá lugar à polissemia, ou seja, os sentidos passam a se constituir na relação com o outro por meio da atividade dialógica.

Decorre desta perspectiva, a proposta alternativa à concepção formalista de aquisição da linguagem em que os processos terapêuticos com a criança surda não se restrinjam ao aumento quantitativo do léxico e de frases gramaticalmente corretas valorizando a constituição do papel de interlocutor do surdo utilizando o discurso como unidade de análise.

4.2 Psiquismo

Feitas essas considerações acerca da linguagem, acrescentamos que, segundo Cunha (2004, p 900), existem três maneiras diferentes de se abordar o psiquismo no campo fonoaudiológico: a primeira, biológica, a qual centraliza no cérebro as funções da linguagem e procura uma relação etiológica para os transtornos na anátomo -fisiologia e na genética. A segunda, comportamental, de inspiração behaviorista e cognitivista que entende a linguagem como comportamento apreendido e mensurável. A terceira, adotada nesse trabalho, é a de inspiração psicanalítica que propõe a indissociabilidade entre os funcionamentos de linguagem e psíquico, o que acaba por denotar ao corpo um estatuto transcendente ao do funcionamento orgânico somente.

Segundo Cunha (2001, p. 84) o “psiquismo imprime suas marcas nas formas do discurso”, e por esta relação existir, o significante não pode ser tomado como relacionado a um significado numa relação bi-unívoca. Nessa perspectiva, a mesma autora afirmou que existe sentido mesmo que os enunciados estejam “mal ditos” em níveis: fonológico, fonêmico, lexical ou morfo-sintático.

A linguagem se caracterizaria como um lugar de sintoma e também de resolução de conflitos psíquicos. Por isso, a perspectiva da terapia fonoaudiológica sob inspiração da Psicanálise consiste em valorizar a autonomia discursiva do sujeito em sofrimento. Afinal, a falta desta autonomia e da valorização da subjetividade poderia ser a demanda subjacente à queixa manifesta naquele que exibe sintomas na linguagem. O que corrobora os dizeres de Palladino (2004) sobre os transtornos fonoaudiológicos caracterizarem-se pelas imobilizações no ciclo simbólico.

Podemos dizer que esta articulação permitiu-nos conceber a palavra dotada de sentidos polissêmicos por reconhecer a validade das marcas do psiquismo na linguagem do sujeito. Isto nos autorizou a falar de um lugar mais amplo, científico e clinicamente, em relação aos transtornos (da aquisição e/ ou do desenvolvimento, como queiram) da linguagem, uma vez que: “a linguagem, o corpo e o psiquismo afetam-se naturalmente” (Cunha, 2004, p 899). Adotando a última abordagem, Cunha (op.cit, 2004, p 901) afirma que “talvez o maior encanto da clínica fonoaudiológica seja a possibilidade de tocar o corpo e produzir efeitos na relação entre linguagem e psiquismo”.

4.3 Corpo

Sobre a relação entre o fazer fonoaudiológico e o corpo, Souza (2004), abordou a possibilidade de se pensar e tratar o corpo considerando sua relação indissociável com a linguagem, sem dicotomizar suas dimensões física e orgânica. O autor aponta para o fato de que o funcionamento da linguagem está na ordem inconsciente do desejo.

Ainda segundo o autor, o homem, precisa sempre do outro para existir e isto ocorre na intercorporeidade. A linguagem, inserida no corpo agrega uma natureza multifacetada e é nesse sentido que Souza (op.cit ,2004) explicou que a aquisição de uma língua se dá por meio da intercorporeidade onde as palavras encontram faces de reverberação e afetamento, sendo, assim, incorporadas pelo sujeito. Para que o uso da língua se torne uma abstração antes teve de *encontrar inscrição num corpo por meio de afetos engendrados nos enunciados, nas palavras, afetos capazes de marcar a pele, o metabolismo, os gestos... esculpindo o corpo a partir de modulações imagéticas e sinestésicas aptas a produzir uma imagem inconsciente do corpo* (id.ibidem, p 895). Sob esta ótica entendeu-se que o discurso está impregnado pelo corpo onde se observaram as marcas dos sentidos da linguagem.

Nesse sentido, o corpo é o meio primordial do elo mãe-criança. Nessa perspectiva, Queiroz et al (1997) apoiaram-se na premissa de que a relação mãe-bebê é fundante do aparelho psíquico da criança. Nessa perspectiva, entendeu-se que a palavra da mãe tem o poder de significar o gesto da criança (e nomeá-lo). É dessa maneira que a palavra inscreve-se no corpo da criança tornando-o sujeito do desejo materno.

E quando isso não acontece em virtude de impedimentos? Na relação dual, em que a criança é objeto do desejo materno, podem ocorrer perturbações na mãe ou no bebê que podem dificultar a entrada de uma terceira pessoa nesta relação, a fim de completar a triangulação edípica. Muitas vezes, essa situação é reforçada, nos bebês de risco, pelo discurso científico que reduz o corpo ao organismo e, conseqüentemente onde a palavra não reverbera ou reage aos investimentos afetivos.

Para exemplificar, os mesmos autores nos brindam com quatro estudos de casos clínicos de crianças de 22 dias a 13 meses de idade que apresentavam: hipotonia falta de tônus, atraso no desenvolvimento global, transtornos alimentares, desmame precoce, vômitos entre outros. Esses sintomas apareceram como um pedido de ajuda. São crianças às quais foram negligenciados os sentidos dados pela palavra, aliado à rejeição paterna. Essas crianças foram rejeitadas conscientemente

durante a gestação e, quando nasceram, produziram sintomas inconscientes em resposta à ausência de demanda sobre seus corpos. A Psicanálise, nesta clínica, permitiu a compreensão de que o sintoma é uma mensagem simbólica a ser decifrada. Existia um desejo inconsciente de um sujeito que se manifesta por meio da produção de sintomas. O olhar para além do corpo-organismo pode favorecer os tratamentos subseqüentes.

Em virtude desses possíveis efeitos negativos, segundo Ranña (2004), o corpo não poderia ser tomado em sua dimensão estritamente biológica, isto é, como sede de processos metabólicos e funções fisiológicas. A linguagem e as funções corporais se organizam a partir de um corpo indiferenciado do corpo materno, portanto, a fisiologia corporal da criança, nos primeiros meses de vida, funciona pela presença-ausência, do corpo e do desejo materno. Assim, o corpo infantil tende a produzir sintomas quando não é capaz de produzir metáforas através dos gestos, da brincadeira e da linguagem.

O fortalecimento psíquico da criança, por meio da atuação do outro, favorece o desenvolvimento e alinha-se com o que diz Jerusalinsky (2004) acerca das funções fisiológicas do corpo-organismo. Segundo o autor, a captura do corpo se dá por meio de uma sintaxe impressa e dirigida às funções corporais pelo olhar do outro. Os transtornos alimentares e as febres, tão comuns na infância, são exemplos (utilizados pelo autor) para argumentar que as determinações simbólicas tomam o corpo da criança.

Concluí-se, com Silveira (2003), que para que haja desenvolvimento é necessário que haja uma estrutura subjetiva que possa sustentar o organismo, o qual se desenvolve posto em um contexto cultural, humano, constituído pela linguagem e, portanto, perspassado pelo desejo. Caso contrário, o orgânico por si só não é capaz de estabelecer laço social, condição mais dificultada por falhas no esquema corporal.

4.4 Implicações clínicas no método clínico fonoaudiológico com a criança surda

O olhar sobre as crianças surdas, aqui, particularmente em decorrência de meningite bacteriana, induzido pelo esquema corporal comprometido tende a incidir sobre a doença (deficiência auditiva) e a conseqüente privação sensorial.

Nesse sentido, a Fonoaudiologia pôde contribuir para mudar os destinos destas crianças e auxiliar os pais a tomá-los como sujeitos.

No surdo, parece-me que o estatuto da palavra é ainda mais encarnado que no ouvinte, na medida em que, seus sentidos polissêmicos podem ser percebidos “na pele” pelos efeitos dos afetos por aproximações, afastamentos, evitações ou manifestações corporais. A significação do discurso também é apreendida pela natureza visual do contexto. Essa dinâmica parece ocorrer independentemente da criança ser, mais ou menos, oralizada. Porém, destaco que, no caso da criança surda implantada precocemente, a sua constituição psíquica pode ser favorecida. Por outro lado, também existem crianças implantadas que apresentam disfunções psíquicas. E, nesses casos, parece-me que o passado traumático, associado a patologias orgânicas, sinaliza que as marcas do psiquismo na linguagem devam ser consideradas pelos fonoaudiólogos.

As considerações apresentadas até aqui nos levam a supor, ainda, que a criança que ficou surda, precisa do aporte da mãe para fortalecê-la ao nível intrapsíquico, uma vez que o corte abrupto gerado pela seqüela auditiva a obriga a adaptar-se a uma nova realidade perceptiva. Assim, o psiquismo fragilizado precisa da força do desejo materno para que criança possa estruturar-se.

O olhar sobre o corpo-organismo, acometido, por exemplo, pela meningite bacteriana, pode ser impeditivo para que a criança retorne à sua condição de sujeito do desejo materno. Assim, é importante que as figuras parentais, os objetos familiares e a palavra não desapareçam durante a hospitalização (e após a alta) Com isso assegurado, este corpo pode enfrentar a situação de risco e retomar o processo de subjetivação fortalecendo-se, inclusive, fisicamente.

A meu ver e com base na experiência clínica, o diálogo dos pais com a criança surda adquirem um estatuto qualitativo quando não são feitos apenas pela língua,

mas, sobretudo, pelo toque, pela sensação vibratória, pelos significados da respiração e pela presença física.

Paralelamente, a primeira zona erógena a se desenvolver em toda criança, é a boca, e nas crianças que ficaram surdas isso também vai ocorrer. Contudo, as palavras que as “alimentavam” vão desaparecendo.

E, cabe a nós, terapeutas, reorientarmos os destinos de seus desejos, auxiliando-os na busca de identidade nesse novo padrão de enfrentamento do mundo externo. Daí a busca pelo entendimento de como se daria esse processo.

A partir do evento patológico, o aparelho psíquico que apreendia o mundo sob certo padrão, precisou adequar-se a uma dinâmica singular, nas experiências estruturantes da criança surda.

Com base nos apontamentos freudianos, acredita-se que as percepções sensoriais egóicas da criança surda apreendem o mundo externo de maneira peculiar: menos acústica mais visual, mais sinestésica e volumétrica. A palavra é mais significada pela sua natureza motora e visual que por seu componente acústico. Dessa forma o Id, não se desnaturaliza, mas talvez, não funcione tão instintivamente.

A prática clínica nos mostra, e profissionais da área também referem as dificuldades das crianças surdas oralizadas em entender ironias, piadas e sentenças cujos sentidos estão essencialmente enraizados nas funções figurativas da linguagem. Talvez esses sejam exemplos desta forma peculiar de ser afetado pela palavra.

A consideração, por parte da equipe profissional e dos pais, desta dinâmica peculiar pode favorecer o desenvolvimento de uma IIC sadia. Insisto que não estamos dizendo de um tipo de funcionamento desviante, mas sim, peculiar.

Observou-se, nesses pacientes, a compensação da privação auditiva pela apuração da percepção visual: são bons desenhistas, reproduzem figuras com riqueza de detalhes, têm “memória fotográfica”.

Logo, no processo terapêutico as palavras precisam ser vistas, tocadas, advirem da intercorporeidade. A música (e a manipulação dos instrumentos), por exemplo, é um dos recursos a serem utilizados, pois auxilia no ritmo, na compreensão das pausas, parece auxiliar na prosódia, no desenvolvimento da atenção à vibração. Essa e outras técnicas (como as dramatizações) nos ajudam a demarcar e demonstrar para a criança os elementos que compõe o discurso: palavras e afetos. E que, seus significados, não são tomados concreta e isoladamente, mas agregam os elementos que denotam intenções.

Parece-me que isto se aplica às crianças surdas com passados traumáticos precoces: precisamos reorientar os desejos a ela dirigidos e possibilitar o acesso à palavra; não apenas com técnicas metalingüísticas ou pedagógicas, mas sim, respeitando a especificidade da percepção do mundo externo pelo aparelho psíquico da criança surda.

CAPÍTULO 5

Fonoaudiologia e Psicanálise: a viabilização metodológica da pesquisa

5.1 Natureza da Pesquisa

Esta pesquisa é de natureza clínico-qualitativa e foi desenvolvida através do estudo de dois casos clínicos de pacientes surdos por seqüela de meningite bacteriana, atendidos em consultório particular. São duas histórias semelhantes: João e Bela tinham 4 anos de idade quando chegaram para o atendimento, já tendo passado por terapia fonoaudiológica anteriormente. Foram acometidos por meningite bacteriana respectivamente com 1:6 e 1 ano de idades, ambos vivenciaram longo período de internação e a surdez profunda (bilateral) foi uma das seqüelas da doença.

Cada um desses casos constituiu um capítulo no qual, o material clínico foi interpelado por textos Fonoaudiólogicos e Psicanalíticos que trataram da relação entre linguagem, corpo e psiquismo.

5.2 Sujeitos

João, um menino de 4 anos de idade, portador de surdez profunda em virtude de meningite bacteriana contraída com 1:6 anos de vida e usuário de AASI digital. Freqüenta escola comum.

João faz uso da linguagem oral, mas apresenta dificuldades em atividades dialógicas. Além da surdez, as crises convulsivas foram seqüelas da meningite. Utiliza medicamentos para controle das mesmas.

Bela, uma menina de 4 anos, com surdez profunda bilateral teve meningite bacteriana aos 1:0 ano de idade. Foi encaminhada para a cirurgia de implante coclear, visando favorecer o desenvolvimento da linguagem oral, mas, a cirurgia somente realizada alguns meses após a interrupção do processo terapêutico fonoaudiológico.

Utiliza-se da linguagem oral por meio de enunciados constituídos de poucas palavras, geralmente pela via da especularidade dialógica. Murmura, varia a entonação de suas enunciações e respeita os turnos do diálogo. Por meio destes recursos consegue se comunicar oralmente com relativa efetividade.

Apesar de aspectos em comum, o processo terapêutico dessas crianças passou a evidenciar as particularidades do desenvolvimento bio -psíquico de cada uma. Assim, esse estudo nasceu da prática clínica e, nesse sentido, vale lembrar que *se o assunto é a evolução de um processo terapêutico, o método tem que descrevê-lo da forma mais exata possível, e formar hipóteses razoavelmente plausíveis sobre por que as coisas se passaram dessa maneira e não de outra* (Mezan, 1998, p 452).

5.3 Procedimento

Os registros escritos das sessões de João e de Bela foram feitos semanalmente, ora após o atendimento, ora em momentos posteriores (sob efeito da transferência entre o par terapêutico). Nesses registros, portanto foram destacados os aspectos que favoreceram a compreensão do funcionamento bio-psíquico das crianças, particularmente os conteúdos subjetivos manifestos no brincar e/ou em atividades dialógicas.

5.4 Critérios de Análise do Material Clínico

A interpretação do material clínico foi baseada em dois eixos: o funcionamento da linguagem e o funcionamento psíquico.

● Funcionamento de Linguagem:

Partindo do pressuposto de que *o psiquismo imprime suas marcas nas formas da linguagem* (Cunha, 2001, p 35), recorreremos à metapsicologia freudiana para sustentar a hipótese de que, também, na clínica com o surdo, a linguagem não deve ser tomada apenas como conhecimento/uso da língua, mas como condição para a expressão da subjetividade.

Nesse sentido, mesmo considerando o déficit sensorial este não será tomado como causa única dos transtornos de linguagem real. Sendo assim, importa analisar se os sujeitos assumem (ou não) a posição de interlocutores na interação com o outro, apesar das limitações quanto à linguagem oral.

● Funcionamento Psíquico:

A partir do referencial psicanalítico, foi analisada a relação corpo / psiquismo, considerando-se a dimensão pulsional dos sintomas orgânicos.

Nesta perspectiva, a interpretação do material clínico foi baseada na relação constituição / desenvolvimento, tomando-se o primeiro como suporte do segundo, com base nas funções estruturantes do desenvolvimento do esquema corporal e de seu equivalente inconsciente – a imagem inconsciente do corpo (Dolto, 2004)- na constituição psíquica e de linguagem da criança surda.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Programa de Estudos Pós-Graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, protocolo nº 005/2005, os nomes dos sujeitos participantes deste trabalho foram substituídos por outros (fictícios) de forma a preservar suas identidades, as crianças foram autorizadas pelos

pais a participarem dessa pesquisa através de carta de consentimento informado (em anexo).

CAPÍTULO 6
Bela

Bela, é uma menina de 4 anos, portadora de surdez profunda bilateral contraída por meningite bacteriana aos 12 meses. Anteriormente havia freqüentado terapia fonoaudiológica, mas não apresentou desenvolvimento satisfatório de linguagem oral.

O quadro audiológico (surdez profunda neurossensorial bilaterial) com índice de reconhecimento de fala inferior a 40%, a enquadravam como candidata à cirurgia de IC.

Assim, foi encaminhada para a cirurgia de IC visando favorecer o desenvolvimento de sua linguagem oral. Porém, durante a etapa de avaliação pré-implante fez-se necessário o atendimento fonoaudiológico que buscou o favorecimento/fortalecimento da interlocução. O processo terapêutico com Bela durou 6 meses, já que após esse período sua família precisou mudar de cidade. Logo após a mudança, Bela foi submetida à cirurgia de IC.

A avaliação de linguagem da paciente sugeriu que se utilizava da linguagem oral por meio de enunciados constituídos de poucas palavras, geralmente pela via da especularidade dialógica. Bela murmurava, variando a entonação de suas enunciações e respeitando os turnos do diálogo. Por meio destes recursos orais e

expressivos comunicava-se com relativa efetividade. Eu a compreendia pelas referencias contextuais e pela prosódia, basicamente.

Os resultados de seus exames audiológicos, aos 3 anos e 5 meses, em anexo, revelaram: ausência de respostas bilaterais para Potenciais Evocados do Tronco Cerebral. Na Audiometria de Reforço Visual, respostas ausentes em 500, 1, 2 e 4 Khz ,bilateralmente, sem AASI e com fone. O mesmo resultado foi encontrado na realização da testagem em campo. No mesmo exame (agora com AASI) apresentou respostas a 65 dB, em 500 e 1Khz. As curvas timpanométricas são do tipo *A*, bilateralmente; em outras oportunidades de avaliação o resultado foi influenciado por otite média secretora recorrente.

A primeira entrevista com o pai, os irmãos e Bela

Conheci Bela aos 4 anos de idade, quando seu pai, Paulo, procurou-me pra informar-se a respeito da possibilidade e dos procedimentos necessários para cirurgia de IC. Esse assunto circunscreveu nossos atendimentos e poderia ser caracterizado como a demanda inicial deste atendimento.

Com o dedo na boca e uma fralda no nariz aguardava-me (de pijamas) na sala de espera, no colo de seu pai, encolhida como um bebê. Ao mesmo tempo, ele tentava controlar, sem sucesso, os outros dois irmãos (um menino de 5 anos e uma menina de 10, sua enteada) que clamavam por sua atenção. Tal cena chamou minha atenção. Os dois maiores quando me viram, sentaram-se ao lado do pai. O semblante de Paulo era de apreensão, com um olhar de profunda tristeza, que contrastava com sua aparência física de homem alto e forte.

Entraram todos na sala para a entrevista. Bela permaneceu na mesma posição (no colo do pai) e com olhar distante reconhecia o novo espaço. As outras crianças ora mexiam em alguns brinquedos, ora paravam, interessados na fala do pai. Entreolhavam-se, principalmente quando o assunto era a mãe, Mara.

A primeira entrevista coincidiu com o recente afastamento de Mara, pois ela havia deixado o lar. Em função disso, Paulo pediu licença no trabalho e acionou os avós paternos de Bela para ajudá-lo a cuidar das crianças. Havia tido facilidade em conseguir afastar-se do trabalho, pois, segundo ele, havia alçado uma função extremamente qualificada numa empresa multinacional.

Durante a entrevista reforçava que, com o "sumiço" de Mara, isto era necessário, pois acreditava que Bela precisava de atenção especial, integralmente. A expressão utilizada por ele, causou-me estranheza e perguntei-lhe: "Mas ela sumiu? Desapareceu?" Paulo respondeu-me, envergonhado, que sim, e que essa atitude era corriqueira. Ela sumia por semanas, ou por meses e depois retornava. Segundo ele, isto acontecia "quando não era atendida em seus desejos". Paulo falava de Mara vitimizando-se, colocando-me a par da separação, com a qual não concordava.

Diz que a filha mais velha, sua enteada, é calada, retraída e tende a deprimir-se em função das atitudes da mãe e das brigas do casal; tem dificuldades de aprendizagem e machuca-se freqüentemente (ao que ele mesmo sugere que seja uma forma de "chamar a atenção").

O menino mais novo, Pépe, muito falante é filho do casal, e repentinamente interrompe os pais: "meu pai fica mais com a Bela, eu bato nela e ela em mim, mas eu também sou pequeno, fico muito doente também".

Nesse contexto, todos demonstraram espanto quando me dirigi à Bela, falando com ela. "Agora vamos ver o que a Bela acha disso tudo, das brincadeiras, da mamãe, do papai..." Quase que em coro disseram: "mas ela não fala!" E foi possível constatar esse lugar ocupado por Bela na família: ela não fala.

Mas quando perguntei sobre como brincavam juntos, disseram que ela não fala, mas se fazia entender. "Perfeitamente", segundo o pai. Pépe disparou: "ela não fala português ainda porque ela não tá na primeira série, né!"

Finalizamos a sessão com as orientações necessárias em relação ao processo de avaliação pré-implante e o uso contínuo do AASI, além do estímulo às brincadeiras (valorizando o papel de Pépe como parceiro), à atenção auditiva, do desenvolvimento da leitura orofacial, da importância da atividade escolar (processos que haviam sido interrompidos).

A irmã mais velha havia permanecido quieta, lendo uma revista, durante toda a sessão. Pépe, por sua vez, nesta primeira entrevista e em outras sessões, de frente pra Bela, chamou-a mostrando os brinquedos e fazendo mímicas. Bela começou a movimentar-se no colo do pai, vocalizavando, com entonação ascendente, indicando interesse pelos brinquedos. Foi ao chão e pegou uma boneca. Enquanto brincávamos, Paulo tentava retornar ao assunto da mãe, mas Pépe insistia em mostrar-me que Bela não parava de falar com a boneca: " Olha! Ela tá falando e vocês não estão escutando, tá falando que tá dando banho nela e que ela vai dormir, é que ela fala diferente da gente!"

De fato, eu escutava uma linguagem que se assemelhava à dos bebês, mas, ressoando na boca de uma criança maior. Nesse primeiro momento não entendia as produções de Bela, mas reconheci sua intenção comunicativa e a riqueza simbólica de sua brincadeira.

Também pude observar que Bela caminhava com a base alargada e desequilibrava-se com facilidade, além de apresentar, sialorréia intensa.

Entrevista com a Mãe

Nos primeiros meses de atendimento, Bela chegava despenteada, sonolenta, muitas vezes mamando e resistindo a entrar na sala. Mas, ao entrar, gostava de brincar em frente ao espelho, pedia que eu lhe arrumasse o cabelo e a roupa, passasse batom. E ela fazia o mesmo com as bonecas.

No terceiro mês conheci Mara e, a partir desse contato, os conflitos familiares e o funcionamento de linguagem e psíquico de Bela ganharam mais sentido.

Mara era uma mulher de 27 anos. No nosso primeiro encontro ela estava bem vestida e afirmou que: “comigo tem que ser tudo do bom e do melhor, pra agüentar o que eu agüento, tenho que ser cara. Você não acha?” Acrescentou que após ter tido três filhos fazia de tudo para melhorar a aparência física: já havia feito lipoaspiração, plástica nas orelhas, no nariz e colocado de próteses nos seios.

Perguntei-lhe se ela trabalhava e respondeu que não, pois, quando se casou com Paulo, ele a isentou dessa responsabilidade. Disse que ele a conquistara com presentes caros, e era um homem forte e interessante. Mas, com a doença de Bela, segundo ela, as coisas mudaram para pior.

Sua filha mais velha, Mari, nasceu quando ela tinha 17 anos. Contou com a mãe para cuidar da criança , após o abandono do pai. Mais tarde, conheceu Paulo, de quem engravidou com 22 anos, nascendo Pépe. As brigas e os desentendimentos sempre existiram, a seu ver, em função da diferença de idade entre o casal. Afirmava que o relacionamento baseava-se no amor dele e na necessidade material dela. Referiu, que por Paulo ter uma “personalidade fácil”, existiram muitos momentos de companheirismo na criação dos filhos, mas ela não se sentia feliz.

Após uma briga, eles estiveram separados por um longo período. Porém, Mari sentia falta do carinho do padrasto e também de Pépe (que ficou com os avós paternos durante a separação). Reconciliaram-se, segundo ela, “pelo bem das crianças”. Daí, Mara engravidou novamente e a gestação de Bela ocorreu sem intercorrências, embora não tenha sido planejada.

Segundo Mara, até o acometimento por meningite bacteriana, Bela desenvolvia-se normalmente, balbuciava e tentava falar “papai”. Associou isso ao fato da menina ser “mais apegada” ao pai. Não a amamentou, alegando que havia feito cirurgia estética das mamas.

Questionei-lhe sobre a fase da doença, enfatizando o período em que Bela ficou internada e as seqüelas posteriores. Respondeu-me que o aparecimento dos primeiros sintomas foi o que mais lhe marcou: os vômitos, os gritos, as febres

convulsionantes. No primeiro atendimento de emergência, tratram-na a partir do diagnóstico de virose. Mas, na mesma madrugada, em outro atendimento, foi diagnosticada a meningite bacteriana. Bela ficou internada por 2 meses, em coma nos 10 primeiros dias.

Mara referiu que não suportou a situação e deixou sua casa “até que tudo passasse”. Não permitiu que soubessem onde estava. Disse-me que não suportaria cuidar de todos naquele momento, nem esperar até saber se a criança ficaria “mongolóide ou se morreria”. Alegou que Paulo sempre foi mais sensível e forte “para essas coisas”, mas não queria vir a se culpar ou ser culpada pelos outros se algo acontecesse com Bela. Assim, deixou que Paulo e seus pais acompanharam a criança durante a internação e retornou para a casa alguns dias após a alta de Bela, momento em que foi informada sobre a surdez.

Referiu que em relação aos tratamentos de Bela, quem toma as decisões é Paulo e que ela prefere não opinar porque seria “menos sensível”. Defendia-se dizendo: “isso não quer dizer que não a amo, mas não agüento ver ela assim. Ela quer falar, mas não sai nada”.

Começo a pontuar a importância da mãe (ou de alguém que cumprisse essa função) na constituição e desenvolvimento de qualquer criança; relatei o que vínhamos trabalhando em terapia, colocando-o a par do andamento do processo terapêutico de sua filha. Isso parecia ser necessário, pois observei que Paulo a privava dessas informações, de certa forma destituindo-a de suas funções.

Na sessão seguinte, Paulo referiu que, em função de compromissos profissionais Mara passaria a acompanhar Bela nas terapias. Reforçou que a mãe não sabia “nem” colocar o AASI na menina e percebi sua ironia e seu ressentimento. Porém, tal fato foi oportuno: a ausência da mãe parecia estar associada ao funcionamento psíquico e de linguagem oral da criança.

Linguagem e Psiquismo: os efeitos recíprocos

A intervenção, junto a Mara, foi no sentido de “apresentar-lhe” Bela – Sujeito. Paulo ocupou-se das demandas médicas de Bela. Realizava pesquisas incessantes na Internet, consultas paralelas a vários profissionais, busca de terapias alternativas e apoio espiritual através da religião.

Ao longo do processo terapêutico as primeiras evoluções foram perceptíveis. Mara solicitou-me explicações acerca do funcionamento do AASI e começou a interessar-se pelo tema do IC. Simultaneamente a essa aproximação da mãe, Bela libertou-se da fralda e a sialorréia diminuiu significativamente.

Em relação a sialorréia, interpretei tratar-se de um sintoma correspondente à falta de resposta às exigências que a boca (enquanto zona erógena) fazia a mente. O sintoma parecia estar relacionado à falta de preenchimento desta zona, pela língua maternante, e não somente mais uma seqüela orgânica da meningite bacteriana; uma vez que, inclusive variava quantitativamente.

Bela, passou a vir penteada, cheirosa e com roupas que, segundo a mãe, ela prórpia escolhia. Bela fazia questão do meu comentário mostrando-me a roupa dizendo: “meu!” Dificilmente ficava no colo, ou de pijamas como acontecia no início. Acompanhava-me a sala convidando a mãe (acenando e dizendo “em, em” para “vem, vem”). Nas primeiras sessões Mara não entrou, ainda resistia, mas aos poucos foi aceitando meu convite e o de Bela.

O trabalho com esta família foi intenso. Desde a indicação de psicoterapia para Mari (que referia depressão), a valorização dos papéis de Paulo e Mara (sem rivalidades) na evolução de Bela, a participação ativa de Pépe no processo terapêutico. O irmão a respeitava genuinamente enquanto interlocutora: buscava compreendê-la e fazer-se entender por ela.

Paulo, por sua vez, tinha poucas expectativas quanto à linguagem oral de Bela, sua preocupação era com o ouvir, com a atenção ao mundo sonoro. E, quando comparecia às sessões, sempre insistia no tema do relacionamento conjugal.

Tal conduta insistente parecia prejudicar a própria circulação de Bela no discurso familiar. Observei que as otites recorrentes da menina associavam-se às ausências da mãe associados aos paternos e dificultavam a avaliação pré-cirúrgica do IC. As otites pareciam associadas à fragilidade de constituição psíquica de Bela. Outro agravante era o fato de que os pais ainda não falavam entre si sobre a cirurgia, somente, separadamente comigo. Mais uma evidência de que Bela não circulava no discurso desses pais, tanto ao nível do desejo, quanto da necessidade (o do uso do IC, por exemplo).

Repentinamente, comecei a notar que Bela “emudecera”, causando-me estranheza.

Insisti, então, na presença do casal no consultório, o que nunca havia ocorrido. Disse-lhes que, pelo bem de Bela, eu precisava dar outros rumos para o tratamento. Marcamos num horário diferente daquele reservado ao atendimento de Bela. Seu espaço já havia sido amplamente usado para esse fim e ela, inclusive, demonstrava incômodo – pedia silêncio levando o dedo à boca ou colocando as mãos na cintura, quando os pais interrompiam a terapia para falar comigo.

A entrevista circunscreveu-se nos possíveis reflexos da dinâmica familiar no processo terapêutico de Bela. Exemplifiquei: “quando Bela começa apresentar melhora, algo acontece entre vocês, e ela regride, além de apresentar otite e crises febris”.

Deixei explicito que a minha intervenção ia até aí, não era minha função interferir na vida conjugal, mas parecia importante pontuar as marcas dessa instabilidade familiar no funcionamento psíquico e de linguagem de Bela. Os quais, também, carregavam a história de vida, tão precocemente afetada por eventos traumáticos.

Bela por ela mesma: reconhecendo e sendo reconhecida em sua voz

Durante o processo terapêutico um de meus objetivos essenciais foi o de resgatar os papéis estruturantes (do pai e da mãe) na constituição psíquica de Bela.

Nesse sentido, contei com a colaboração de Pépe, o interlocutor de melhor qualidade e maior quantidade de interação com Bela. Ele mesmo apresentou aos pais uma “outra Bela”, interlocutora em potencial, sobre quem poderiam incidir melhores expectativas. No início, ele funcionava como um intérprete da irmã. Mais tarde, as produções de Bela foram sendo significadas e compartilhadas na familiar.

Nesse contexto, ocorreram melhoras nas respostas auditivas, o uso do AASI tornou-se continuo houve redução das otites (o que permitiu finalização da avaliação pré-implante). Isto nos sugere que, neste caso, a potencialização e o melhor uso da audição foram subseqüentes ao reconhecimento da paciente enquanto interlocutor.

A seguir, descrevo um último diálogo, com poucas palavras, enquanto brincávamos com posto de gasolina, carros e família lúdica. Cena em que nos despedimos, pois sua família mudaria de cidade:

Bela, encenava encher o tanque do carro onde estavam sentados todos os membros da sua família, emitindo xiiiiiiiiiii.

T: você vai viajar?

Bela, apontava para cada assento do carrinho, dizendo: Bé (para Bela), Má (para Mari), Pi (para Pépe), papai e mã (para mãe).

T: então vai todo mundo?

Bela: auuuuuuuuuuuuuuuuu (acenando para mim, empurrando o carrinho e alongando e ascendendo a entonação).

T: Você vai pra outra casa bonita...

Bela: buta (para bonita)

T: Então, você vai pra outra casa bonita e não vai mais vir aqui. Certo? Tudo bem? Vai parar aqui. Acabou aqui (indiquei com gestos esta última frase).

Bela: (ela imitou alguém chorando, apontando pra mim, como se eu fosse chorar)

T: Ah! A Bela vai embora. Vai crescer...

Nesse momento ela pegou o caderno de experiências que usávamos e o abriu na ultima folha.

Bela, pediu para eu desenhar a mão dela, dizendo: auuuuuuu, auuuuuuuuu ,auuuu. (tchau).

T: Ah! Acabou o caderno. Isso mesmo! Vamos dar tchau pro caderno e você vai pra nova casa bonita.

Bela, acenou positivamente.

Foi para o lado da mãe, deu-me uma bala e um beijo. Apontou para a orelha com AASI e disse (procurando a aprovação da mãe, e com expressão facial brava): “pá não!” (o que Bela dizia quando era lembrada de não tirar o aparelho).

CAPÍTULO 7
João

No início de 2005 assumi o atendimento terapêutico de João, aos 4 anos de idade. Moreno, com olhos expressivos demonstrava muita alegria quando era elogiado quanto à sua aparência física sempre muito bem cuidada (as roupas da moda, os tênis que “piscavam luzes” e o cabelo impecavelmente penteado).

A surdez profunda bilateral, bem como as crises convulsivas eram decorrentes da meningite bacteriana, ocorrida aos 1:6 anos de idade. A tomografia dos ossos temporais, (realizada em 2003) apontava para otite média crônica à direita e estreitamento da rampa basal da cóclea à esquerda. Durante o período de internação (aproximadamente 2 meses), João ficou em coma por 3 dias (na semana inicial). Nas seguintes, foram realizados os exames eletrofisiológicos que comprovaram a surdez profunda como seqüela de uma labirintite ossificante provocada pela meningite bacteriana, comum em casos semelhantes, de acordo com Santos (1994).

O laudo neurológico (com 2 anos de idade) assinalava atividade epileptiforme multifocal com desorganização difusa da atividade elétrica durante sono espontâneo.

Salienta-se que apenas algumas horas após dar entrada no hospital, medicamentos anticonvulsivos já começaram a ser administrados.

As crises convulsivas, apesar de rápidas e na maioria das vezes imperceptíveis, inicialmente; mais tarde tornaram-se freqüentes, sendo foco de extrema preocupação materna. O comportamento agitado e inquieto de João na escola também passou a reverter em reclamações e a mãe foi chamada, sendo-lhe sugerido que João fosse medicado em relação a hiperatividade. A mãe optou por não medicá-lo.

Após a alta hospitalar (com 1:9 anos) passou a ser atendido numa instituição de apoio ao deficiente auditivo na cidade onde residia, onde se priorizava o ensino de LIBRAS em grupo. Segundo a mãe, Ester, os pais não conheciam outra abordagem naquele momento.

A primeira entrevista com a mãe

Na entrevista, na qual somente a mãe compareceu, pude retomar a história deste menino. A propósito, o pai nunca compareceu aos atendimentos, mas era representado com freqüência; tanto na fala da mãe, quanto nas brincadeiras de João.

O pai era o provedor e trabalhava fora da cidade onde a família residia. Suas viagens eram freqüentes e garantiam o pagamento dos atendimentos especializados de João. Durante a semana não ficava em casa e, segundo a mãe, quando chegava “era uma festa” para o menino: brincavam sem parar. Mas, Ester queixava-se por não existir diálogo entre os pais em relação à condição de João. O cuidado, a educação e as responsabilidades do dia-a-dia ficavam por conta dela, sempre ocupada com as necessidades do filho.

Havia uma preocupação constante com a contenção de possíveis riscos e recidivas orgânicas. Ester carregava o prontuário de João em sua bolsa e recorria ao mesmo sempre que julgava necessário. Tinha sempre em mãos: exames, medicamentos prescritos, atestados de consultas médicas e relatórios de exames

desde a internação da criança em função da meningite bacteriana. Essa conduta, na entrevista, repetiu-se várias vezes durante o processo terapêutico.

Após o diagnóstico da surdez, os avós e o pai ficaram desolados, porém “eu fiquei firme”, disse Ester. Revelou que, no período de internação, passava o dia no hospital, mesmo que só pudesse estar com seu filho por poucos minutos, uma vez ao dia. Ao contar sobre esta situação, emocionava-se dizendo: “o importante era que eu estava lá”. Desde a internação de seu filho, Ester havia interrompido suas atividades sociais e profissionais, e nessa situação perpetuou-se, até então.

Até os 3 anos de idade João freqüentou a instituição citada anteriormente, na qual era priorizado o uso de LIBRAS. Neste período não desenvolveu a linguagem oral e tampouco aprendeu os sinais. Segunda a mãe, os pais revelaram certa resistência em aprendê-los, o que dificultava que a criança vivesse em um ambiente comunicativo (oral e/ ou gestual). Ester contou-me que não conseguia ir ao curso de LIBRAS, oferecido aos pais pela escola e defendia-se alegando ser difícil “decorar tudo”.Conforme conversávamos, percebia-se que para estes pais, o uso de LIBRAS reforçava a deficiência como seqüela de uma doença pela qual ainda se sentiam responsabilizados. O fato de João não vir a falar (oralmente) angustiava a família, era como se o filho não pudesse “ser normal”.

Por outro lado, houve resistência familiar, principalmente materna, em relação ao IC sugerido pela equipe médica. Ester esquivava-se do assunto e dizia não estar preparada para “hospital novamente”. O retorno às situações de hospitalização e cirurgias parecia justificar a latência em relação à decisão[3]. A criança já havia sido encaminhada para vários centros referenciados para este tipo de intervenção e, apesar de apresentar bom ganho com AASI, o IC o beneficiaria, em termos de aumento de limiar - o que favoreceria o feedback auditivo, a percepção e a produção da fala.

Tornou-se perceptível o insistente retorno materno ao passado patológico do menino. Era sobre isso que ela estava disposta (e conseguia) falar. De resto, ficava

[3] Até o final do atendimento de João não foi possível concluir a indicação do implante coclear.

em silêncio. Em muitas situações, devolvia-lhe a pergunta dirigida a mim sobre as causas dos problemas de João para que ela pudesse refletir sobre suas dúvidas, de forma a evitar que as suas palavras fossem simplesmente “despejadas” sobre mim sem qualquer elaboração. Esta estratégia, a meu ver, poderia ajudá-la a conceber um discurso próprio: a compreensão (e a sua versão) de todos os efeitos da doença em seu filho, inclusive, não restrita à utilização de termos médicos.

Uma pergunta era recorrente: Ester insistia em saber se a personalidade, as atitudes e até mesmo as dificuldades de relacionamento e de aprendizagem de João estavam relacionados ao quadro de meningite bacteriana. Segundo a mãe, todos lhe diziam isso. Devolvi-lhe com uma pergunta: “O que você acha? Como você se recorda dele antes da doença em relação a como ele é agora?”.

Após um período de silêncio, ela começou a reviver a história do menino e, nessa oportunidade, tentei ajudá-la a fazê-lo sugerindo-lhe que descrevesse esta história desvinculando-se da doença em si, como ocorria habitualmente. Disse-lhe que sobre a história da meningite bacteriana eu já sabia o suficiente e pedi que ela me falasse, por exemplo, de como sentia seu bebê em sua barriga, durante a gestação. Disse que ele era agitado, que ela havia engordado bastante e que não teve uma “gravidez fácil”. Quando nasceu, agradeceram pelo filho ser saudável, apesar do mal-estar vivido na gestação.

Ainda bebê, João apresentou problemas respiratórios, sendo diagnosticada bronquite asmática. Ester acredita que, em função disto, João tenha sido “um bebê quieto”. Nessa oportunidade, referiu que “achava estranho que ele foi crescendo e não olhava para gente e ria pouco”.

Quando pequeno, antes de 1:6 anos de idade quando foi acometido pela meningite bacteriana, era quieto (mas não calmo, reforçou a mãe), ainda não se equilibrava e andava com apoio. Não sorria pra ninguém e “não fazia aqueles barulhinhos de criança querendo falar”.

Durante a entrevista, pontuei para Ester a semelhança entre o “antes” e o “depois” da meningite bacteriana na história do relacionamento de João com os outros. Ester acabou por concluir que seu filho “era assim desde antes da meningite”. A doença não mudou seu jeito, não alterou o modo com que ele interagia com as pessoas. Por isso, pareceu-me que as condutas comunicativas de João, desde sempre, estavam associadas a sua subjetividade.

Durante a entrevista, João brincava, mas com os olhos “colados” em nós. Pediu para ir ao banheiro por 3 vezes e em todas sugeri que Ester o deixasse ir sozinho. Num certo momento ela falou da “canseira que ele dá”, da vida dedicada inteiramente ao filho e da sua vontade de que ele pudesse ser mais independente.

Questionei-a sobre a possibilidade de que suas angústias e temores estivessem influenciando no estabelecimento dessa conduta dependente de João. Ester relatava ter medo de voltar a trabalhar e ter que deixá-lo sozinho na escola o período todo. Desde que o menino ficou doente, não trabalhava ou tinha outra atividade e repetia: “sou mãe em tempo integral”, mas defendia-se dizendo que esse medo era em função da ocorrência das convulsões. Em outro momento, dizia, por exemplo, que não confiava no transporte escolar com medo de que João “atravessasse a rua e não escutasse os carros”.

Este era João ao olhar de Ester. Ao conhecê-lo melhor; também observei que os cuidados da mãe com a aparência física revelavam um tipo preocupação higiênico-preventiva, na tentativa de afastar riscos de possíveis infecções.

Na devolutiva, Ester concordou que essa relação (um tanto simbiótica) entre mãe e filho, que se estabeleceu desde a doença de João, estava prejudicando seu desenvolvimento. Afirmou que precisava retomar a sua vida que “há 3 anos foi invadida pelo medo”.

Corpo e psiquismo na relação esquema corporal e imagem inconsciente do corpo (IIC)

Uma das maiores preocupações de Ester referia-se ao aumento das crises convulsivas de João, tanto em intensidade quanto em freqüência. Eram rápidas, mas intensas, “ele vira o olho e fica muito duro, passa logo, mas eu bato e chacoalho para ele voltar”.

Em todas as sessões o tema das crises convulsivas vinha à tona. O que se percebia era que a doença de João ainda clamava por cuidados. Antes a meningite bacteriana, agora a surdez aliada às crises convulsivas. Em alusão ao que diz Dolto (2004), estes sintomas manifestos no corpo de João poderiam dizer respeito àquilo que as crianças não podem falar sobre seus sonhos e seus fantasmas. E é a IIC que tem papel de revelá-los. Aliado a isso, *as perturbações precoces do esquema corporal, e a interrupção das relações linguageiras, podem modificar de forma passageira, ou durável, a imagem do corpo* (op.cit, 2004, p 11).

Quando tinha as crises, João ficava mais agitado e irritadiço. Havia, ainda, dificuldade em adequar um medicamento que controlasse efetivamente as convulsões. Mensalmente a medicação era modificada (aumentada ou reduzida).

Nestas situações a mãe dizia “não ter saída”. Queixava-se por ter consultado “todos os neurologistas da cidade”, tanto em serviço público quanto particular: “aí eu fico mais confusa, cada um fala uma coisa”.

É fato que as crises convulsivas interferiam na constituição bio-psíquica de João provocando desequilíbrio nesses dois níveis. As crises e os medicamentos lhe impunham condições ambíguas: havia dias que estava extremamente agitado e desatento, em outros em profunda sonolência.

Geralmente, João chegava à terapia acompanhado de uma nova ou recorrente queixa: um novo resfriado, a velha bronquite, as temidas crises convulsivas. Nunca estava totalmente bem. Como já disse, sua aparência habitual era de olhos profundos e voz frágil. Numa certa sessão, em que João chegou com esses traços

ainda mais marcantes, Ester comentou que todos em casa estavam doentes e haviam passado o final de semana num pronto socorro. A doença os aproximava. Ester orgulhava-se de não ter problemas em fazer com que João tomasse remédios: “ele gosta de tomar remédio, como toma muitos, toda noite me pede: mãe me dá o remedinho”.

João demonstrava identificar-se com esse lugar em que era posto, o do doente que demandava cuidado. E isto insistia em me remeter a como a relação entre esquema corporal/ IIC foi construída por João. Mesmo com o esquema corporal saudável, embora, outrora afetado; a imagem inconsciente permanecia a do corpo doente. Possivelmente, crianças com passados diferentes pediriam histórias antes de dormir, ao invés de remédios.

Em encontros bi-semanais, passei a observar que todos os atendimentos eram precedidos por um ritual[4]: João fazia xixi e depois tomava um copo d’água. Ester, numa certa ocasião, disse-me que isto poderia estar relacionado às crises convulsivas. Disse que, após esses episódios, ele ficava envergonhado e ia ao banheiro, pois freqüentemente fazia xixi na calça depois da convulsão. Numa sessão posterior, João teve 2 crises, oportunidade para que eu pudesse presenciar seu constrangimento e sua inútil tentativa de contê-las enrijecendo o corpo e fechando os punhos. Nesta oportunidade lhe disse: ”não precisa ficar envergonhado”. Ele me olhou, ainda com os olhos fundos e aparência azulada, e sorriu discretamente. Reconheci fortemente a importância de se falar com a criança sobre sua enfermidade. João demonstrava-se envergonhado nos episódios de convulsão. Esta situação parece relacionar-se ao fato de sua mãe lidar dessa maneira com o filho.

Mais uma vez, as palavras de Dolto (id ibidem) sustentam a análise deste caso. As doenças orgânicas podem configurar-se como obstáculos na estruturação da IIC:

---

[4] Sobre os rituais e as repetições na clínica fonoaudiológica Motta (2003) escreveu que apesar das repetições serem tomadas pelos terapeutas como aparente estagnação de um processo terapêutico. Essas podem se vislumbradas como via de expressão e convocação do outro, podem revelar movimentos e elos para produção de sentido.

> *um ser humano pode não ter estruturado a imagem inconsciente do corpo ao longo do desenvolvimento de seu esquema corporal(...)isto também ocorre, às vezes, em virtude de doenças neonatais, seqüelas de acidentes obstétricos ou de infecções que destruíram as zonas de percepção sutil na primeira infância (surdez, anomia, cegueira etc) (op.cit,2004,p.11).*

A imagem inconsciente do corpo, como já foi referido anteriormente, é a reunião de nossas histórias emocionais e sensações vividas na relação com o outro. Como João poderia vivê-la de outra forma estando prostrado, resignado ao lugar da doença?

É nesse sentido, procurando compreender a relação entre EC e a IIC, que se tornou possível entender, por exemplo, que o constrangimento de João frente à crise convulsiva se deu em função do olhar que lhe era dirigido, socialmente (na família, na escola e demais espaços de integração social).

Linguagem e Desejo: primeiros passos na busca de autonomia discursiva

O funcionamento de linguagem de João revelava-se fixo nos significados literais das palavras. Para alçar os sentidos polissêmicos, este funcionamento precisaria ser regido pelo desejo de subjetivar-se.

A conduta de João era, essencialmente de nomeação e não evoluía para a enunciação potencializada pela dificuldade apresentada pelo paciente de encontrar seu lugar de interlocutor nos processos interacionais. Aqui, levanta-se a idéia de que esta dificuldade encontra sua gênese na mudança de língua vivenciada por João em período crítico para o processo de aquisição de linguagem, na carência qualitativa de interação em ambos os momentos e por não ser reconhecido como interlocutor.

Explicitando: João iniciou o tratamento fonoaudiológico, após o acometimento por meningite bacteriana, como vimos, numa instituição em que se optou pelo ensino de LIBRAS. Esta língua não era a língua de seus pais, portanto não encontrou espaço de interlocução, não se tornando fluente na mesma. Aos três anos de idade, passou a ser atendido, então, sob a perspectiva da oralização.

Sob esta ótica, João foi requerido quantitativamente, no início. E a esta requisição da família, da escola e dos profissionais da saúde respondia coerentemente: repetia sentenças, utilizava-se de expressões cotidianas (como obrigado, beijo, tchau, por favor), apresentava vocabulário esperado para a idade em tarefas metalingüísticas, mas não dialogava, e, inclusive, excluía o outro de sua brincadeira.

A propósito, João e sua mãe pareciam não se diferenciar em seus respectivos desejos. Ficavam doentes juntos, gostavam dos mesmos sabores, acordavam no mesmo horário, juntos acalmavam-se ou ficavam nervosos. Isto se revelava, por exemplo, na impossibilidade de João entrar sem Ester na sala de terapia.

Não representar a mãe simbolicamente em sua ausência, a passividade discursiva, a dificuldade de reversibilidade dialógica indicariam que João estava grudado na figura materna, e isto parece ter ocorrido pelo fato de que a doença precoce emoldurou o discurso parental. A doença foi deslizando pelo seu corpo (primeiro a meningite, em seguida a surdez e, por fim, as convulsões); sugerindo que a linguagem, o corpo e o psiquismo afetavam-se mutuamente, marcando tanto o esquema corporal quanto a imagem inconsciente do corpo de João.

A Linguagem de João

A avaliação de linguagem, em termos fonológicos, revelou excelente desempenho de João nas tarefas metalingüísticas. Não omite ou substitui fonemas confirmando que estava instrumentalizado pelo código lingüístico, nesse nível. Por outro lado, apesar da presença da oralidade, o que me intrigava era o fato dele não dialogar, e nem falar de si. Ou seja, o transtorno de linguagem configurado parecia não se justificar, exclusivamente, pelo déficit sensorial auditivo.

Parecia-me que ele se encontrava alienado no outro (no caso a mãe), embora utilizasse a linguagem oral em situações lúdicas e de possibilidades de interação restritas.

Certa noite, tomada pela ressonância de seus sintomas, sonhei com ele e sua família. De mãos dadas, olhando para frente, andávamos todos em uma via de mão única. Dei-me conta de que, em terapia, brincando e conversando com ele, era exatamente essa a sensação que eu tinha: as palavras não encontravam onde ressoar. Iam e voltavam imóveis.

Suas escolhas no brincar revelavam a dificuldade de desvincular-se de tal condição e de que sua enunciação apoiava-se em situações de contexto imediato:

T(chamando-o para entrar na sala): vamos brincar?

João: (continua com o gibi que folheava, desviando o olhar e aproximando-se de sua mãe).

T (indicando com gestos): e jogar memória? Você quer? Aquele de abrir?

João (acompanhou T, referindo-se às figuras do jogo): pato-pato, bola-bola...

Na interação com João era necessária a utilização de gestos indicativos e familiares, criados na relação com o menino. Conforme João apresentou evolução qualitativa, foi assumindo seu papel de interlocutor, a necessidade dos gestos diminuiu sensivelmente.

Insisto: João utilizava-se da linguagem oral em situações em que não existia a possibilidade de circulação de significados, logo, não exercia, efetivamente, seu papel de interlocutor. Contudo, a linguagem, para ele, ainda não se revelara como um lugar de constituição subjetiva em que pudesse falar de si. Então, João fazia uso de recursos gestuais e alterações no padrão vocal (nasalizando, agudizando) como um bebê, dando-me, inclusive, a sensação de tentativa de sedução. A “voz

melindrosa" era um aspecto marcante na minha escuta, pois, aliada à aparência física fatigada, os olhos cabisbaixos e o ceceio anterior tornavam a imagem de João ainda mais frágil e infantilizada.

Em situação dialógica, João demonstrava desinteresse: bocejava, mudava de posição na cadeira, se coçava incessantemente, e, mesmo quando não parecia me compreender; fazia movimentos afirmativos com a cabeça.

As expectativas da família quanto à linguagem oral podiam ser sintetizadas no que a mãe afirmou: "quando ficou surdo, minha maior preocupação era não ouvir a voz dele, nunca. Quando ele falou mamãe, quase morri de chorar". Frente à enfermidade, ao risco e a seqüela, o fato de João verbalizar e / ou repetir a fala do outro parecia ser suficiente.

Acredito que este era um dos fatores que estancavam as possibilidades de João quanto ao desenvolvimento da linguagem oral. Seus interlocutores, não favoreciam a assunção de um lugar não passivo da criança.

Pode-se observar que a representação familiar encontrava-se aliada a uma história mórbida. O discurso familiar sobre a expectativa quanto à linguagem estava carregado pelos efeitos da mudança repentina no estado de saúde aliados aos riscos dos impactos futuros, gerados pela meningite bacteriana.

Por isso, numa perspectiva de funcionamento de identificação projetiva, João empregava as palavras como forma de reação, como coisas a serem "atiradas" no outro.

Segundo Dolto (2002), não é possível que uma criança, que ainda não é concebida simbolicamente por seus pais, amadureça orgânica e psiquicamente. Para a autora isto ocorre porque do processo de subjetivação depende o desenvolvimento da linguagem. Portanto, as relações interpessoais da criança, a aposta simbólica e os gestos da mãe dirigidos ao corpo do filho revelam a perspectiva a partir da qual a criança é falada.

Com base em Dolto (2002) pode-se dizer que; se a linguagem for tomada como mero resultado de funções orgânicas então ela pode ser comparada a um hábito, a uma repetição.

Sugere-se que a escassez de investimento simbólico potencializou o transtorno de linguagem de João, mas, apesar do déficit sensorial, o uso da linguagem oral em tarefas metalingüísticas podia ser considerado adequado. Porém, João não dialogava. Isto o colocava numa posição susceptível, tal como revelava a sua voz, a voz de quem resiste ao risco de uma nova condição de vida: a de diferenciar-se do outro e constituir-se como sujeito.

A cena que se segue ilustra como João “atirava” as palavras e parecia querer livrar-se delas:

Ele entrou na sala de terapia nomeando a porta – “póta” (porta)- e a maioria dos objetos que nela continham: “ventidor” (ventilador), “mesa”, “computado” (computador), “zanela” (janela). Esperava minha aprovação fazendo sinal de positivo com o polegar. Respondi-lhe: “que legal João, você já sabe tudo que tem na sala!”. Fiquei em silêncio esperando sua resposta, dando-lhe oportunidade, para, assim, iniciarmos um diálogo e, quando me dirigi a ele, ficou em silêncio, afastando o olhar. Ofereci-lhe alguns brinquedos, somente pela via da linguagem oral com gestos indicativos, continuou em silêncio. Mostrando-lhes os objetos, decidiu-se pelo jogo de memória. Essa escolha se repetiu por inúmeras vezes. João preferia os jogos e o uso do computador a outras brincadeiras (de dramatização de cenas cotidianas). Mais tarde pude compreender que a escolha dessas atividades, pelo paciente, estava relacionada a sua dificuldade simbólica, isto é, de reversibilidade dialógica, de assumir papel de interlocutor e criar.

É possível observar que as alterações fonológicas, na cena dialógica descrita acima, são mínimas e até, esperadas para a idade. Sob o ponto de vista formalista da linguagem, desconsiderando a passividade discursiva, seria um caso clínico de evolução positiva. Apesar das palavras serem bem articuladas, eram desconectadas do texto terapêutico, denotando a dificuldade de João interagir dialogicamente.

Após avaliação de linguagem, o processo terapêutico com João teve como objetivo tomá-lo numa ordem discursiva, uma vez que já ele estava instrumentalizado pelo código lingüístico oral, como vimos. Considerei ainda, "descolá-lo" da figura materna como única possibilidade de interlocução, favorecendo sua autonomia discursiva.

Passei a solicitar que João entrasse sozinho comigo na sala. No início ele entrava, mas quando não podia representar a mãe simbolicamente em alguma brincadeira, abria a porta e disparava para encontrá-la na sala de espera ou pedia para ir ao banheiro, para verificar se ela estava na sala de espera. Certa vez, quando o fez, ela não estava. Diante disso João gritou, ficou desesperado. Disse-lhe que ela tinha ido tomar café.

Na sessão seguinte, João relutou em entrar sozinho. Fui à sala de espera e falei que o esperaria e que ele entrasse quando quisesse. Cerca de quinze minutos depois ele entrou, fechou a porta e pediu para desenhar. Enquanto desenhava algo que representava o seu quarto (eu havia lhe pedido para que ele desenhasse sua casa) e disse: "café". Num primeiro momento não entendi, mas quando a sessão terminou e fomos ao encontro da mãe, ela não estava e ele repetiu: "café". Sentou-se e esperou "lendo" um livrinho.

Ester e João acordavam tarde, não tomavam café da manhã e almoçavam na rua nos dias de terapia. Dormiam tarde e na mesma cama. Na escola, João dormia durante a tarde e, segundo as professoras, quando acordava, estava irritado. Ester não ia embora para a casa, ficava na escola até o horário da saída das crianças.

Comentei sobre quanto tempo ela "perdia" esperando João na escola. Precisávamos encontrar, juntas, uma solução. No início foi difícil, ela me dizia que as professoras a faziam ficar lá porque não podiam ocupar-se das "birras" de João. Nesse momento, intervi. Entrei em contato com a professora e, após longa conversa, observei que João era tratado como "diferente". Assim, conversei com a coordenadora e com a concordância de Ester, João passou a freqüentar a escola pela manhã. Combinamos que a mãe se despediria de João, explicando-lhe que

voltaria para buscá-lo. Estudando pela manhã, João passou a dormir mais cedo e Ester tinha um tempo para ela, também, à noite.

Numa sessão específica em que pedi que Ester nos acompanhasse, ela referiu que, conforme João foi “se acostumando” a nova rotina, sua alimentação melhorou, engordou e as crises convulsivas diminuíram (em quantidade e intensidade) e estava mais calmo.

Na seqüência, João passou a faltar nos atendimentos, por três semanas consecutivas. A princípio me preocupei, mas ao entrar em contato com Ester pude relacionar as faltas aos efeitos do processo terapêutico na dinâmica familiar. Disse-me que havia faltado na primeira semana, pois ficaram (ela e João) doentes, “pegamos uma virose”. Deixei que falasse antes de intervir, e qual não foi minha surpresa quando Ester afirmou que havia ido a uma entrevista de emprego e que “não se lembrava como era andar sozinha na rua, fazendo coisas para mim, que eu gosto”.

Os efeitos do descolamento mãe-criança , pôde ser observado num processo de subjetivação de João através da linguagem, no caso, no desejo da não interferência da mãe. E, ao final do processo terapêutico, isso era observável no brincar e, também, podia ser escutado nos dizeres do menino.

Estávamos na sala, eu, João e sua mãe. Ele estava agitado e movimentava-se, mudando de posição e andando pela sala, durante toda a cena relatada a seguir:

T: você pode tirar qualquer brinquedo do armário.

João (batendo palmas com entusiasmo): eeeeeeeee!

Ester: olha quanto jogo, filho!

T (enfatizando gestualmente a palavra “você”): então escolhe um brinquedo bem legal, que <u>você</u> goste.

Ester: ah, ele gosta de memória, né? Dá um “banho” na gente!

(João decidiu-se pelas canetas hidrográficas e papel.)

João: sapato.

T: sapato? Vai desenhar seu sapato?

João: sapato, João.

T: você que escolheu seu sapato? É bonito!

João, demonstrando irritação, tira o sapato e coça o pé onde tinha sido picado por um pernilongo.

T: ah! Estava coçando...mas você não disse isso para mim, você só falou sapato.

João fez um gesto indicando que eu era “louca”.

T: eu sou “louca”? Eu não entendi o que você queria, estava adivinhando...

João foi até a mesa e começou a desenhar. Fui até ele, mas ele pediu que eu esperasse para ver o desenho, dizendo: pára!

Ester aproveitava para falar comigo, mas **João** intervia pedindo que ela ficasse quieta: xiiii!

Ester insisitu em conversar.

João levantou abruptamente e puxando a mãe pela mão, tirou-a da sala: meu! Tchau!

Ele olhou para mim buscando aprovação.

T: você está certo João, esse é o seu espaço, depois eu converso com a mamãe.

João em gargalhadas e ironicamente: “loca”, mamãe.

Esta ultima cena reflete, a meu ver, os primeiros passos do menino rumo a autonomia discursiva. As palavras passaram a ser empregadas para expressar afetos. João demonstrou conseguir diferenciar (e por isso expulsa a mãe da sala) o lugar em cujo olhar que lhe é dirigido é o de sujeito. O seu corpo, até então era nomeado e reconhecido pela surdez e pela convulsão; até que o menino encontra o seu nome. O setting terapêutico, para ele, era um lugar diferenciado em que o outro lhe conferia gestos simbólicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1- Os casos de João e Bela confirmaram a proposição inicial desta pesquisa, a saber: a ocorrência de efeitos subseqüentes ao processo de adoecimento, por meningite bacteriana, no funcionamento psíquico e de linguagem de crianças surdas.

2- Ambas as crianças foram acometidas entre os 06 e 18 meses, observando-se a relação entre precocidade do acometimento e agravamento do prognóstico de linguagem, conforme consta na literatura consultada. Sugere-se, nesse sentido, também a consideração do agravamento do prognóstico psíquico.

3- Em ambos os casos a única seqüela orgânica da meningite foi a surdez. Porém, a situação traumática de risco e o prognóstico incerto, promoveram seqüelas simbólicas que afetaram o desenvolvimento de linguagem e psíquico dessas crianças.

4- Nos casos estudados, ocorreram afastamentos físicos e simbólicos entre as crianças e seus familiares, que foram potencializados pela hospitalização; situação desfavorável para o acolhimento das demandas psíquicas provenientes de um acometimento orgânico marcadamente doloroso. Diante da urgência das demandas orgânicas, os procedimentos clínicos priorizaram a superação dos sintomas dessa natureza, e não a totalidade bio-psíquica das crianças.

5- Esses afastamentos, envolvidos nas rotinas da hospitalização, aliados à comunicação do diagnóstico da doença, geraram o *luto antecipado* no imaginário familiar; o qual também interferiu no processo de aquisição da linguagem oral dessas crianças. O padrão interacional que se estabeleceu entre pais e filhos, na seqüência, foi desfavorável; dado o precário investimento dos pais na autonomia discursiva dos filhos.

6- Sugere-se, portanto, que, diante de um fato orgânico tão contundente, os fonoaudiólogos retomem, com o paciente e seus familiares, os conteúdos subjetivos da história clínica desde o período de adoecimento. O retorno a esses eventos passados, a partir da escuta terapêutica atenta, possibilita a elaboração desse sofrimento; a fim de ressignificá-lo. Nessa pesquisa foi possível constatar que tal procedimento possibilitou deslocamentos dos sintomas apresentados pelas crianças, que favoreceram o funcionamento psíquico e de linguagem subseqüentes.

7- Portanto, nesse trabalho, a etiologia da surdez (no caso, a meningite bacteriana) não foi tomada em termos de causalidade linear, que informa sobre as características da perda auditiva e suas implicações no desenvolvimento dos pacientes. Mas, sobretudo, na dimensão de seus efeitos bio-psíquicos, que marcam a linguagem, na singularidade de cada caso clínico particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON V, ANDERSON P, GRINWOOD K, NOLAN T. *Cognitive and exexutive function 12 years after childhood bacterial meningitis: effect of acute neurologic complications and age of onset.* Journal of Paediatric Psychology , V 2, N 29, 2004, p 67-81.

ANJOS L P. *Prognóstico audiológico tardio relacionado à meningite em lactentes*. Arq. Neuro-Psiquiatr, São Paulo, v.62, n.3, set. 2004.

BARSANTI C e BARSANTI M. *Imunização contra doença meningicócica*. Rev.Pediatria Moderna, Formato eletrônico, 2000.

BEREZIN E N. *Infecções Pneumocócicas: Problemas e perspectivas.* Rev. Pediatria Moderna, v36,n1/2, fev 2000.

_____ *Meningite pneumocócica na infância: características clínicas, sorotipos mais prevalentes e prognóstico*. *J. Pediatr, Rio de Janeiro,* v78, n1, p.19-23, jan. /fev. 2002.

BERLINCK M T. *Psicopatologia Fundamental*.São Paulo. Escuta, 2000.

BIRKMAN M. *O corpo simbolicamente marcado por suas histórias: os transtornos de linguagem em questão*. Mestrado. PUC-SP; 2003.

CUNHA M C. Desesquecimento: sobre a escolha do material clínico na pesquisa fonoaudiológica In: Distúrbios da Comunicação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: Educ, v 12, n 1, p 91-99 ;2000.

_____. *Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território*.São Paulo: Plexus, 2001.

_____. *Linguagem e Psiquismo: Considerações Fonoaudiológicas* Estritas. In: FERREIRA L P, BEFI-LOPES D M e LIMONGI S C O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

DOLTO F. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 2002.

_____ *A Imagem inconsciente do corpo*.São Paulo: Perspectiva; 2004.

FARIA S M e FARHAT C K. *Meningites bacterianas: diagnóstico e conduta*. J.Pediatria (RIO J) 1999, 75(Supl 1): 45-46.

FARHAT C K. *Meningites na Infância: estudos de 777 casos*. Brazilian Pediatric News, v2,n4,dez. 2000.

FONSECA V R. *Surdez e Deficiência Auditiva: a trajetória da infância à idade adulta*.São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FREUD S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Edição Eletrônica, Rio de Janeiro: Imago; 2003.

GOLSE B. Será que existe para a criança uma ligação entre depressão e hospitalização. In: GEITGEL - GILLE M (org). Boi da cara preta: crianças no hospital. Coleção de calças curtas. Ágalma: Salvador, 2003.p 77-105

GRINWOOD K. *Legacy of bacterial meningitis in infancy: Many children continue to suffer functionally important deficits.*BMJ 2001, Paper 323, p 523-524.

HALKET S, LOUVOUIS J, HOLT D E e HARVEY D. *Long term follow up after meningitis in infancy: behavior of teenagers.* Archives of disease in childhood, N 88, 2003, p 395-398.

JERUSALINSKY A. *Psicanálise de Desenvolvimento Infantil*. 3ª Porto Alegre: Artes e Ofícios; 2004.

JUNQUEIRA M F. *A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência*. Estud. psicol. (Natal), jan./abr. 2003, vol.8, no.1, p.193-197.

KOOMEN I, GROOBEE D E, JENNEKENS-SCHINKEL A, VAN DER LEI H D W, KRAAK M A C e FURTH A M. *Prediction of academic and behavior limitations in school age survivor of bacterial meningitis.* Acta Paedeatrica, V 93, N 10, Out/2004, p 1378-1385.

KREBS V L J. *Artigo de Revisão Meningite bacteriana no período neonatal*. Rev.Pediatria Moderna Edição Especial, Jun. 2000.

KREBS V L J e TARICCO L D. *Fatores de risco para meningite bacteriana no recém-nascido*. Arq. Neuro-Psiquiatr, v.62, n.3a, p.630-634, set. 2004

MERKELBACH S, SITTINGER H, SCHWEIZER I, MÜLLER M. *Cognitive outcome after bacterial meningitis* Acta Neurologica Scandinavica, Volume 102 , Aug/ 2000, p 118.

MEZAN R. *Escrever a clínica*.São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MITRE R M A e GOMES R. *A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde*. Ciênc. saúde coletiva, 2004, vol.9, no.1, p.147-154.

MOREIRA L P & DUPAS G.*Significado de saúde e de doença na percepção da criança*.Rev.Latino-Am.Enfermagem,v11,n6,Ribeirão Preto,nov/dez 2003.

MORGON F H. *Validación de la escala de razón de las necesidades de familiares en unidades de terapia intensiva*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, mar./abr. 2004, vol.12, no.2.

MOTTA C B F. *A repetição na prática fonoaudiológica*. Mestrado, PUC-SP, 2003.

MOTTA A B e ENUMO S R F. Playing *in the hospital: coping strategy in child hospitalization*. Psicol. estud., Jan./Apr. 2004, vol.9, no.1, p.19-28.

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

NASIO J D. *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

NOVAES B C A C & BALIEIRO C R. *Terapia Fonoaudiológica da Criança Surda*. In: FERREIRA L P, BEFI-LOPES D M e LIMONGI S C O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

PALLADINO R R. *Desenvolvimento da Linguagem*. In: FERREIRA L P, BEFI-LOPES D M e LIMONGI S C O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

_____. *A objetividade e a subjetividade na Fonoaudiologia*. Distúrbios da Comunicação, São Paulo. 12(1), dezembro,p.61-73,2000.

PENTLAND L M, ANDERSON V A e WRENALL J A. *The implications of childhood bacterial meningitis for language development.* Pshychology Press, V 6, N 2, Jun/2000, p 87-100.

PETTENGILL M A e ANGELO M. *Family vulnerability: concept development*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Nov./Dec. 2005, vol.13, no.6, p.982-988

QUEIRÓZ T C N. *Uma tentativa de intervenção precoce…de como introduzir a questão do sujeito no corpo de um Hospital Universitário* in: Wanderley, D B.Palavras em torno do berço. Salvador: Ágalma, p 58-71 ;1997

RANÑA W. *A clínica com bebês: eixos da constituição subjetiva e modalidades de intervenção.*In: ARAGÃO R O. O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004. p 59-71

SANTOS T M M. *A evolução da audição em crianças deficientes auditivas por meningite bacteriana*. Doutorado. Unifesp:EPM,1994.

_____. *Meningite bacteriana em crianças: um estudo sobre a relação entre aspectos clínicos e audiológicos*. Mestrado. Unifesp:EPM, 1992.

SILVEIRA T C. A psicanálise e os impasses da constituição subjetiva. Psyché, v VII, n 11, jun, 2003.

SOUZA L A P. *Linguagem e Corpo*. In: FERREIRA L P, BEFI-LOPES D M e LIMONGI S C O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004.

ANEXOS

Exames Audiológicos dos Pacientes

Bela
Avaliação Audiológica

NOME ..... IDADE 3a 2m DATA 23.05.2005

EXAME SOLICITADO POR:

EXAME ORL: OTOSCOPIA -

Tímpanos vascularizados

AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

1 — POTENCIAIS EVOCADOS DO TRONCO CEREBRAL

Níveis Mínimos de Respostas

	O.D.	O.E.	
Click	ausente	ausente	dBHLn

2 — VISUAL REINFORCEMENT AUDIOMETRY (VRA)

	500	1K	2K	4K	Hz
O. D.:	↓	↓	↓	↓	dBHL
O. E.:	↓	↓	↓	↓	
Sem AAS:	↓	↓	↓	↓	Nº campo
Com AAS:	65	65	↓	↓	

AUDIOMETRIA LÚDICA

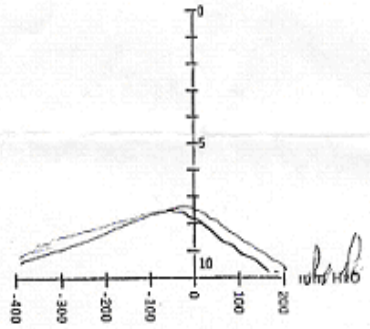
	500	1K	2K	4K	Hz
O. D.:					dBHL
O. E.:					

3 — DISCRIMINAÇÃO VOCAL — O. D.: ↓

SDT O. E.: ↓

4 — IMPEDÂNCIOMETRIA

TIMPANOMETRIA

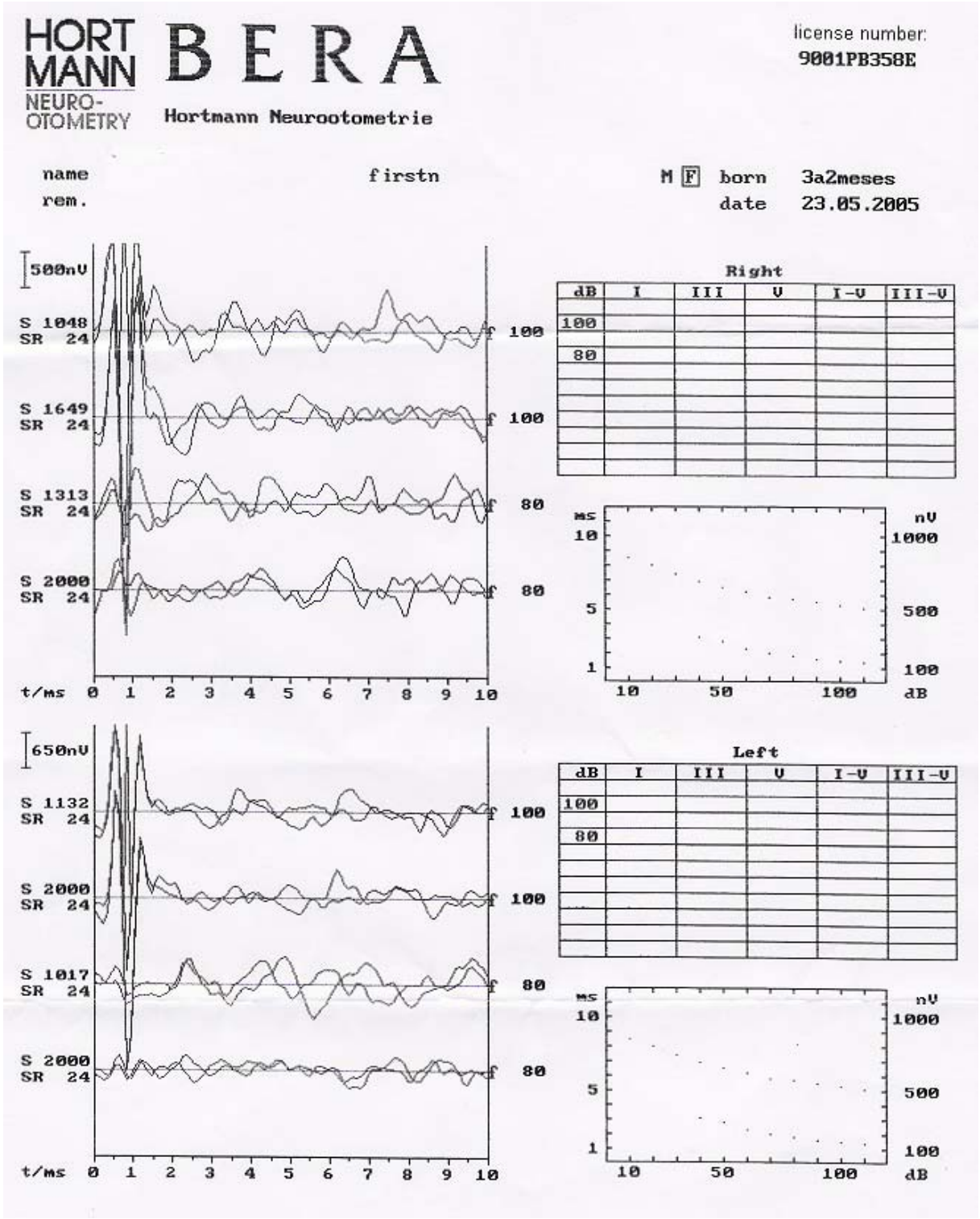


REFLEXO ESTAPEDIANO ACÚSTICO

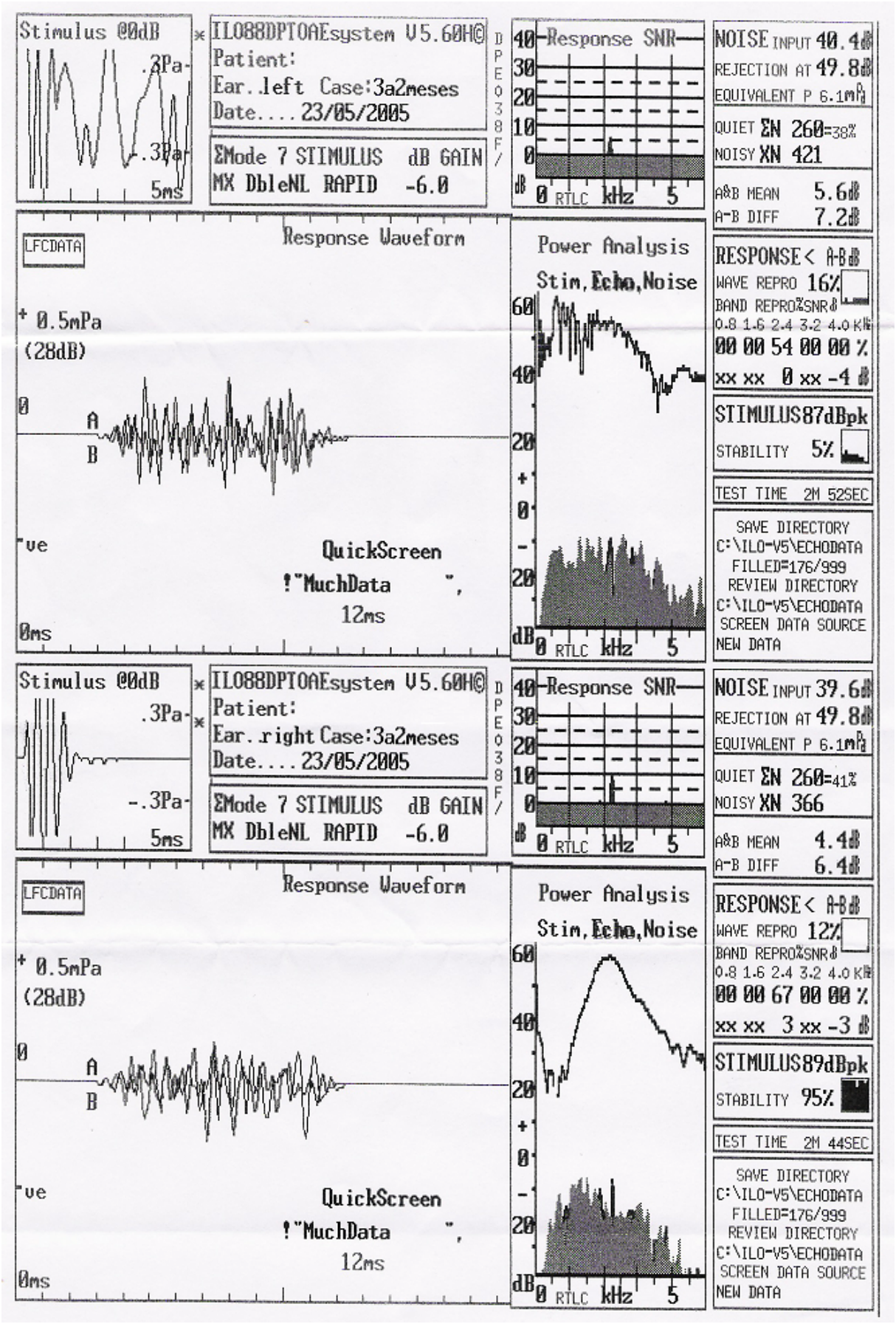
FREQUÊNCIA	VIA AFERENTE DIREITA		VIA AFERENTE ESQUERDA	
HZ	IPSI dB - SPL	CONTRA dB - HTL	IPSI dB - SPL	CONTRA dB - HTL
4000		↓		↓
2000		↓		↓
1000		↓		↓
500		↓		↓
250		↓		↓
	N N	↓		↓

CONCLUSÕES: Deficiência auditiva neuro-sensorial bilateral; Otite média secretora bilateral.

Bela
BERA



Bela
Emissões Otoacústicas



João
Avaliação Audiológica

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
CENTRO DE PESQUISAS AUDIOLÓGICAS - CPA

RELATÓRIO

O paciente está matriculado no Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais / USP Bauru, com o número de registro 97759-78. No período 12/06/2002 a 14/06/2002 foi submetido à avaliação audiológica, na qual foram constatados os seguintes resultados:

- Potencial Evocado Auditivo de Tronco Cerebral (BERA):
  OD: ausência de resposta em 100 dBnHL.
  OE: ausência de resposta em 100 dBnHL.
- Emissões Otoacústicas Transientes (EOA):
  OD e OE: ausentes
- Imitanciometria:
  OD: curva timpanométrica: tipo A.Reflexos acústicos: ausentes ipsi e contralateralemente.
  OE: curva timpanométrica: tipo A.Reflexos acústicos: ausentes ipsi e contralateralemente .
- Na audiometria em campo sem AASI:

	500	1k	2k	3k	4k	Hz
OD/OE	75	85	90	110	↓	dB

- Na avaliação com AASI , modelo PPCL 4 da marca Phonak , os resultados foram:

	500	1k	2k	3k	4k	Hz
OD/OE	50	50	55	65	65	dB

Diante dos resultados , concluímos que o paciente apresenta deficiência auditiva neurosenssorial bilateralmente.

Dr. Domingos Lamônica Neto
Otorrinolaringologista
CRM SP 23660

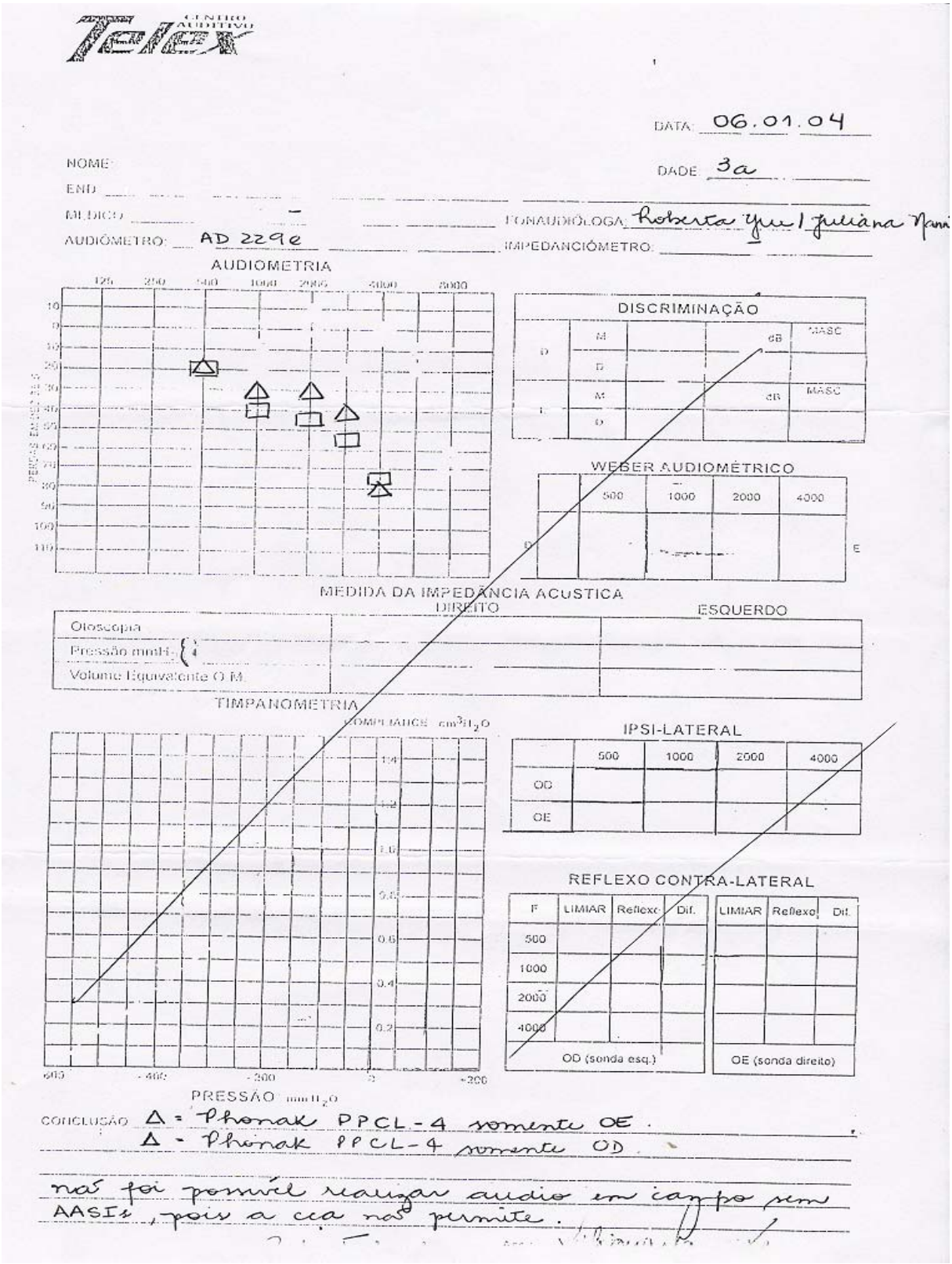
Dr. Domingos Lamônica Neto
Otorrinolaringologista CRM23660

Fga.Regina Célia Bortoleto Amantini
Fonoaudióloga CRFa 4534

Bauru, 11 de setembro de 2002

João

Audiometria em Campo com AASI



CENTRO AUDITIVO TELEX

DATA: 06.01.04

NOME:

IDADE: 3a

END:

MÉDICO:

FONAUDIÓLOGA: Roberta Yuri Juliana Yumi

AUDIÓMETRO: AD 229e

IMPEDANCIÓMETRO:

AUDIOMETRIA

125 250 500 1000 2000 3000 4000

DISCRIMINAÇÃO

D	M		dB	MASC
	D			
E	M		dB	MASC
	D			

WEBER AUDIOMÉTRICO

	500	1000	2000	4000
D				E

MEDIDA DA IMPEDÂNCIA ACUSTICA

	DIREITO	ESQUERDO
Otoscopia		
Pressão mmH2O		
Volume Equivalente O.M.		

TIMPANOMETRIA

COMPLIANCE cm^3H_2O

1.4 1.2 1.0 0.8 0.6 0.4 0.2

-600 -400 -200 0 +200

PRESSÃO mmH_2O

IPSI-LATERAL

	500	1000	2000	4000
OD				
OE				

REFLEXO CONTRA-LATERAL

F	LIMIAR	Reflexo	Dif.	LIMIAR	Reflexo	Dif.
500						
1000						
2000						
4000						
	OD (sonda esq.)			OE (sonda direito)		

CONCLUSÃO: Δ = Phonak PPCL-4 somente OE.

Δ - Phonak PPCL-4 somente OD

não foi possível realizar audio em campo sem AASIs, pois a cca não permite.

Consentimento Informado Às Famílias Participantes

Nome da criança:

Nome dos Responsáveis: Data: / /

Pesquisador: Aline Garrido
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP
Programa de Estudos Pós -Graduados em Fonoaudiologia
Rua Monte Alegre, 984 – Perdizes – São Paulo.

Nós, _____e_____, responsáveis legais pelo(a) menor_____, consentimos que os registros dos atendimentos realizados pela pesquisadora possam ser usados para fins da pesquisa intitulada: “Relações entre corpo, psiquismo e linguagem em crianças surdas em decorrência de meningite bacteriana” , cujo objetivo é o de analisar os efeitos do processo de adoecimento por meningite bacteriana no funcionamento psíquico e de linguagem de crianças surdas.

Compreendemos que não existem riscos de qualquer ordem na concordância de nossa participação neste projeto, pois esta pesquisa não envolve outros procedimentos além daqueles utilizados, habitualmente, no atendimento fonoaudiológico.

Os resultados podem ser benéficos ao pesquisador, às crianças e suas famílias em atendimento.

Fomos informados de que: nossas identidades serão preservadas, assim como não serão utilizados recursos de gravações áudios-visuais garantindo, ainda mais, a confidencialidade; não há investimento ou ressarcimento financeiro em virtude da participação nesta pesquisa; os resultados poderão ser publicados à comunidade profissional científica.

Temos conhecimento de que podemos nos abster e retirar meu filho (a) da pesquisa a qualquer momento.

Segundo as informações que nos foram dadas a respeito deste estudo, consentimos em participar, autorizando, inclusive a utilização das expressões verbais, orais, escritas ou desenhos feitos por nosso (a) filho (a) durante o atendimento fonoaudiológico.

Temos liberdade para esclarecimento de quaisquer dúvidas, em qualquer momento. Para isso, podemos entrar em contato com a pesquisadora pessoalmente ou pelo telefone: (12) 81279935.

Receberemos uma cópia deste documento assinada pela pesquisadora.

_____

Responsável

_____

Responsável

_____

Aline Garrido