

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Especialização em Teoria Psicanalítica

CRISTIANA TORRES KLIMSA SARTORETO

**Processo de diagnóstico precoce da surdez:
uma leitura psicanalítica do luto materno e possíveis repercussões na díade mãe ouvinte
e bebê surdo**

Belo Horizonte

2017

CRISTIANA TORRES KLIMSASARTORETO

**Processo de diagnóstico precoce da surdez:
uma leitura psicanalítica do luto materno e possíveis repercussões na díade mãe ouvinte
e bebê surdo**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Maria Teresa de Melo Carvalho

Belo Horizonte

2017

À Talita Araújo, minha amiga, pelo grande encontro que vivemos e pelo exemplo de profissional que você se tornou. Começamos juntas, eu parei e você voou. Nossas afinidades não se restringiam à escolha profissional, na verdade, é até difícil dizer sobre elas... éramos muito parecidas. Seu incentivo para que eu voltasse à Psicologia e sua partida inesperada, dias depois, encurralaram o meu desejo de retorno. Com a coragem ele teve que haver-se. Não terei a oportunidade de agradecê-la, mas espero que meus passos 'psis' possam fazer isso por mim e

que daí de cima (juntamente com painho) você possa de alguma forma senti-los.

AGRADECIMENTOS

À diáde primeira deste trabalho: Maria José (mãe ouvinte) e Bernardo Luís (irmão surdo).

A Filipe Sartoreto Klimsa, meu companheiro, por aceitar dividir a paixão de meus olhares com a Psicanálise e a surdez, compreendendo minhas ausências.

À Christianne Miranda, Luciana Fiúza, Sônia Leal, Beatriz Diniz, Laysa Akeho e Débora Goulart, pelo apoio carinhoso de nossas conversas sobre o tema.

À Simone Araújo, pela escuta acolhedora e suporte balizador.

À Maria Teresa Carvalho, pela credibilidade creditada em mim em nossa primeira orientação.

À Sirley Carvalho, pela confiança e pelos incentivos de estudo e prática.

A Alberto Timo, pela generosidade do convite para participar do Projeto Travessias, onde posso desenvolver atividades inerentes ao fazer psicanalítico em Belo Horizonte.

RESUMO

Klimsa-Sartoreto, C. T. (2017) *Processo de diagnóstico precoce da surdez: uma leitura psicanalítica do luto materno e possíveis repercussões na díade mãe ouvinte e bebê surdo.* Monografia do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Dado que a descoberta da surdez de um filho causa sofrimento em pais ouvintes e que o processo de diagnóstico hoje se inicia precocemente, com o recém-nascido ainda na maternidade, este levantamento bibliográfico objetiva entender, do ponto de vista psicanalítico, o luto materno e os possíveis impactos na díade mãe ouvinte e bebê surdo. Quando o Teste da Orelhinha é realizado no bebê e a suspeita de surdez levantada, a mulher puérpera é tomada por um estado ansioso que culmina, com a confirmação do diagnóstico, na vivência do luto pela perda do bebê idealizado - a perda das idealizações gestadas em torno do ideal de filho igualmente ouvinte. O conceito de luto, normal e patológico (melancolia), é aprofundado na teoria freudiana à luz do conceito de narcisismo. O ideal narcísico da mãe é atingido e para entender os componentes maternos, da mãe enlutada, que influenciam a constituição subjetiva da criança será feita uma análise das ideias winnicottianas acerca da função ambiental/materna e da relação especular. O luto vivenciado de forma patológica traz repercussões tanto para o vínculo mãe-bebê quanto para o desempenho de uma função materna suficientemente boa. Desta forma, algumas ações e programas para a saúde auditiva neonatal são pensadas a fim de amparar psicologicamente a mãe, para que ela possa elaborar a notícia, ressignificar a surdez e tomar as devidas decisões quanto aos encaminhamentos destinados ao desenvolvimento dele. Alinhado com o direito linguístico dos surdos, também numa perspectiva de prevenção e promoção de saúde, outra possibilidade é apresentada: a aquisição de uma língua de sinais em tempo hábil como forma de evitar prejuízos futuros e de estabelecer uma língua efetiva na comunicação entre mãe ouvinte e filho surdo.

Palavras-chave: diagnóstico precoce, surdez, luto materno, língua de sinais.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1 O UNIVERSO DO SUJEITO SURDO E DA SURDEZ.....	10
1.1 Vias de entendimento: como os surdos se narram e como são narrados.....	10
1.2 A história e o laço normativo: direitos linguísticos na saúde e na educação de surdos.....	15
1.3 O acompanhamento materno-infantil: a mulher puérpera.....	21
2 O DIAGNÓSTICO DA SURDEZ E O LUTO.....	23
2.1 Identificação narcísica e projetos ideais lançados para o filho: o narcisismo em questão.....	27
3 A MÃE ENLUTADA: REPERCUSSÕES NA DÍADE MÃE-BEBÊ.....	31
3.1 Função materna e o vínculo mãe-bebê.....	34
3.2 O luto materno: impactos na díade mãe ouvinte e bebê surdo.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

INTRODUÇÃO

A possível identificação de surdez do filho que é submetido à Triagem Auditiva Neonatal (TAN) gera ansiedade na mulher (Driant, Vandromme, Kolski, & Strunski, 2004) que já se encontra fragilizada pelo período em que vive: o puerpério. A confirmação da surdez, a partir do diagnóstico, impõe à mãe ouvinte o enfrentamento do luto pela perda do filho idealizado. A realidade frustra projeto do filho gestado simbolicamente em torno do ideal de perfeição, saúde e não-deficiência e põe em cheque o rol de expectativas lançadas para o futuro desse filho (Luterman apud Silva, Zanolli, & Pereira, 2008).

O luto pela perda de um ideal pode transcorrer num curso normal ou se desenvolver de forma patológica - melancólica, na linguagem psicanalítica. O trabalho do luto para superar a perda de algo ou alguém que foi investido amorosamente constitui o curso natural das coisas e se desenrola num processo doloroso, a seu próprio tempo. A mãe ouvinte, enlutada pela descoberta da surdez do filho, vivenciará esse momento e necessitará de apoio para lidar com a nova realidade e a fim de que esta não prejudique nem o vínculo mãe-bebê nem o infante em constituição.

A principal questão que a surdez implica diz respeito à linguagem e, conseqüentemente, ao desenvolvimento linguístico, cognitivo, social, educacional e emocional, que poderá apresentar comprometimento caso não haja identificação e intervenção em tempo hábil (Negrelli, & Marcon apud Oliveira, Cúnico, Cunha, Kruehl, & Tochetto, 2013). A audição é uma das prerrogativas que possibilita a aquisição da língua oral, ou seja, esta depende prioritariamente de um aparelho auditivo preservado. Mas raramente a criança com surdez¹ consegue discriminar auditivamente a linguagem oral (Santana, 2007); ela apresenta uma dificuldade de acesso à língua oral, de modalidade² oral-auditiva. Contudo, com o canal visual preservado, ela apreenderá o mundo por meio das experiências visuais e as línguas que permitem uma aquisição de forma natural e espontânea são a línguas de sinais, dada sua modalidade viso-espacial (Sacks, 1998).

¹ Quando se fala de surdez, neste trabalho, se refere à surdez congênita de grau profundo, com porcentagem mínima de resíduo auditivo. Ou seja, trata-se de indivíduos que não conseguem escutar, naturalmente, a voz humana (sem o uso de aparatos tecnológicos).

² “As línguas podem ser orais-auditivas ou espaço-visuais. As línguas são denominadas orais-auditivas quando a forma de recepção não-grafada (não-escrita) é a audição e a forma de reprodução não-escrita é a oralização. (...) as línguas espaço-visuais são naturalmente reproduzidas por sinais manuais e sua recepção é visual” (Fernandes, 2003, p. 17).

Há mais de uma década, o processo de diagnóstico da surdez pode ser realizado de forma precoce no Brasil (Lewis, Marone, Mendes, Cruz, & Nóbrega, 2010). Conhecido popularmente como Teste da Orelhinha, o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) objetiva avaliar a audição do recém-nascido, preferencialmente nas primeiras horas de vida, de 24h a 48h (Ministério da Saúde [MS], 2012a). Em 2010, sua realização tornou-se obrigatória e gratuita nas maternidades brasileiras, antes da alta hospitalar (Lei nº 12.303, 2010). Juntamente com o teste auditivo denominado Peate³, são procedimentos que constituem a TAN cuja finalidade é a identificação da surdez precocemente.

A identificação, o diagnóstico da surdez e as intervenções precoces, principalmente no que se refere ao desenvolvimento da linguagem da criança surda, são medidas que podem privilegiar a prevenção de problemas futuros ou minimizar prejuízos, como o atraso na aquisição de língua. Contudo, este cenário inspira cuidados com a mãe, que passa a lidar com a suspeita da surdez de seu filho desde seus primeiros dias de vida. Os efeitos na mãe, tanto da triagem auditiva neonatal em bebês com resultado positivo⁴ para a surdez, quanto do diagnóstico de surdez precisam ser melhor estudados para que seja possível oferecer o suporte adequado no acompanhamento da mãe enlutada.

Entendendo a necessidade de melhor compreender como se dão esses processos na mãe ouvinte, este trabalho se propôs a focar o olhar no luto dessa mãe, fazendo uma revisão de literatura sobre o luto e a melancolia em Freud a partir da leitura do narcisismo. Portanto, a reflexão que guia este estudo é: como a psicanálise pode contribuir para um melhor entendimento desse processo de luto e suas consequências para a relação mãe ouvinte e bebê surdo⁵?

O objetivo desse levantamento bibliográfico é entender o luto e suas consequências na mãe ouvinte diante do processo de diagnóstico precoce da surdez do filho. Privilegia-se o luto materno em detrimento do luto paterno/familiar, pela necessidade de se refletir sobre o enlutamento materno vivido, também, no puerpério. Essa situação merece atenção da

³ Sigla de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate-Automático ou em modo triagem).

⁴ Quando se fala em resultado positivo para surdez, neste trabalho, significa dizer que o resultado do teste indica a presença ou a possível presença da surdez no bebê.

⁵ Surdo ou pessoa surda são as expressões utilizadas neste trabalho para designar o sujeito que tem surdez. A surdez não é vista como patologia ou incapacidade, e sim como atributo do sujeito que tem como principal característica a visualidade como forma de apreender o mundo. Não comungamos das terminologias pessoa com deficiência ou deficiência auditiva por considerá-las com carga depreciativa intrínseca ao sentido do termo deficiência.

Psicanálise, e um olhar mais cuidadoso deve ser lançado a essa mulher que tem como tarefa assumir a função de ser mãe de um bebê surdo.

Esta é a segunda vez que a autora se debruça sobre a temática do diagnóstico precoce e suas repercussões na relação entre a mãe ouvinte e o bebê surdo. Um levantamento bibliográfico foi feito no trabalho de conclusão de estágio em Psicologia Clínica Comunitária de abordagem psicanalítica, com o título ‘Relação especular: reflexos nas subjetividades dos surdos ou reflexos nas subjetividades surdas?’ (Klimsa, 2005). O conceito relação especular foi trabalhado na perspectiva winnicottiana e a ênfase recaiu nas possíveis consequências do olhar materno na constituição subjetiva da criança - tema que será abordado no terceiro capítulo deste trabalho.

A motivação para o presente estudo surgiu da convivência com pessoas surdas, no campo pessoal, como irmã de surdo e integrante da comunidade surda⁶, e no profissional como psicóloga na clínica e ao desenvolver um trabalho de grupo com mães de surdos no ambulatório de fonoaudiologia do Hospital São Geraldo, anexo ao Hospital das Clínicas, em Belo Horizonte. Contribuiu, ainda, o fato de a autora atuar como tradutora e intérprete de Libras-Português⁷.

Uma significativa parcela da população é surda, portanto políticas públicas e ações para detectar a surdez em tempo hábil e realizar os devidos encaminhamentos se fazem necessários. Em 2005, a Organização Mundial de Saúde relatou 278 milhões de pessoas no mundo com ‘perdas auditivas de grau moderado a profundo’⁸; e, diferentes estudos epidemiográficos mostram que a prevalência da ‘deficiência auditiva’ varia de um a seis neonatos para cada mil nascidos vivos (MS, 2012a). Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, por meio do censo de 2010, diz que 9,7 milhões de pessoas no Brasil têm

⁶ Por comunidade surda entende-se: “pessoas surdas e ouvintes (geralmente familiares, amigos, professores de surdos e intérpretes de língua de sinais) que compartilham dos interesses das pessoas surdas, atuam politicamente discutindo seus direitos linguísticos, culturais e educacionais e se organizam em forma de associações, espaços religiosos, federações, entre outros” (Costa, 2014, p. 21).

⁷ A graduação em Letras-Libras, bacharelado em tradução e interpretação do par linguístico Libras-Português, forneceu o embasamento no campo dos estudos surdos, especialmente no âmbito linguístico e cultural das línguas de sinais e da comunidade surda brasileira, temática que será abordada no primeiro capítulo deste trabalho.

⁸ Em termos de habilidade para ouvir a fala, de acordo com a classificação do grau da perda auditiva de Lloyd e Kaplan, na perda auditiva de grau moderado há uma “dificuldade com a fala em nível de conversação” e na perda auditiva de grau profundo, o indivíduo “pode não entender nem a fala amplificada, ele depende da leitura labial” (Conselho Federal de Fonoaudiologia [CFFa], 2013, p.14).

‘deficiência auditiva’ e, desses, 2.147.366 milhões apresentam ‘deficiência auditiva severa’⁹ (Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012).

O fato de a maioria das crianças surdas - 95 a 96% - serem filhas de pais ouvintes, que não se comunicam por meio da língua de sinais, pode prejudicar o seu desenvolvimento, pois são crianças que não estão inseridas, desde seu nascimento, num ambiente que estimule a aquisição da língua que lhe é natural (Skliar, 1997). Somado a isso, a maioria desses pais não são familiarizados com universo dos surdos e a repercussões da surdez (Marchesi apud Silva et al., 2008).

A importância do programa da TAN na realidade destes sujeitos é imensurável, tanto para a rede de cuidados à pessoa surda quanto para as ações de acompanhamento materno-infantil (MS, 2012a). No entanto, os encaminhamentos recomendados nos documentos e bibliografias da TAN dizem respeito apenas a medidas de intervenção médica e fonoaudiológica no bebê. O foco da preocupação está voltado para a capacitação das habilidades auditivas e da língua oral, em detrimento da real possibilidade de desenvolvimento infantil a partir da aquisição da língua de sinais.

Entende-se que o acompanhamento destinado à mãe do bebê que está passando pela triagem, e posteriormente pelo sistema de diagnóstico e intervenção precoces, deveria abranger o apoio psicológico, realizado por um profissional da Psicologia/Psicanálise. Mas, o Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (Comusa) não congrega nenhuma destas áreas¹⁰ apesar de seguir um dos princípios recomendados internacionalmente para a TAN: “as crianças com perdas auditivas permanentes e suas famílias deveriam ser acompanhadas por equipe interdisciplinar”(Lewis et al., 2010).

A ausência do suporte psicológico na saúde auditiva neonatal, para enfrentamento do luto materno, pode gerar um desamparo na mãe frente à triagem e ao diagnóstico. A forma como a mãe lida com a surdez, a partir do diagnóstico, vai interferir nas escolhas que fará para seu filho. Esta é uma situação crucial, complexa e delicada que traz desdobramentos para o resto da vida de ambos.

⁹ De acordo com a classificação do grau da perda auditiva, segundo BIAP, na deficiência auditiva severa “A fala é percebida se a voz é um pouco elevada. O sujeito entende melhor quando olha a pessoa que fala. Percebe alguns ruídos familiares” (CCFa, 2013, p.15).

¹⁰ O Comusa prevê a presença de equipe multidisciplinar na TAN composta por profissionais das seguintes áreas: Audiologia, Fonoaudiologia, Otologia, Pediatria e Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial (Lewis et al., 2010).

Não há muitos relatos sobre o diagnóstico precoce na literatura nacional. O diagnóstico da surdez ocorria tardiamente, por volta dos três ou quatro anos de idade (Nakamura apud Silva et al., 2008). Com esse levantamento há a pretensão de contribuir para as pesquisas e os trabalhos desenvolvidos sobre a triagem - e o diagnóstico do neonato surdo -, dado que este é um procedimento que se tornou legal há pouco tempo e ainda carece de estudos no campo da Psicologia/Psicanálise.

Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura de artigos científicos e livros que versam sobre o impacto do diagnóstico da surdez com foco na repercussão do diagnóstico precoce na mãe. Além disso, foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre o tema do luto e do narcisismo na perspectiva psicanalítica. Foi também realizada uma pesquisa documental a partir do estudo da legislação e de diretrizes que respaldam tanto o acompanhamento destinado à mulher puérpera quanto aquele que ampara bebê surdo na saúde auditiva. Além da interface com os direitos linguísticos e educacionais dos surdos.

O primeiro capítulo tem como finalidade apresentar a área da surdez para que o leitor possa se contextualizar¹¹, ver as possibilidades de desenvolvimento da criança surda e saber dos encaminhamentos possíveis que a mãe vai haver-se a partir do diagnóstico do filho. Este capítulo apresenta um panorama das principais concepções acerca da pessoa surda que permeiam as posturas profissionais a partir da perspectiva clínico-patológica e aquelas que são respaldadas pelos estudos surdos embasados pela ideologia socioantropológica da surdez, além de apresentar, brevemente, alguns diálogos da Psicologia e da Psicanálise com a surdez. Traz-se os principais direitos assegurados aos surdos pela legislação brasileira tanto na educação de surdos, que privilegia o bilinguismo (Libras/Português), quanto na área da saúde, especialmente, a política de diagnóstico precoce da surdez, que se inicia com a TAN. Reflete-se sobre a triagem auditiva neonatal e a atenção básica na saúde auditiva destinada à mãe do bebê, destacando as normativas para o acompanhamento materno-infantil, em especial, aos cuidados destinados à mulher puérpera na perspectiva da assistência humanizada em saúde.

No segundo capítulo, apontamentos sobre a vivência psicológica dos pais frente ao diagnóstico da surdez revelam as dificuldades enfrentadas e a necessidade de se trabalhar o

¹¹ Por entender que grande parte da sociedade desconhece o universo das pessoas surdas, o primeiro capítulo deste trabalho tratou de compilar as principais questões que circundam esse grupo. Mesmo sabendo do objetivo principal desta monografia, o estudo de um conceito psicanalítico, não há como falar do luto e melancolia na mãe ouvinte sem trazer a tona o complexo cenário que envolve a surdez.

luto. É colocado um levantamento feito acerca da forma como a mãe ouvinte recebe o diagnóstico da surdez do filho e quais impactos advindo dessa notícia. A conceituação do luto e sua distinção entre luto e melancolia trazida por Freud é discutida a partir da leitura do narcisismo. Apresenta-se o significado de identificação narcísica e o lugar que o bebê ocupa no ideal de eu da mãe, mostrando que a descoberta da surdez gera o enfrentamento do luto pela perda das expectativas gestadas em torno do ideal de filho ouvinte.

Por último, são descritos os componentes da mãe enlutada que influenciam a constituição psíquica da criança à luz da Psicanálise winnicotiana. Dialogando com o campo da surdez, são feitas algumas problematizações possíveis sobre os componentes da mãe, ouvinte, que vive o luto pelo diagnóstico precoce da surdez do filho, que influenciam a constituição psíquica do bebê surdo. Também são discutidos os conceitos de ansiedade puerperal, depressão pós-parto e depressão materna como quadros que inspiram cuidados com a mãe.

Nas considerações finais são feitas algumas indicações para o desenvolvimento de pesquisas e ações que visem o amparo à mulher, desde o puerpério, para que o luto materno possa ser elaborado, com o auxílio do psicólogo/psicanalista, integrante da equipe multiprofissional da saúde auditiva neonatal. Apresenta-se sugestões de diretrizes e programas a serem pensados e construídos na e pela saúde auditiva acerca do desenvolvimento da criança surda por meio da língua de sinais como mecanismo de intervenção precoce.

1 O UNIVERSO DO SUJEITO SURDO E DA SURDEZ

A pessoa surda tem deficiência auditiva? Que diferença tem o sujeito surdo em relação ao ouvinte? Os surdos constituem uma minoria linguística em seu país com cultura própria? A língua de sinais é língua ou apenas uma linguagem para auxiliar o surdo? Quem utiliza língua de sinais é quem não conseguiu aprender a língua oral? A surdez causa déficit cognitivo? Como a criança surda se desenvolve? A língua de sinais é uma possibilidade real de desenvolvimento para o infante surdo? A educação de surdos é bilingue? Que bilinguismo é esse? Quais os encaminhamentos sugeridos à criança com surdez? Que ideologia sobre o surdo permeia esses encaminhamentos?¹²

1.1 Vias de entendimento: como os surdos se narram e como são narrados

O surdo e a surdez têm sido compreendidos na literatura a partir de, predominantemente, duas abordagens que historicamente têm influenciado os modos de vida destinados à pessoa surda.

A forma de conceber o surdo como pessoa com deficiência e a surdez como enfermidade a ser medicalizada constitui a matriz do conhecimento médico-científico, cuja visão reabilitadora tem como fundamento a busca da cura. Esse ponto de vista da terapêutica tem como pressuposto a reabilitação do órgão falho. E a avaliação da pessoa com deficiência auditiva ou surdez é feita a partir do desvio, da incapacidade de ouvir.

Tal discurso do especialista que respalda o trabalho com métodos de oralização para potencializar os restos auditivos por meio de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) - as chamadas próteses auditivas - ou implante coclear¹³, por exemplo, e de terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento da fala e da compreensão da língua oral (pela via auditiva e/ou pela leitura labial). Esse tratamento tem objetivo de reabilitar o surdo à convivência social, de capacitá-lo a usar a língua oral e a partilhar dos modos de ser, pensar e agir para integrar-se ao mundo dos ouvintes (Capovilla, 2001, p.1481). É o que também atesta

¹² Os questionamentos feitos, a título de epígrafe, não têm a pretensão de serem respondidos por este trabalho. São questões que motivaram a escrita e que podem mobilizar reflexões no leitor, ao decorrer da leitura.

¹³ “O implante coclear, ou mais popularmente conhecido como ouvido biônico, é uma aparelho eletrônico de alta complexidade tecnológica, que tem sido utilizado nos últimos anos para restaurar a função da audição nos pacientes portadores de surdez profunda que não se beneficiam do uso de próteses auditivas convencionais” (Grupo de Implante Coclear do Hospital das Clínicas e FMUSP, 2005).

Skliar (1997):

Medicalizar a surdez significa orientar toda a atenção à cura do problema auditivo, à correção de defeitos da fala, ao treinamento de certas habilidades menores, como a leitura labial e a articulação, mais que a interiorização de instrumentos culturais significativos, como a língua de sinais. E significa também opor e dar prioridade ao poderoso discurso da medicina frente à débil mensagem da pedagogia, explicitando que é mais importante esperar a cura medicinal – encarnada atualmente nos implantes cocleares* – que compensar o déficit de audição através de mecanismos psicológicos funcionalmente equivalentes (p. 111).

Outra maneira de entendimento é pensar a pessoas surda sob o prisma socioantropológico. Longe do discurso biologicista, essa perspectiva entende a surdez¹⁴ como atributo qualitativo do sujeito. É uma característica que o marca, mas que não o inferioriza diante do outro que ouve. Aqui, o surdo é valorizado pelo que possui: uma habilidade visual que lhe permite o desenvolvimento de uma língua viso-espacial - e, no caso da pessoa surdocega, o uso tátil que faz da língua de sinais para receber a mensagem de seu interlocutor.

Essa é a ideologia que permeia as comunidades surdas usuárias de línguas de sinais em todo mundo. Entendem a surdez como diferença¹⁵ etnográfica, valorizam sua identidade surda e tem orgulho da cultura surda¹⁶ que subjaz essa língua. Os surdos

formam uma comunidade lingüística minoritária caracterizada por compartilhar uma língua de sinais e valores culturais, hábitos e modo de socialização próprios. A língua de sinais constitui o elemento identificatório dos surdos, e o fato de constituírem-se em comunidade significa que compartilham e conhecem os usos e normas de uso da mesma língua, já que interagem cotidianamente em um processo comunicativo eficaz e eficiente. Isto é, desenvolveram as competências lingüística e comunicativa – e cognitiva – por meio do uso da língua de sinais própria de cada comunidade de surdos [...] A língua de sinais anula a deficiência lingüística consequência da surdez e permite que os surdos constituam, então, uma comunidade lingüística minoritária diferente e não um desvio da normalidade (Skliar, 1997,

¹⁴ “Apesar de ser decorrente de uma enfermidade (...) a surdez não pode ser entendida como uma enfermidade ou como uma doença, pois ela não é passível de cura, mesmo que existam cirurgias que prometam isso (...) Assim, a surdez, de uma enfermidade, passa a ser compreendida como uma condição. Mesmo que a intervenção cirúrgica ou outra técnica possam devolver a audição ou fala oral, a experiência da surdez naquele sujeito com surdez precoce já terá deixado marcas na sua constituição psíquica” (Solé, 2005, p.175-176).

¹⁵ A diferença é entendida, segundo McLaren citado por Skliar (1998), “não como um espaço retórico – a surdez é uma diferença – mas como uma construção histórica e social, efeito de conflitos sociais, ancorada em práticas de significação e de representações compartilhadas entre os surdos” (p. 13).

¹⁶ “Tendo como espaços privilegiados de (re)produção as comunidades surdas, a cultura surda opera como um conjunto de práticas e produções específicas que delimitam o *locus* de reafirmação cultural, histórica, política e linguística, sustentando e reforçando vínculos e expressões identitárias entre os sujeitos que a compartilham. O uso da expressão cultura surda, assim, aparece em contexto conflituoso, de resistência às práticas de normalização do sujeito surdo” (Nakagawa, 2012, p. 59).

p.141).

A ideologia do normal presente no modelo clínico é questionada e a lógica da adaptação do surdo ao padrão de normalidade do ouvinte é invertida pelos defensores da abordagem socioantropológica, denunciando o modo como a sociedade produz deficiências ao não reconhecer as diferenças ou restringir o acesso de todos à educação e à saúde (Bisol, Simioni, & Sperb, 2008). Essa crítica foi realizada diante das seguintes constatações:

Foram duas as observações que a partir da década de 60 levaram outros especialistas – como antropólogos, lingüistas e sociólogos – a interessar-se pelos surdos, e que originaram uma visão totalmente oposta à clínica, uma perspectiva sócio-antropológica da surdez. Por um lado, o fato de que os surdos formam comunidades cujo fator aglutinante é a língua de sinais (...) Por outro lado, a confirmação de que os filhos surdos de pais surdos apresentam melhores níveis acadêmicos, melhores habilidades para a aprendizagem da língua oral e escrita, níveis de leitura semelhantes aos do ouvinte, uma identidade equilibrada, e não apresentam os problemas sociais e afetivos próprios dos filhos surdos de pais ouvintes (Skliar, 1997, p.140-1).

Pesquisas desenvolvidas com a língua de sinais americana, realizadas na década de 1960 pelo linguista Stokoe, trouxeram *status* linguístico às línguas de sinais, pois demonstraram sua equivalência em relação às línguas orais (Stoke apud Lacerda, 1998). Somado a isso, temos a comprovação de que a língua de sinais é processada na mesma área do cérebro responsável pelo processamento da língua oral, revelando que essa área cerebral é responsável pelo processamento de qualquer língua humana (Sacks, 1998). Estas pesquisas empoderaram as comunidades surdas ao redor do mundo a buscarem políticas afirmativas para que o respeito a sua diferença prevaleça em contraposição aos discursos ouvintistas¹⁷.

A visualidade que a surdez implica - e as línguas de sinais nascidas a partir dessa condição visual - é o fator identificatório e aglutinante das pessoas surdas em torno de um grupo. Apesar dessa característica específica, a identidade cultural é multifacetada (Quadros apud Gesser, 2009) e outras marcas também estão contidas na cultura surda. Segundo Gesser (2009) a diversidade também está presente nessa minoria, mas o posicionamento da

¹⁷ Ouvintismo é o termo dado às representações dos ouvintes sobre os surdos e a surdez. “Trata-se de um conjunto de representações dos ouvintes, a partir do qual o surdo está obrigado a olhar-se e a narrar-se como se fosse ouvinte. Além disso, é nesse olhar-se, e nesse narrar-se que acontecem as percepções do ser deficiente, do não ser ouvinte, percepções que legitimam as práticas terapêuticas habituais” (Skliar, 1998, p.15).

comunidade surda, em termos essencialistas, se apresenta como forma de resistência ao discurso social excludente.

Sacks (1998) constata que é preciso uma interação totalmente visual para que a criança surda possa desenvolver sua própria identidade e afirma que isso só pode ser proporcionado por outro ser visual. o contato surdo-surdo é condição sine qua non para que os surdos possam estruturar suas identidades surdas.

É importante ressaltar que o contexto no qual o bebê surdo nasce é determinante para o seu desenvolvimento e é preciso entender a diferença entre nascer num ambiente cercado de pessoas que ouvem ou de pessoas que não ouvem. Quando uma criança surda vem ao mundo numa família em que um dos pais ou ambos são surdos e se utilizam da língua de sinais na comunicação, ela encontrará um ambiente de estimulação acessível ao seu desenvolvimento já que é pela visão que os surdos têm acesso ao mundo. Estará ela, desde o princípio, em contato com uma língua que não apresenta nenhum impeditivo ao pleno desenvolvimento da linguagem e, conseqüentemente, da aquisição de língua. Uma criança que cresce num meio que lhe oferece as condições necessárias ao seu desenvolvimento comunicacional, tem a possibilidade de se desenvolver social e cognitivamente de forma adequada e sem prejuízos. Ao passo que, quando um bebê surdo nasce numa família de pessoas ouvintes que se comunicam por meio da língua oral e desconhecem a língua de sinais, ele não terá as mesmas condições de desenvolvimentos dadas oferecidas. O ambiente no qual este bebê se insere não oferece possibilidades naturais de acesso linguístico e cultural, o que poderá desencadear atrasos e comprometimentos nas diversas áreas que permeiam o desenvolvimento infantil. Adaptações deverão ser feitas para que a aquisição de língua seja feita o mais rápido possível, caso contrário a criança surda corre o risco de ficar isolada e renegada do convívio social. Sobre isso, Sacks (1998) afirma:

A língua deve ser introduzida e adquirida o mais cedo possível, senão seu desenvolvimento pode ser permanentemente retardado e prejudicado, com todos os problemas ligados à capacidade de 'proposicionar' mencionados por Hughlings-Jackson. No caso dos profundamente surdos, e isso só pode ser feito por meio da língua de sinais. Portanto, a surdez deve ser diagnosticada o mais cedo possível. As crianças surdas precisam ser postas em contato primeiro com pessoas fluentes na língua de sinais, sejam seus pais, professores ou outros. Assim que a comunicação por sinais for aprendida - e ela pode ser fluente aos três anos de idade -, tudo então pode decorrer: livre de intercurso de pensamento, livre fluxo de informações, aprendizado a leitura e escrita e, talvez, da fala. Não há indícios de que o uso de uma língua de sinais iniba a aquisição da fala. De fato, provavelmente ocorre o inverso (p.38).

Conforme dito anteriormente, estatísticas internacionais revelam que “somente 4% a 5% das crianças surdas são filhas de pais surdos (...) 95 a 96 % das crianças surdas não têm as mesmas possibilidades que os filhos de pais surdos” (Skliar, 1997, p. 130). Este dado traz um alerta e aponta para a necessidade do cuidado profissional que a família ouvinte possa receber para que possa se familiarizar com o universo dos surdos e da possibilidade de oferecer ao filho a oportunidade da aquisição da língua de sinais.

O desconhecimento geral acerca da pessoa surda ainda é uma realidade predominante em nossa sociedade. A influência do discurso médico presente, também, na grande mídia ao exaltar a história dos surdos dentro de uma perspectiva de tragédia individual que implica em superação de limites, contribui para um olhar que inferioriza o surdo e o coloca à margem do ideal de saúde e perfeição tão enaltecido na contemporaneidade.

São essas as duas posições clássicas e controversas que dividem os pesquisadores e os profissionais da saúde e da educação, num debate acirrado, desde o século XVIII. E na Psicologia não é diferente. As publicações brasileiras que se dedicam ao estudo da surdez também apresentam seu tom ao conceber a pessoa surda a partir de um conceito de deficiência ou de diferença cultural (Bisol et al, 2008).

Balizada pelo desenvolvimento da educação de surdos, a Psicologia tem traçado, ao longo do tempo, seu entendimento, pesquisa e atuação nessa área. Associada ao modelo reabilitador, a ênfase recai no *déficit* orgânico e há tendência de compreender os surdos como um grupo homogêneo com desvantagens inerentes à condição da surdez. Acreditava-se numa susceptibilidade à psicopatologia própria da condição de ser surdo, ou seja, um sujeito limitado pela sua perda (Bisol et al., 2008). A então denominada Psicologia da Surdez, das décadas de 50 e 60, afirmava uma relação estreita entre a deficiência auditiva e alguns problemas emocionais, sociais, linguísticos e intelectuais, questões típicas e presentes em crianças, jovens e adultos surdos (Skliar, 1997).

Já quando comunga da concepção socioantropológica, o psicólogo estará atento à variabilidade dos contextos de desenvolvimento das crianças surdas, se têm pais surdos ou ouvintes, qual o grau da perda auditiva, se sua surdez é pré ou pós-linguística, quando teve

acesso à linguagem - se tardia ou precocemente - dentre outras situações que se somam com o entendimento que a criança surda pode ter um desenvolvimento sadio quando dadas as condições sociais e educativas adequadas. Entende-se a pessoa surda como produto do meio em que vive, não havendo, portanto, uma unicidade de identidades surdas (Bisol et al., 2008).

Contudo, a Psicanálise parece lançar uma outra via de escuta da realidade do sujeito surdo na qual se enfatiza a singularidade das experiências que constituem a subjetividade de cada um, bem como pode lançar um olhar analítico sobre o meio produtor de sintomas sociais que recaem na vida particular. Aqui, a Psicanálise é reinventada a cada paciente (Solé, 2005). O trabalho psicanalítico com surdos está interessado em tratar dos sintomas advindos da história libidinal do sujeito, não assumindo, desta forma, uma perspectiva de cura da surdez. (Solé apud Bisol et al., 2008).

Ao não situar o surdo no rol das demais deficiências nem entender a surdez como suscetibilidade à psicopatologia, a Psicanálise aplicada ao surdo está interessada em entendê-lo como sujeito de desejo, e como se deu sua constituição subjetiva. Desta forma, os métodos de investigação dos fenômenos psíquicos e da realidade específica de cada pessoa surda serão conduzidos de acordo com a forma comunicacional de cada paciente. Se o analisando tem a Libras como língua de natural, por exemplo, o analista (com esta fluência) deverá manejar o processo em Libras, pensando e traduzindo para esta língua/cultura os termos e intervenções que fazem parte do trabalho: “a escuta de pessoas surdas não gera uma especialidade e não necessita de um profissional especializado, mas a competência do analista na língua do seu paciente é necessária para a escuta analítica” (Solé, 2005, p. 19).

A modalidade sensorial que marca as experiências de vida, decerto, implica num escopo identificatório singular. No caso dos surdos, de acordo com Solé (1998), eles não possuem uma estruturação psíquica diferente da dos ouvintes, mas a surdez “marca o destino identificatório de cada sujeito e a privação da fala¹⁸ coloca em perigo a possibilidade de transmissão transgenealógica dos enunciados identificatórios, sustentados pela fala que os pais ouvintes receberam de seus próprios pais” (p.21).

¹⁸ A privação da fala é entendida nesse estudo pela ausência de uma língua comum entre pais e filhos na qual a comunicação possa ser efetiva.

1.2 A história e o laço normativo: direitos linguísticos na saúde e na educação de surdos

A legislação brasileira na área da saúde e da educação de surdos teve vários avanços neste início de século, já há muitos direitos positivados, principalmente os que garantem o uso da Libras pelo cidadão surdo, contudo a realidade apresenta limites e dificuldades na efetivação dessas normas.

A Lei nº 10.436 (2002) reconhece a Libras como língua e meio de comunicação das comunidades surdas do Brasil e dispõe, em seu artigo segundo, sobre a garantia do uso e da difusão dessa língua de forma institucional por parte do poder público em geral e empresas concessionárias de serviços públicos. No âmbito da saúde, o artigo terceiro reza sobre as formas de garantir atendimento e tratamento adequados aos surdos de acordo com as normas legais em vigor.

Para regulamentar a lei supracitada, o Decreto nº 5.626 (2005) explicita as providências a serem adotadas no âmbito da saúde e da educação de surdos. A educação para surdos deve ser bilíngue: preconiza-se a aquisição da Libras como primeira língua - ela é utilizada como língua de instrução¹⁹ no desenvolvimento de todo o processo educativo - e a modalidade escrita da Língua Portuguesa é ensinada com metodologia de segunda língua e após a aquisição da língua de sinais. Para tanto, ter escolas ou classes de educação bilíngue implica na

(...) criação de ambientes linguísticos para a aquisição da Libras como primeira língua (L1) por crianças surdas, no tempo de desenvolvimento linguístico esperado e similar ao das crianças ouvintes, e a aquisição do português como segunda língua (L2). (...) O objetivo é garantir a aquisição e a aprendizagem das línguas envolvidas como condição necessária à educação do surdo, construindo sua identidade linguística e cultural em Libras e concluir a educação básica em situação de igualdade com as crianças ouvintes e falantes do português (MEC, 2014, p.06).

A oferta de educação bilíngue para surdos também é legitimada pela Lei nº 13.146 (2015), a Lei Brasileira da Inclusão, que no capítulo IV, sobre o direito à educação, artigo 28, inciso V, defende o bilinguismo em escolas e classes bilíngues e em escolas inclusivas.

¹⁹ A língua de instrução é a língua de interlocução no ambiente escolar, na qual todas as informações e conteúdos são repassados por meio dela, ou seja, a Libras é uma língua curricular na educação bilíngue.

Uma avaliação do aprendizado do português como L2 de alunos surdos, do ensino fundamental de uma escola bilíngue, feita por Pereira (2014), demonstra que o conhecimento de mundo e de língua constituído na língua de sinais constitui a base para o aprendizado da Língua Portuguesa pelos alunos surdos. Por meio da Libras “observou-se a ampliação do conhecimento de mundo e do conteúdo escolar e, para os surdos, filhos de pais ouvintes, abriu-se a possibilidade de aquisição de uma primeira língua” (p.145).

Dado que a maior parte das crianças surdas nasce em famílias ouvintes que não usam a língua de sinais, é comum que cheguem à escola com alguma forma de comunicação, criada na interação familiar, mas sem aquisição de uma língua (Pereira, 2014). Portanto, o contato com os pares linguísticos e, em especial, com o adulto surdo que se serve de modelo para a criança, é fundamental na aquisição desse idioma. Desta forma,

a escola precisa constituir-se uma comunidade linguística adequada, pelo uso da língua de sinais como primeira língua de produção cultural e instrução acadêmica. A ausência de um ambiente linguístico propício à aquisição natural da língua de sinais resulta no fato de que grande parte dos surdos adquire a língua de sinais tardiamente, somente a partir de dois ou três anos, se e quando passam a frequentar nessa idade alguma escola que tenha a língua de sinais como primeira língua e língua de instrução (Feneis apud Costa, 2014, p.218).

Colocar em prática a proposta bilíngue é a atual luta da comunidade surda brasileira que, reivindica seu reconhecimento enquanto minoria linguística e cultural também na educação de surdos. O Relatório sobre a Política Linguística de Educação Bilíngue – Língua Brasileira de Sinais e Língua Portuguesa (Ministério da Educação [MEC], 2014) diz que

As garantias de direitos constitucionais e infraconstitucionais acima conquistados²⁰, os surdos devem ser vinculados a uma educação linguístico/cultural e não a uma educação especial marcada pela definição da surdez como falta sensorial, como anomalia a ser reabilitada ou corrigida por tentativas cirúrgicas (p.03).

²⁰ Os direitos constitucionais e infraconstitucionais referidos, em suma, são: “Dentre as leis e decretos promulgados na última década, e que motivaram a ampliação do campo de atividades referentes aos surdos, destacam-se: o reconhecimento da Libras (Lei 10.436/2002 regulamentada pelo Decreto 5.626/2005); o direito de surdos e seus familiares (se ainda crianças) optarem pela modalidade escolar em que se sintam mais confortáveis; o direito a terem na escola professores bilíngues qualificados desde a educação infantil até o nível superior, direito que se vincula ao dever de universidades de introduzirem a disciplina Libras em todas as licenciaturas bem como a apoiarem ações de formação de educadores bilíngues Libras-Português para a Educação Básica; o direito a terem intérpretes e tradutores graduados.” (MEC, 2014, p.03).

Como filosofia educacional que pretende efetivar-se, o Bilinguismo não surgiu há muito tempo, ele se delineou com o fracasso do Oralismo, na década de 80. Contudo, entre esses dois marcos históricos, houve um período em que a Comunicação Total foi utilizada como método de ensino para surdos - toda forma de comunicação era utilizada. O Oralismo esteve presente durante um século, desde o Congresso de Milão, em 1880, onde se definiu este rumo para a educação dos surdos, a revelia da opinião dos próprios surdos (Lacerda, 1998). Antes disso, o Gestualismo, que trabalhava com o uso de sinais nas escolas voltadas para alunos surdos, era uma vertente utilizada e a presença de educadores surdos uma realidade. Pereira (2014) aponta que nesse momento da história da educação de surdos,

na década de 1980, a insatisfação com os resultados alcançados no oralismo, o número crescente de pesquisas sobre as línguas de sinais e as pesquisas que comprovavam a superioridade no desempenho acadêmico das crianças surdas, filhas de pais surdos, resultou na entrada gradativa da língua de sinais na educação de surdos. Inicialmente a proposta foi de usar os sinais como mais um recurso para possibilitar a percepção e uso da língua oral, o que ficou conhecido como Comunicação Total (p. 147).

No Brasil, até recentemente, predominou a abordagem oralista, que preconiza o processo de ensino-aprendizagem por meio da Língua Portuguesa na modalidade oral (Pereira, 2014). O fracasso dessa metodologia veio da complexidade que a oralidade se apresenta para o sujeito surdo: “A grande dificuldade para compreender a fala por meio da percepção e da discriminação visual do movimento dos lábios e da face, somada ao pouco conhecimento da língua, resultou em níveis baixos de compreensão e de expressão oral” (Marchesi apud Pereira, 2014, p. 146).

Consideremos, agora, o campo da saúde e iniciemos com a política de saúde auditiva, voltada para o recém-nascido. Temos a Lei nº 12.303/2010 que dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame EOAE nos neonatos a fim de avaliar precocemente sua audição, e, em seu artigo primeiro, delega essa responsabilidade aos hospitais e maternidades onde a criança nasceu. O teste auditivo - EOAE ou Peate, dependendo da avaliação feita na identificação do risco para deficiência auditiva - deve ser realizado no bebê, preferencialmente, em suas primeiras 48 horas de vida, é o que preconiza o Ministério da Saúde ao publicar, em 2012, as

Diretrizes de Atenção da TAN.

O objetivo da TAN é a identificação precoce da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes e “consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas, com objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família” (MS, 2012a, p.09).

Quando o resultado do EOAE, por exemplo²¹, é positivo para a surdez, realiza-se o reteste. Obtendo novo resultado, também positivo, o bebê é submetido ao teste (ainda na maternidade) e reteste (no período de 30 dias) do Peate, caso haja a identificação de algum *déficit* auditivo. Vale ressaltar que as expressões utilizadas nas diretrizes da TAN para se referir ao resultado desses testes auditivos, ou seja, para indicar a presença, a ausência ou a suspeita da surdez, ou melhor a perda auditiva - linguagem fonoaudiológica -, são, respectivamente: “falha” ou resposta não satisfatória, “passa” (com ou sem risco) ou resposta satisfatória, e “falso positivo” (com ou sem risco). Vejamos o seguinte trecho: “Crianças com falha no registro das EOAE, mas com resultados satisfatórios no Peate-A deverão realizar monitoramento até os três meses de idade (...). (MS, 2012a, p. 17).

O acolhimento aos pais é o primeiro passo nas etapas de teste e reteste, assim como o desfecho destas consiste na devolutiva do resultado aos pais. A etapa anterior, que consiste na identificação dos riscos por meio, também, de entrevista com a mãe e/ou responsáveis, pode ser realizada, como alternativa, nas consultas de puerpério na atenção básica quando será feita, então, a pesquisa e análise de risco (MS, 2012a).

Com o resultado positivo no último reteste, os serviços especializados para diagnóstico²² serão acionados e as avaliações médicas - otorrinolaringológica e audiológica - deverão apresentar resultado conclusivo até o terceiro mês do neonato, que também será encaminhado para avaliação fonoaudiológica completa. Após a confirmação diagnóstica de surdez bilateral permanente, o Comusa recomenda início de terapia fonoaudiológica e adaptação de AASI no prazo de um mês (Lewis et al., 2010).

Como medidas de intervenção precoce, entende-se ainda: o acesso imediato à tecnologias de alta qualidade e complexidade, como o implante coclear, afora outros

²¹ No caso do grupo sem identificação do risco para deficiência auditiva, ou seja, com baixo risco.

²² O diagnóstico é realizado em Centros Especializados de Reabilitação com o Serviço de Reabilitação Auditiva e no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade habilitados pelo Ministério da Saúde (MS, 2012a).

equipamentos de assistência²³ que se façam necessários, garantindo-se, assim, “medidas terapêuticas adequadas e necessárias a um bom desenvolvimento das habilidades auditivas, de linguagem, e, conseqüentemente, do desempenho acadêmico e social das crianças com deficiência auditiva” (Lewis et al., 2010, p.06).

No rol dos serviços a serem disponibilizados pelo programa de saúde auditiva neonatal está o suporte à família que, juntamente com o acompanhamento da criança com surdez, deverá contar com equipe interdisciplinar, com experiência comprovada no atendimento a essas crianças. Diz também que

as medidas de tratamento médico e intervenção fonoaudiológica devem respeitar as necessidades e opções dos pais ou responsáveis pelos neonatos, com a possibilidade de se oferecer diferentes abordagens e métodos disponíveis, desde que tenham respaldo científico e tecnológico (Lewis et al., 2010, p.06).

É importante ressaltar a dupla contribuição da TAN para a intervenção em tempo adequado junto à criança surda e para construir políticas públicas para a infância da pessoa com surdez (Lewis et al., 2010). Não obstante, haja outras colaborações igualmente relevantes e ainda não utilizadas de forma protocolar, como por exemplo: construir um suporte sólido de orientação acerca da surdez e das pessoas surdas numa perspectiva não patológica que contemple a Libras.

No que diz respeito ao direito à saúde das pessoas surdas, o 25º artigo do Decreto nº 5.626 (2005) - já citado no que tange à educação-, diz que o Sistema Único de Saúde (SUS) e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, efetivando, as seguintes medidas, dentre outras:

- I - ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva;
- III - realização de diagnóstico, atendimento precoce e do encaminhamento para a área de educação;
- VI - atendimento em reabilitação por equipe multiprofissional;
- VIII - orientações à família sobre as implicações da surdez e sobre a importância para a criança com

²³ Vale esclarecer que a Libras não é considerada um equipamento de assistência nem uma tecnologia assistiva, dado que é um sistema linguístico de comunicação.

perda auditiva ter, desde seu nascimento, acesso à Libras e à Língua Portuguesa.

Em termos documentais, percebe-se então, a importância da TAN e do diagnóstico precoce da surdez enquanto ações de prevenção e no desenvolvimento de programas de saúde auditiva. Nesse contexto, pensando, entretanto, em programas na saúde auditiva, ações que visam à aquisição de Libras como L1 (primeira língua) para crianças surdas e como L2 (segunda língua) para as mães e demais familiares/cuidadores constituem poderosas ferramentas de prevenção e promoção de saúde.

Programas de apoio à família de surdos foram desenvolvidos em países como a Suécia e os Estados Unidos com objetivo de proporcionar condições para que a criança adquira a língua de sinais de seu país como L1 antes de seu ingresso na escola (Hoffmeister apud Silva, 2011): “Nesses países, há atuação de surdos em hospitais, por exemplo, atendendo as famílias no momento do diagnóstico da surdez, informando sobre as possibilidades de uma educação bilíngue para a criança surda” (p. 09).

Os encaminhamentos destinados à criança surda, na saúde, deveriam estar integrados à proposta educacional vigente. Desta forma, a educação bilíngue poderia estar presente desde a educação infantil²⁴, nos serviços disponibilizados nas creches e pré-escolas que educam e cuidam das crianças de 0 a 5 anos de idade.

Consideramos que outro importante programa na saúde auditiva seria o acompanhamento psicológico para as mães. Disponibilizar apoio psicossocial às mães para tenham um espaço no qual o luto possa ser trabalhado com ajuda do profissional psicólogo/psicanalista. Profissionais como assistentes sociais e agentes comunitário de saúde²⁵ surdos também comporiam uma rede de atenção em saúde, integrada com o direito linguístico da pessoa surda em se comunicar e se expressar por meio da Libras.

A equipe multiprofissional para atendimento em reabilitação não deveria ter seu

²⁴ “A educação infantil é a primeira etapa da educação básica. Tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até 6 anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade” (LDB, art.29).

²⁵ O agente comunitário de saúde intermedia a interlocução entre governo e comunidade, ele transita nos dois espaços por ser membro da comunidade e por trabalhar para o governo. Ele “tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe” (Ministério da Saúde, 2012b).

trabalho prioritariamente voltado para a reabilitação do órgão falho e da possibilidade linguística que dele depende, mas considerar os estudos e pesquisas científicas que apontam as línguas de sinais como importante, senão, como condição *sine qua non*, ao desenvolvimento linguístico em tempo hábil. Para tanto, a equipe precisa contar com profissionais que estejam abertos à Libras e que tenham fluência neste idioma. O atendimento ao cidadão surdo deveria, portanto, ser ressignificado e não atentar apenas à reabilitação da surdez.

As orientações dadas à família ainda estão, predominantemente, focadas no que a reabilitação fonoaudiológica aliada às tecnologias assistivas²⁶ na área da surdez podem fazer para favorecer um desenvolvimento saudável da criança surda, como pode ser observado a partir dos encaminhamentos sugeridos nas Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal (MS, 2012a) e nas recomendações da Comusa (Lewis et al., 2010). Falar claramente sobre as implicações da surdez dentro de um viés não patológico e sobre a importância da criança surda ter, desde seu nascimento, acesso à Libras deveria ser função da equipe de saúde neonatal.

Como vimos, a atenção integral à saúde auditiva na infância é composta por um conjunto de ações que envolvem a triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, o diagnóstico funcional e a reabilitação. Isso, também, implica em dizer que “a TAN deve estar integrada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e às ações de acompanhamento materno-infantil” (MS, 2012a, p. 09).

1.3 O acompanhamento materno-infantil: a mulher puérpera

Segundo Maldonado (1997), a gravidez, o parto e o puerpério são períodos de transformações fisiológicas, psíquicas e sócio-familiares para a mulher. O puerpério é uma fase do ciclo vital propensa a crises devido a essas mudanças. É um período que se inicia após o parto e tem duração de aproximadamente três meses (Kitzinger apud Maldonado, 1997). Não obstante, a política brasileira de assistência da mulher no puerpério, diz que o puerpério “tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo

²⁶ Aparelhos auditivos e implantes cocleares, por exemplo.

modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade” (Ministério da Saúde [MS], 2001, p.175).

Os primeiros dias após o parto são vivenciados por um misto de sentimentos e emoções que se alternam entre a euforia e a depressão (Maldonado, 1997). Alterações do humor são comuns no puerpério, “entretanto, o estado psicológico da mulher deve ser observado, uma vez que quadros de profunda apatia ou com sintomas de psicose puerperal devem ser identificadas precocemente” (MS, 2001, p. 177). A recém-mãe pode apresentar instabilidade emocional, principalmente, se não houver o apoio adequado do companheiro ou de familiares (Maldonado, 1997).

Maldonado (1997) entende que o parto pode ser vivenciado com a sensação de mutilação ao processo gravídico. Como a mulher grávida tem o sentimento de que o feto é parte integrante de si, o nascimento gera uma separação que é sentida como perda e a “turbulência deste fato pode ser acentuada no caso de bebês que nascem com alguma deficiência física” (Kitzinger apud Maldonado, 1997). Nestes casos, a equipe de saúde deve procurar compreender os sentimentos da mulher diante da nova e inesperada situação. “Nas mulheres que tiveram filhos que necessitam de tratamento imediato, em especial os recém-nascidos malformados, deve-se procurar compreender os sentimentos da mulher diante desta nova e inesperada situação” (MS, 2001, p. 177).

O direito à atenção humanizada²⁷ à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis são objetivos da rede de cuidados prevista pelo Sistema Único de Saúde, por meio da Rede Cegonha. Essa estratégia “visa intensificar a assistência integral à saúde da mulher e das crianças desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, do parto, do puerpério, até o segundo ano do filho”. (MS, 2014, p. 197). Em consonância com a proposta da ONU (United Nations apud MS, 2014), os compromissos éticos do SUS devem “busca da garantia do acesso à informação correta e em linguagem adequada aos serviços e aos insumos, a qualidade da assistência à mulher no pré-natal, no parto, no puerpério e no acolhimento em rede” (MS, 2014, p. 158).

²⁷ No âmbito da saúde “emprega-se a noção de ‘humanização’ para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes” (Deslandes, 2004, p. 08).

Desta forma, se faz necessário refletir sobre o acompanhamento da mulher na triagem auditiva neonatal e na assistência na saúde auditiva. Entende-se que tal assistência deve prezar pela informação sobre o universo da pessoa surda e da surdez numa perspectiva não patológica e pelo suporte psicológico destinado à mãe enlutada.

2 O DIAGNÓSTICO DA SURDEZ E O LUTO

Como é dada a notícia da surdez? Como a mãe ouvinte acomoda o diagnóstico de que seu bebê é surdo? A forma como é transmitido o resultado dos exames auditivos pode dificultar a elaboração do luto materno? Como os profissionais concebem e repassam para os pais suas concepções acerca da pessoa surda? Qual a base ideológica que fundamenta as propostas de apoio aos pais e familiares? Será que as condutas médicas, ao transmitir o diagnóstico de surdez condizem com uma prática humanizada no atendimento da saúde auditiva? O diagnóstico pode ser sentido pela mãe como uma violência psicológica? O que a surdez do filho faz ecoar na mãe ouvinte? De que forma a surdez se insere na constituição subjetiva da mãe?

O desejo de ter um filho surdo compõe o arsenal de expectativas de muitos pais surdos que querem um filho igualmente surdo, constituído à sua imagem e semelhança. Nakagawa (2012) coloca essa questão ao dizer que os casamentos e parcerias endogâmicas

são muito comuns nas comunidades surdas e que, ao contrário de muitas famílias ouvintes que encaram o nascimento de uma criança surda como um momento de luto e frustração, a novidade de um rebento surdo é geralmente recebida com alegria por seus familiares também Surdos (p. 48).

Da mesma forma que esses pais surdos se angustiam quando descobrem que o filho é ouvinte, ficam inquietados sem saber como cuidar daquela criança e como será a comunicação e o tipo de relacionamento que estabelecerão com ele. É o que podemos constatar diante da cena apresentada no filme francês ‘Família Belier’ (Latirgau, 2014) quando uma mãe surda fala emocionada da angústia vivida quando soube que sua primogênita era ouvinte e quando reagiu com tranquilidade à descoberta da surdez do caçula.

Contudo, para pais não-surdos, isto é, para a sociedade em geral, a experiência de se tornar pai/mãe de uma criança surda é uma experiência que envolve desamparo e dor. Desejar um filho surdo não faz parte dos ideais presentes na sociedade ocidental contemporânea, é o que nos aponta Campello (2002), ao lançar um olhar crítico sobre a intolerância revelada em algumas reportagens divulgadas, neste mesmo ano, a respeito do desejo de um casal de mulheres surdas de nascerem em gerar, por meio de inseminação artificial, um bebê surdo:

as matérias publicadas tentam nos convencer de que gerar um filho surdo, um ‘deficiente auditivo’ é, no mínimo, um estranho objeto de desejo para uma mãe, pois afirmam que “o desejo número um de toda mãe é ter um bebê saudável, essa é ordem natural da vida”. E sugerem claramente que um bebê surdo não está na ordem natural da vida, não é saudável. (Campello, 2002, p. 96).

Como a expectativa dos pais ouvintes em relação ao filho é de que ele também seja ouvinte, Behades, citado em Silva, Zanolli e Pereira (2008), afirma que a criança surda enfrenta, desde seu nascimento, uma rede de construções identificatórias prefiguradas pelo ideal de filho ouvinte. Portanto, a descoberta da surdez²⁸ numa família de ouvintes impacta no funcionamento intersubjetivo de todos na medida em que esta diferença instaura, de forma imprevisível e inalterável, a perda da ilusão do filho perfeito (Carvalho apud Silva et al., 2008).

A dor do diagnóstico entristece os pais ouvintes, mas também provoca ansiedade e insegurança diante do desconhecido. A imagem social do que é a surdez, a dúvida sobre as reais possibilidades de desenvolvimento da criança surda e de seu futuro, se vai se tornar um adulto independente e bem sucedido, dentre outras questões, compõem essa complexa trama.

Um estudo desenvolvido por Jackson, Traub e Turnbell, citado em Oliveira, Cúnico, Cunha, Kruehl e Tochetto (2013), com oito mães e um pai de crianças surdas para entender a percepção deles sobre a surdez e seu impacto na vida das famílias, revela que “apenas uma das mães era surda e ela foi a única participante que se referiu ter ficado tranquila e indiferente ao diagnóstico de surdez da filha”. Percebe-se, então, uma diferença inicial, entre uma mãe surda e uma mãe ouvinte, na condição de assumir a experiência da maternidade frente ao filho surdo. Para mãe e pai ouvintes o diagnóstico da surdez constitui o primeiro momento de tensão entre ser surdo e ser ouvinte (Olivera et al., 2013).

A diferença existente entre pais e filho pode dificultar a identificação parental, importante aliada dos cuidados direcionados à criança. Diante do diagnóstico de surdez, a indicação do trabalho de aconselhamento aos pais ouvintes é fundamental, especialmente para as mães, pois são elas que assumem, na maioria das famílias, a responsabilidade da educação

²⁸ Consideramos que a discussão sobre o luto da mãe em relação a descoberta de uma dita deficiência do filho e a forma como este diagnóstico é noticiado à família seja importante para complementar a discussão sobre o tema na área da surdez, contudo não será abordada pois foge ao escopo deste trabalho.

dessas crianças (Luterman et al., apud Silva et al., 2008). Esses autores recomendam que o empenho clínico deve ser dedicado ao trabalho com a mãe a fim de fortalecer sua autoestima e aumentar sua confiança. Declaram, ainda, que os pais sofrem uma crise de identidade ao se assumirem pais de uma criança surda devendo, eles, abandonarem as noções que têm deles próprios como 'pais normais'.

O levantamento feito por Oliveira et al. (2013) aponta outros estudos da vivência dos pais frente à descoberta da surdez do filho, e elenca alguns sentimentos comuns: culpa, confusão e desamparo, assim como também apresentam dúvidas em relação ao papel de mãe/pai de um filho surdo e de que forma podem ser mais eficientes. Já o estudo feito por Silva et al. (2008), cita a pesquisa realizada por Luterman que categoriza as reações dos pais de crianças surdas ao receberem o diagnóstico em cinco fases: 1º) choque; 2º) reconhecimento (e lamentação); 3º) negação ou reação defensiva; 4º) aceitação; 5º) adaptação ou construção ativa.

O processo de diagnóstico da surdez pode ser longo, “tanto pela dificuldade em determiná-lo, quanto pelo tempo de que os pais e mães necessitam para assimilar suas frustrações e aceitar a criança de uma maneira diferente do imaginado” (Oliveira et al., 2013). Segundo Petean (1995), a confirmação da surdez de um filho suscita reações diversas nos pais que influenciarão na compreensão das informações recebidas, nos cuidados necessários à criança e na reestruturação do equilíbrio familiar.

O fato de a surdez ser uma ‘marca invisível’ (que pode permanecer oculta por algum tempo) faz com que a mãe, ao conhecer a face de seu filho no momento de seu nascimento, não desconfie que ele possa não corresponder à expectativa que ela alimentou. Isso contribui para o choque vivido pela mãe a partir do diagnóstico. Alguns fatores influenciam a maneira como as mães lidam com a notícia da surdez do filho, como por exemplo: a presença da suspeita da surdez, de quando e como foi feito o diagnóstico, da forma como os profissionais da saúde passaram o resultado e do quanto de conhecimento se tem a respeito da surdez, assim como das ideias, crenças e preconceitos em relação à pessoa surda. Estes são apontamentos de uma pesquisa (Silva et al., 2008) que analisou o relato de mães frente ao diagnóstico - realizado e a surdez detectada em crianças com até um ano de idade (em mais da metade das crianças das mães entrevistadas). Ou seja, as mães que não tiveram a surdez do filho diagnosticada antecipadamente, puderam viver situações que lhe permitiram inferir

sobre uma possível surdez e, com isso, se acautelar frente a essa possibilidade.

O modo como é dado o diagnóstico é uma das queixas frequentes de mães ao se referirem à calamidade que foi o momento do descobrimento da surdez (Silva et al., 2008). Meynard citado em Solé (2005), aponta que o jeito como os profissionais noticiam a surdez aos pais, apoiada na concepção de *déficit*, contribui para uma violência simbólica aos pais e cria pânico e sideração.

Anunciar uma surdez para os familiares não é simplesmente informar. O anúncio é modelado pela posição desejante daquele que se encontra colocado no lugar do suposto saber e sobre quem se cristalizam as ansiedades e esperanças múltiplas. Por esse motivo, não parece legítimo separar o anúncio da surdez das questões da educação proposta, pois a visão da deficiência, herdeira do Congresso de Milão, está impregnada nos profissionais que fazem o anúncio e assim é transmitida aos pais (Solé, 2005, p. 143)

Muitos profissionais da saúde admitem não estarem preparados psicologicamente para transmitir a notícia da “deficiência auditiva” da criança, pois, nesse momento, sentimentos são despertados neles e os fazem amenizar a situação, fornecendo falsas esperanças ou dando prognósticos pessimistas para a criança (Silva et al., 2008). “A maneira como o diagnóstico é fornecido aos pais e mães impacta diretamente na forma como eles irão lidar com a deficiência auditiva do filho. Portanto, os profissionais devem instrumentalizar-se nesta área” (Oliveira et al., 2013, p. 91).

Petean (1995) alerta que os profissionais de saúde podem ser alvo de raiva por parte dos pais dada a necessidade que sentem de responsabilizar alguém ou algo pela “deficiência” de seu filho e pelos sonhos perdidos. A raiva logo após a descoberta da surdez é desencadeada pela violação das expectativas em relação ao filho: a primeira expectativa que rui é a de não ter gerado um filho ‘normal’ e, depois, a frustração vem quando não encontram a cura da surdez (Luterman, Kurtzer-White & Seewald apud Silva et al., 2008).

Nessa perspectiva, outra reação comum dos pais é o apego ao aparelho auditivo e a outras medidas que visem o apagamento da surdez, alimentando a ilusão do filho ouvinte que não pode se concretizar: “muitos pais se decepcionam ao constatar que o aparelho auditivo não realiza o desejo de ver o seu filho sendo ouvinte” (Carvalho & Pereira apud Silva et al., 2008, p. 180). Assim como o implante coclear ‘não reverte a surdez’ mesmo que se apresente

como promessa de cura. É um equívoco considerar uma criança com prótese auditiva ou com implante coclear como um ‘ouvinte’ e a efetividade destes dispositivos para o processamento de linguagem para todas as crianças surdas (Santana, 2007). Esta autora também afirma que a aquisição de uma língua de sinais não inibe a aquisição da linguagem oral.

Sobre isso, observa-se que “o mecanismo de defesa da negação, expresso por pensamentos de cura e volta à normalidade também aparece como forma de aliviar a aflição, facilitar a aceitação da deficiência e manejo das dificuldades” (Silva et al., 2008). Petean (1995) também compartilha dessa ideia ao assegurar que o movimento de negação, juntamente com outras vivências, constituem o processo de luto pela perda do filho ‘sadio’. Esse autor afirma a importância que os pais chorem a perda do filho esperado, pois, na medida em que eles conseguem superar o sentimento da perda é que será possível ver a criança e não somente a ‘deficiência’ (Petean, 1995). Outra questão que dificulta a aceitação do diagnóstico é “o desconhecimento dos pais e mães sobre a surdez e sobre outras formas de comunicação além da fala” (Bittencourt, & Montagnoli apud Oliveira et al., 2013, p.83).

A literatura aponta a necessidade dos pais ressignificarem a surdez para que seja possível “tanto um vínculo afetivo importante, quanto uma língua compartilhada” (Bremm, & Bisol apud Oliveira et al., 2008, p.85).

Diante dos encaminhamentos que precisam ser dados para o desenvolvimento da criança surda, os pais iniciam um difícil processo de escolha. Eles

consideram fonte de estresse constante o fato de terem que decidir sobre a forma de comunicação a ser adotada e se devem realizar ou não o implante coclear. A falta de informação configurou-se como outra fonte de estresse, uma vez que eles demonstram intensa preocupação em fazer as escolhas certas (Jackson, Traub, & Turnbull apud Oliveira et al., 2013).

Todas as possibilidades de encaminhamento para a criança surda devem ser explicitadas de forma clara aos pais ou responsáveis e a escolha deles deve ser trabalhada com base nas indicações da equipe de saúde neonatal. A decisão deve ser tomada pelos pais e respeitada pela equipe para que ela também não seja responsabilizada pelos pais caso ocorra um insucesso no desenvolvimento do filho. Pois, diante de uma proposta indutiva da equipe a família pode entendê-la como promessa e, assim, será difícil aceitar uma reformulação dessa primeira prescrição. Quando a Libras é utilizada como último recurso, após a falha de um processo de oralização, por exemplo, ela tende a não ser vista com bons olhos e a aceitação

dessa via é, muitas vezes, de difícil aceitação. Já, se ela tivesse sido colocada no mesmo patamar dos outros caminhos viáveis desde o início, a Libras teria mais chances de contribuir para um bom desenvolvimento da criança surda.

Vale ressaltar que, diante de importantes decisões, informações apenas não são suficientes. É preciso entender o que está por trás de cada escolha parental e suas implicações no desenvolvimento da criança surda. O que indica a importância de um auxílio profissional no acompanhamento à família, principalmente no suporte à elaboração do luto materno, objetivando a prevenção e promoção de saúde do infante. A equipe de implante coclear já prevê a assistência psicossocial, tendo a participação do psicólogo e do assistente social realizando o acompanhamento dos procedimentos que envolvem a cirurgia²⁹.

2.1 Identificação narcísica e projetos ideais lançados para o filho: o narcisismo em questão

Tudo o que há de melhor no contexto das representações sociais é destinado ao filho que vem ao mundo já com uma incumbência: a de corresponder às expectativas dos pais. No plano do desejo e da fantasia são lançados projetos de vida para o futuro herdeiro por parte de cada um dos progenitores (Rocha apud Góes, 2005).

No texto de Freud ‘Sobre o narcisismo: uma introdução’ (1914), é revelado que todas essas idealizações de pais afetuosa para com seus filhos é o próprio narcisismo dos pais que renasce e reproduz seus desejos infantis, renunciados mediante os imperativos sociais e culturais. A onipotência do narcisismo infantil que não pode ser totalmente satisfeita, pois foi abandonada pela criança em detrimento do respeito às leis da natureza e da sociedade, revive e é atualizada nos projetos destinados ao filho: os pais “se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho - o que uma observação sóbria não permitiria - e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele” (Freud, 1914, p. 108).

Os enunciados referentes ao filho são testemunhos do desejo materno e paterno e constituem uma imagem identificatória que antecipa o sujeito. A primeira forma do Eu do sujeito é delineada pelo discurso e pela imagem idealizada que os pais projetam no filho

²⁹ A unidade do Centrinho na USP, referência nacional em implante coclear, conta que “além dos procedimentos cirúrgicos e atendimentos médicos, a reabilitação inclui acompanhamento com equipe interdisciplinar formada por fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros” (Rodella, 2015).

(Freud, 1914). A criança nunca poderá cumprir exatamente o projeto ideal que os pais traçaram para ela, pois tratou-se de uma construção a partir das feridas narcísicas resultantes da relação dos pais com seus próprios pais. Portanto o projeto idealizado diz respeito às questões pessoais e relacionais dos pais em suas revivências de um narcisismo infantil. A realidade objetiva se encarregará de frustrar tais projeções do amor parental.

Logo, dentro dos parâmetros da Psicanálise, independente de um filho apresentar ou não uma dita deficiência, os pais irão sempre se frustrar porque o filho nunca atenderá plenamente àquilo que eles tanto sonharam e desejaram. É sabido que, nos primeiros contatos com o bebê, quando ainda está no ventre materno, os pais podem ser acometidos por frustrações, seja por uma patologia adquirida na gestação, seja pela descoberta do sexo do bebê que difere daquele desejado por eles. Mas, parece que os pais, ao constatarem no filho aquilo que consideram ser um defeito, alocam, desde já, nele toda a frustração decorrente da não concretização do projeto idealizado.

A chamada deficiência passa a ser, a partir de então, considerada/confundida com as causas das angústias dos pais frente ao desenvolvimento do filho; é o que pôde ser revelado para nós em muitos discursos de pais de surdos no contexto da psicoterapia de seus filhos. “A chegada deste filho causa uma ferida narcísica no pai e na mãe, colocando em questão, a história de cada um deles, trazendo transtornos nas relações intersubjetivas, marcadas por muita frustração e dor” (Góes, 2005, p. 54).

Essa perda, do campo do simbólico, obriga os pais à vivência de um luto. Eles irão experimentar a morte de um filho que foi constituído numa base na qual imperavam suas próprias ambições narcísicas.

O mais grave é que quando se está no registro de semelhantes ilusões, que como vimos são construídas pelas ambições fálicas do desejo narcísico infantil, o meio termo não existe, porque na ordem das ambições fálicas domina uma lógica segundo a qual ou se é tudo, ou não se é nada. Tudo o que se construiu na ilusão perde-se na desilusão (Rocha apud Góes, 2005, p.13).

Imersos nessa desilusão, os pais vivenciam um luto característico pelo sofrimento de uma perda de algo que não se constituiu no plano das coisas reais, ou seja, eles vivem uma perda simbólica, dos seus desejos e idealizações: “Os pais reconhecem que, apesar de terem ganho um bebê, inexplicavelmente, para eles, houve uma perda de algo idealizado que este filho da realidade não pôde comportar” (Góes, 2005, p. 56).

Em ‘Luto e melancolia’ (1917), Freud conceitua o luto como uma reação à perda de alguém que se ama ou de uma abstração que ocupa esse lugar de destino amoroso. A perda desse objeto de amor provoca um estado de espírito penoso, um desinteresse pelo mundo externo que se torna apático e sem atrativos.

O luto, apesar de provocar um sério afastamento da conduta normal da vida, não se caracteriza como um estado patológico. Este posicionamento é denominado na Psicanálise como melancolia e aparece, segundo as suspeitas de Freud (1917), em algumas pessoas com predisposição patológica. Elas vivenciam a melancolia em vez do luto, mediante a mesma situação.

O desinteresse na melancolia se manifesta de forma diferente, o sujeito sente que perdeu algo em si - e não um objeto real, como no luto -, então, é o Eu que se torna pobre e sem vida. No luto, há uma incapacidade temporal para se adotar um novo objeto de amor, um substituto do objeto perdido, deixando, a energia libidinal, ora investida, retida em si. Essa dobra narcísica alimenta o Eu fragilizado e contribui para o desfecho saudável do processo de enlutamento, culminando na liberação da libido que pode se fixar a um outro objeto de amor. Contudo, na melancolia, essa libido que era destinada ao objeto externo é redirecionada ao Eu, sob a forma de ataque ao Eu. O Eu é cindido e parte dele se volta contra si.

A decepção com o objeto de amor abala a relação e a libido recuada no Eu provoca uma identificação do Eu com o objeto abandonado - a sombra desse objeto recai sobre o Eu. Este movimento revela que tal escolha objetual é do tipo narcísica. Ou seja, diante de um conflito, o investimento amoroso regride narcisicamente e é substituído pela identificação com o objeto. Desta forma, a relação amorosa não é abandonada. A revolta para com o outro se transforma na aflição melancólica.

Há uma insatisfação para consigo mesmo, pois a consciência moral encontra-se adoecida. O empobrecimento do Eu se relava pela presença da baixa autoestima no estado melancólico. O Eu se deprecia e se enraivece. As queixas e auto-acusações não envergonham o sujeito porque, na verdade, elas se referem ao outro que o decepcionou e o fez viver essa perda. Na melancolia, o objeto talvez não tenha realmente morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor; a perda de um objeto de amor idealizado é característico dessa afecção. A melancolia se assemelha a uma ferida aberta que atrai todas as energias de investimento a fim de cicatrizá-la; minando o Eu e adoecendo-o.

Outro pressuposto da experiência melancólica é o conflito da ambivalência que se situa no sistema inconsciente: “ódio e amor lutam entre si, um para desligar a libido do objeto, o outro, para manter essa posição da libido contra o ataque” (Freud, 1915, p. 191)

Perder um objeto particularmente investido gera angústia no sujeito, e nesse objeto recairá a cobrança de tal angústia. O desejo de morte e o sentimento de culpa configuram faces da ambivalência materna frente à decepção causada pela surdez do filho (Solé, 2005).

A culpa e mesmo a posição narcisista da mãe diante de seu filho podem ser agravantes no processo de elaboração do luto. A culpa e a raiva podem emergir dos sentimentos ambivalentes que envolviam a relação materno-filial, porque a mãe, além de amar seu filho também é movida por sentimentos não muito aceitáveis pelo papel de maternidade que assume (Valente & Lopes, 2008, p. 06).

O desenvolvimento da melancolia, em detrimento ao curso normal do luto, vai ser influenciado por possíveis marcas do percurso da constituição subjetiva da mãe. Sua história libidinal, fantasias, vivências narcísicas e edípicas são questões a serem consideradas no entendimento do processo de luto de cada mãe.

O imaginário que a mãe configura para seu filho é composto por seus desejos narcísicos. Ou seja, é um tipo de laço narcísico que une essa relação: “O bebê pode vir a solidificar o narcisismo materno, o confrontar, o alimentar, ou ao inverso, feri-lo, antingi-lo, ou matá-lo, quando está muito longe de corresponder ao imaginário da mãe” (Solé, 2005, p.125).

Diante desse cenário, bebê imaginário *versus* o bebê real, o luto ou a melancolia precisará ser trabalhado a fim de que os pais possam lançar novas idealizações e projetos de vida para seu filho, construindo, assim, novas representações psíquicas para este.

Se eles trabalharem até o fim o luto do ‘filho idealizado’ com que tanto sonharam, para conseguirem, na experiência do sofrimento, abrir um novo espaço dentro de seus corações, onde farão a descoberta do essencial, que quase sempre é invisível aos olhos; eles por certo, haverão de descobrir que cada filho, seja ele deficiente ou não, é único e tem algo de único, algo que somente ele e mais ninguém possui (Rocha apud Góes, 2005, p.15)

Portanto, a elaboração do luto torna-se fundamental para que se estabeleça um bom vínculo entre pais e filho, isto é, a construção de um vínculo pautada nas reais possibilidades dessa relação.

3 A MÃE ENLUTADA: REPERCUSSÕES NA DÍADE MÃE-BEBÊ

Há mudança na forma como a mãe passa a olhar seu filho e lançar expectativas em relação ao seu desenvolvimento a partir do momento em que é descoberta a surdez dele? Qual impacto do diagnóstico sob o olhar materno? Como a mãe vivencia o luto pela perda do bebê perfeito que não pode se concretizar na realidade objetiva? Quais fatores envolvem a forma como a mãe ouvinte lida com a ferida narcísica causada pelo bebê surdo?

Como vimos, o termo melancolia é designado por Freud (1917) como afecção patológica do luto - manifestação narcísica que afeta o sujeito e compromete sua relação com o meio a nível patológico. Contudo, atualmente, o uso da terminologia dominante é depressão, esta é a forma mais utilizada na psiquiatria (onde também encontramos como distúrbio de humor) e em abordagens mais sociais. Neste trabalho tomaremos os dois termos como sinônimos utilizando ‘melancolia’ para falar da depressão do ponto de vista da teoria psicanalítica, especialmente para tratar do assunto da mãe patologicamente enlutada pela descoberta da surdez filho.

A experiência da maternidade desencadeia uma série de vivências que podem culminar no aparecimento da depressão. Quando encontra -se no puerpério, a mulher corre o risco de desenvolver alguns transtornos devido às preocupações, anseios e planejamentos realizados e sentidos por ela:

Ocorre uma maior probabilidade de conflitos na interação mãe e filho neste momento, decorrentes da vivência da maternidade pela mãe, que podem variar desde a ansiedade de adequações à nova realidade situacional até distúrbios do humor, que vão da melancolia às psicoses puerperais (Silva & Botti apud Beltrami, 2011).

A depressão na mãe pode acontecer logo após o parto, sendo denominada de depressão pós-parto e definida, segundo critérios do DSM-IV (1994), como um episódio de depressão maior que ocorre nas quatro primeiras semanas após o parto; ou de depressão materna quando os sintomas acometem a mãe após este período, especialmente no primeiro ano do bebê. Mas, para fins de discussão do estado depressivo da mãe utilizaremos a expressão depressão materna independente se ele ocorre no período do pós-parto ou primeiro

ano de vida do filho; aqui, o que importa é o momento do diagnóstico da surdez como fator desencadeante da depressão na mãe.

A depressão materna traz repercussões na interação mãe-bebê e pode afetar negativamente o desenvolvimento infantil. É o que mostra um estudo que teve como tarefa a observação do comportamento de bebê nos seus primeiros meses de vida em que foi feita a comparação do comportamento entre bebês cujas mães tem (ou tiveram) depressão pós-parto e bebês de mães não deprimidas: “Bebês de mães deprimidas apresentam mais freqüentemente alterações comportamentais, tais como a evitação do olhar, a apatia e adquirem a linguagem mais tardiamente” (Teixeira, 2007, p. 301).

Assim, vê-se a importância da intervenção especializada com a saúde mental da mãe a fim de minimizar os prejuízos causados na criança, para as repercussões nela não comprometam suas futuras interações sociais (Beltrami, 2011).

A ansiedade da mãe no puerpério vem sendo considerada importante fator de risco para depressão pós-parto (Faisal-Cury & Menezes apud Beltrami, 2011). A ansiedade puerperal “pode levar a irritabilidade e a incapacidade de responder de forma adequada aos chamados de seu bebê, podendo prejudicar o desenvolvimento sócio-afetivo, cognitivo e de linguagem do bebê” (Fraga et al. apud Beltrami, 2011, p. 14).

E para sanar os danos psíquicos causados no infante seria necessário um trabalho de intervenção precoce com bebês. O que, na Psicologia, ainda encontra-se em estágio inicial, visto que essas crianças “chegam aos consultórios psicológicos apenas em idades avançadas, quando, muitas vezes, já não há como reverter o quadro psicopatológico” (Bernardino apud Beltrami, 2011, p.14).

Em casos graves de depressão materna, no qual a mãe encontra-se impossibilitada de investir nos cuidados de seu bebê, outras pessoas próximas da família, podem e devem suprir essa falta (Nunes et al. apud Beltrami, 2011). A participação do pai, por exemplo, é crucial para retirar o bebê da situação de desamparo, evitando assim um desenvolvimento maladaptativo, e auxiliar a mãe no re-estabelecimento de sua saúde mental.

Dois importantes estudos trazem contribuições para pensar a TAN e seus impactos na mãe ouvinte e em sua relação com o filho surdo.

O primeiro é a pesquisa desenvolvida por Beltrami (2011) sobre as manifestações comportamentais do processo interativo mãe-bebê de neonatos que estavam realizando a triagem auditiva neonatal. Os resultados demonstraram que o estado materno ansioso e a

presença de dificuldades na constituição da experiência da maternidade estão correlacionados com a presença de risco ao desenvolvimento infantil. O recorte de sua metodologia privilegiou os bebês cujos resultados foram negativos para a surdez, ou seja, apenas os bebês que escutavam participaram de sua pesquisa por considerar a ‘deficiência auditiva’ um fator comprometedor ao desenvolvimento da criança.

No entanto, esse estudo se revela importante na presente discussão na medida em que revela a presença da ansiedade materna puerperal frente ao processo da TAN e o risco de uma repercussão negativa tanto na díade mãe ouvinte e bebê ouvinte quanto no desenvolvimento do infante. Contudo, alerta Beltrami (2011),

o risco ao desenvolvimento infantil é multifatorial, deve-se verificar os aspectos constitucionais do bebê e relacionais com o ambiente, sobretudo a mãe. (...) As dificuldades na constituição da experiência da maternidade, por outro lado, são fatores de risco grave para o aparecimento de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (p. 82).

O estado materno ansioso mediante a suspeita de surdez do filho e a vivência depressiva no luto advindo da confirmação pode por em risco o desenvolvimento psíquico do infante. Em situações em que a mãe não é capaz de amparar as demandas do bebê, há uma tendência da estruturação não acontecer de modo adequado, visto que se trata dos primórdios da fundação do aparelho psíquico.

O segundo estudo realizado por Driant, Vandromme, Kolski & Strunski (2004), na França, avaliou o impacto de um programa de triagem da surdez neonatal permanente³⁰ na ansiedade parental e na qualidade das interações paterno-filiais. O(s) psicólogo(s) realiza(m) entrevistas semi-diretivas (uma após o anúncio do resultado do teste e a outra antes do reteste) com cada uma das mães cujo filho seria objeto da triagem.

Constatou-se que informar aos pais uma surdez potencial desde os primeiros dias de vida da criança pode provocar uma angústia parental assim como uma desorganização das primeiras relações pais-criança: “alguns profissionais se posicionam de modo reservado quanto aos reais benefícios de uma triagem praticada durante o período neonatal, que se revela sensível em inúmeros aspectos” (Driant et al., 2004, p. 31).

³⁰ A surdez neonatal permanente é definida pela perda total permanente superior ou igual a 40 dBHL na orelha melhor (Driant et al., 2004).

Sobre o estado psíquico das mães constatou-se que a triagem gera ansiedade nas mães, alterando seu estado psicológico geral e podendo causar desorganização das primeiras relações mãe-criança. O aumento da ansiedade materna está diretamente ligado ao resultado positivo do teste, o que acarreta uma qualidade pior nas interações do que quando o resultado se revela negativo. “As mães cuja criança obteve um resultado positivo bilateral no teste de triagem apresentam menos confiança na maneira como elas gerem a interação com o seu recém-nascido do que aquelas cujas crianças obtiveram um resultado negativo no mesmo teste” (Driant et al., 2004, p. 33).

Eis porque é necessário realizar um acompanhamento psicológico imediato dos pais quando a sua criança apresenta um resultado positivo no teste de triagem da surdez neonatal permanente afim de evitar a mobilização de processos psicológicos que têm o risco de afetar de maneira mais ou menos irreversível o desenvolvimento da criança e das relações que ela manterá com os seus pais (Driant et al., 2004, p.34).

De acordo com estes autores, a qualidade da informação sobre os objetivos e os benefícios dessa triagem parece contribuir para a diminuição da ansiedade.

3.1 Função materna e o vínculo mãe-bebê

A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott enfoca a importância dos estágios iniciais, pois é neles que as bases da personalidade e da saúde psíquica são fundadas (Dias, 2003). E um aspecto essencial ao desenvolvimento do indivíduo é a ação exercida pelo meio ambiente. Bleichmar (1992), ao se referir a essa importância da função ambiental, diz: "Winnicott associa as características ambientais com a representação que o sujeito tem de si mesmo e com o tipo de vínculo que estabelecerá, no futuro, com as demais pessoas". E alerta, assim, que é a relação com o ambiente que fornecerá ao indivíduo a base para a formação de seu *self*³¹ (p.221).

O ambiente, para o bebê, é inicialmente representado pela mãe ou por quem exerça sua função entendida esta como: segurar o bebê - no início, literalmente e, cada vez mais, no sentido figurado de apoio psicológico; manuseá-lo, através dos cuidados necessários à sua

³¹ *Self* é descrito por Quilici (2005) como parte da personalidade que tenha se constituído a partir da experiência de interações com o mundo externo. *Self*

sobrevivência, e apresentar-lhe o mundo em pequenas doses (Lins, 2005). Vale ressaltar, aqui, a importância do vínculo psicoafetivo entre mãe e bebê, pois, suprir apenas as necessidades que garantem a sobrevivência do filho não dá conta da complexidade de sua demanda.

A função materna faz parte da função ambiental e é ela mesma (a função materna) a própria função ambiental no início da vida do bebê. E será a qualidade do vínculo afetivo estabelecido a partir do desempenho da função materna que proporcionará ao bebê as condições para se desenvolver ou não rumo à maturidade. As falhas ambientais/maternas são consideradas como principal etiologia dos diferentes quadros psicopatológicos (Bleichmar, 1992).

Por ocasião do nascimento, a mãe é tomada por um sentimento que lhe desperta, segundo Winnicott (1978), a preocupação materna primária que propiciará os cuidados relativos tanto à sobrevivência quanto ao atendimento das necessidades de afeto do filho. Enquanto o bebê encontra-se, na denominação desse autor, no estágio de dependência absoluta por alguém que lhe possa fornecer os cuidados necessários a sua sobrevivência e ao seu desenvolvimento afetivo-emocional - o que reitera a condição humana inicial: de fragilidade, de não integração, de indiferenciação entre si e o mundo externo e que precisa ter sua existência assegurada por outro ser humano. Sobre essa condição Winnicott (1967) afirma:

nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê ainda não se separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre não-eu e o eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente (p.153).

Para que essa diferenciação entre não-eu e eu se efetue é necessário que a mãe possa desempenhar, pelo menos de forma mínima, a preocupação materna primária. Bleichmar (1992), traduzindo a idéia de Winnicott acerca da preocupação materna primária, assegura que ela ocorre devido a uma sensibilização que mobiliza na mãe "uma capacidade particular para se identificar com as necessidades do bebê. Esta disposição especial alcança sua intensidade máxima imediatamente depois do parto, diminuindo, pouco a pouco, à medida que a criança cresce" (p.223). Essa identificação primária por parte da mãe foi denominada, por Winnicott, de doença sadia e acontece mediante uma regressão sua (Silva, 2002).

Neste estado, a mãe carrega um sentimento que traduz o desejo de ver-se refletida no filho. Caso ela não consiga se identificar com o filho por suas próprias questões e, por

consequente, não desempenhe a contento a função materna e os cuidados desta decorrentes, o desenvolvimento saudável do bebê ficará comprometido. Pois, trata-se de um ser em formação, que precisa ser zelado para que possa desenvolver suas potencialidades - sua tendência inata à integração. A essa conduta emocional da mãe para com o filho, Winnicott denominou de sustentação ou holding que tem por finalidade oferecer o suporte adequado para que o infante em constituição possa lidar com as tarefas que enfrentará em cada estágio progressivo em direção ao amadurecimento.

Portanto, se o vínculo físico e emocional entre mãe e filho é selado através de uma sustentação suficientemente boa, então, está sendo fornecida ao bebê a base necessária para sua passagem do estado de dependência absoluta - caracterizado pela não integração - para o de dependência relativa. Neste, a tarefa a ser conquistada é o sentimento de integração que propiciará a noção de si, como alguém diferenciado da mãe-ambiente, inaugurando, assim, um sujeito psíquico capaz de reconhecer a mãe como algo externo e não mais como sua própria extensão.

Então, a relação mãe e filho, que antes era 'dois-em-um', transforma-se numa relação a dois: dialética e objetal. A mãe assume o lugar de objeto do bebê para que este experiencie ser sujeito ao ter suas demandas satisfeitas. Conforme Lisondo (2003), para que o bebê venha a ser sujeito, a mãe o sujeita e a ele se sujeita. A mãe se torna objeto por estar sujeita e então permite que o bebê seja um sujeito.

Cabe primordialmente à mãe ou quem exerça sua função, a tarefa de espelhar o filho. De sujeitar-se à necessidade do filho e deste se tornar objeto a partir do seu olhar. Para isso, a mãe precisará primeiramente estabelecer com seu bebê uma identificação primária, pois, "só assim ela poderá refletir, para ele, aquilo que ela vê, isto é, um corpo integrado que apresenta necessidades" (Silva, 2002, p.47).

Quando o bebê direciona seu olhar ao rosto da mãe, ele não está desejando encontrar tão somente o semblante. O rosto materno, se só assim puder ser percebido, não terá função especular e trará sérios danos à constituição psíquica do ser que se encontra imerso num estágio de dependência absoluta. Isso poderá ocorrer

quando a mãe se encontra voltada para si mesma, em decorrência das suas impossibilidades, seu olhar transmite apenas as suas vivências internas. Este olhar será, então, um espelho opaco. A criança precisará de muito mais esforço para realizar o trabalho de integração e assegurar o sentimento de continuidade do ser (Silva, 2002, p.48).

Logo, a mãe que se encontra impossibilitada por suas próprias questões de amar seu filho como ele é, pois deseja amá-lo pelo que ela quer que ele seja - devido às projeções ambiciosas de seu próprio narcisismo infantil -, não poderá ser um bom espelho para o bebê. O filho poderá ter tendências a desenvolver, em maior ou menor grau (de acordo com as particularidades de sua mãe) um falso self³² que não lhe fornecerá muitas possibilidades de autonomia.

Sob esse ângulo, podemos encontrar um bebê que irá olhar a mãe, não no sentido de examiná-la para descobrir-se a si próprio e ao ambiente que o cerca e, sim, de apenas olhá-la para percebê-la como defesa. O olhar do bebê buscará a percepção do estado de humor da mãe para saber se é possível para ele, naquele momento, apresentar-se segundo seus próprios desejos e necessidades - demandas do verdadeiro *self*.

É esperado da função especular, enquanto desmembramento da função materna, que ela auxilie na transformação do narcisismo originário, característico do estado fúSIONAL no qual se encontra a díade mãe-bebê, ao socialismo, estado de reconhecimento da alteridade (Lisondo, 2003).

Conforme aludido, a função materna, subjacente à ambiental, é exercida não necessariamente pela mãe biológica, mas, sim, por quem lhe dedica cuidado e atenção. Logo, o pai ou quem está nesse lugar, em determinado momento, pode assumir o papel de segurar, manejar e apresentar os objetos à criança.

A principal tarefa do pai quanto à maturação provocada pela função especular é poder ser, de fato, um terceiro que quebra gradativamente a relação dual entre mãe e filho. O pai, ao exercer sua função desviará a atenção da mãe, antes direcionada ao bebê. Contudo, o terceiro que rompe com essa simbiose não será necessariamente o pai, mas aquele ou aquilo que vem a desviar a atenção da mãe antes retida no filho.

3.2 O luto materno: impactos na díade mãe ouvinte e bebê surdo

Ter um filho dito deficiente pode prejudicar o processo de identificação da mãe com seu bebê, comprometendo, assim, o desenvolvimento da preocupação materna primária. Desta forma, o desejo da mãe em ver-se refletida no filho e, assim, poder espelhá-lo pode ser

³² Provocado por falhas ambientais/maternas o *self* sofre uma cisão - verdadeiro *self* e falso *self* - em sua constituição, no que se refere aos aspectos do desenvolvimento normal ao patológico (Quilici, 2005).

prejudicado ou, até mesmo, minado: “Em algumas mulheres, a preocupação materna primária não acontece, muitas vezes devido ao estado emocional depressivo que impede a mãe de cuidar e de se vincular ao seu bebê recém-nascido” (Teixeira, 2007, p. 302).

Portanto, podemos inferir que a mãe ouvinte que não consegue se identificar com seu filho surdo por suas próprias questões e, por conseguinte, não desempenha a contento a função materna (e os cuidados desta decorrentes) prejudicará o desenvolvimento saudável desse bebê no momento em que este se encontra completamente dependente do meio em que vive. Este é um momento crucial da vida do ser em formação e que precisa ser zelado a fim de que ele possa desenvolver suas potencialidades; sua tendência inata à integração.

O imaginário antecipado em torno do filho é confrontado diante da surdez que ele apresenta, o que o torna demasiadamente estranho ao olhar materno. A imagem do bebê, que ela construiu e acreditou ser correspondida por ele, é rompida a partir do diagnóstico da surdez. O que até então era familiar torna-se, também, estranho (Solé, 2005): “o confronto com a surdez causou um colapso narcísico nessas mães, prejudicando a relação com seus filhos” (Solé, 2005, p. 134).

A mãe que não se encontra apta a se oferecer como espelho para o filho surdo pode passar tratá-lo como ‘estrangeiro’, como algo com o qual ela não se identifica nem entende. Emudecendo-se frente à descoberta da surdez, passa a cuidar apenas das necessidades físicas, clínicas e de sobrevivência da criança. O diagnóstico ameaça, se não, rompe, o vínculo antes estabelecido entre mãe e filho. (Solé, 2005).

A vivência depressiva na mãe pode incapacitá-la no restabelecimento de um vínculo próximo ao seu filho, e, fica ela, também sem capacidade de supor projetos para seu futuro. Por desacreditar nas potencialidades do filho, não antecipa nada a favor dele, não deseja por ele e, assim, o impede de crescer (Solé, 2005). Nestes casos, em que a identificação especular se encontra prejudicada, a criança surda ou constituiu seu Eu

a partir dessa frustração materna, carregando essa imagem deficiente para si própria, ou ficou impossibilitada de reconhecer-se nessa imagem do espelho, ficando presa à imagem real de que ali há outro que não ela. (...). O eu ideal, constituído a partir da imagem que os pais têm desse corpo, será formado se identificando com um corpo que falha, constituindo um narcisismo primário que devolve ao sujeito uma imagem falha de si (Solé, 2005, p. 135).

Esse transtorno da mãe ensimesmada, diante do diagnóstico da surdez do filho que é vivido de forma fragilizadora ou desagregadora do vínculo materno-filial, aponta para sua

dificuldade na experiência da maternidade e da falha de uma vinculação suficientemente boa, base para os cuidados e investimentos narcísicos no filho. A descoberta da surdez cria um movimento de balança na mãe que ora rejeita ora aceita a condição desse filho, revelando a ambivalência que tal situação desperta. As falhas nas interações precoces são danosas para constituição subjetiva da criança surda.

Diante de uma mãe deprimida, é evidente o risco de desamparo psíquico em que o bebê surdo está acometido. Segundo Solé (2005), a constituição do Eu do sujeito surdo fica vinculada à emblemas identificatórios desqualificados, a uma visão de desvalia. Sua clínica atesta que esse surdo apresenta traços depressivos, se encontra impedido de chegar à maioridade e de se tornar sujeito de seu próprio desejo. O olhar deprimido da mãe afeta a imagem que o surdo constrói de si e, esta, o impede de fazer frente às exigências da vida adulta. Ele fica confinado a uma infância prolongada, de acordo com a qualificação de Meynard, citado em Solé (2005), ou sujeito a uma tutela permanente, segundo a denominação da autora.

Solé (2005) aponta dois fatores como empecilhos ao acesso do surdo ao simbólico³³: a representação da surdez - como deficiência - que a mãe, o pai e o social possuem e a falta de inserção em uma língua desde sempre, o que ocasiona a falta de escuta (e não da audição) da voz da mãe nos primeiros momentos de vida.

Contudo, outros desfechos são possíveis: “a ferida narcísica aberta pelo diagnóstico pode ser cicatrizada e os pais podem ser capazes de retomar o investimento libidinal em seu filho, permitindo sua constituição e seu crescimento enquanto sujeito” (Solé, 2005, p. 139). Para tanto, é necessário e trabalhar o luto materno para que as idealizações do filho ouvinte possam ser substituídas pelas expectativas criadas para o filho surdo que poderá, assim, ser aceito como é.

O trabalho do luto, tendo que ser elaborado pela mãe no momento em que ela se encontra - ou deveria se encontrar - absorvida diante das complexas necessidades do bebê, corre o risco de impactar danosamente essa relação e ao infante em constituição. Pois, a mãe ao ficar enlutada e ensimesmada - preocupada com sua própria frustração - diminuirá seu investimento de energias ao filho. Isso pode evidenciar, também, as próprias dificuldades da mulher em aceitar as imperfeições e castrações nela própria. Mas, se o narcisismo materno

³³ Termo empregado por Lacan para “designar um sistema de representação baseado na linguagem, isto é, em signos e significações que determinam o sujeito à sua revelia, permitindo-lhe referir-se a ele, consciente e inconscientemente, ao exercer sua faculdade de simbolização” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 714).

conseguir ser restabelecido e o investimento amoroso no filho for preservado, a subjetividade da criança surda encontrará um lugar seguro para se constituir.

Tomando o diagnóstico da surdez como fator desencadeante de depressão materna, a equipe de saúde precisa estar atenta à forma como é dada a notícia da surdez e deve estar preparada para acompanhar o processo de luto materno, nos casos em que ele transcorre dentro do esperado ou na forma patológica em que pode se apresentar. Se o processo de diagnóstico da surdez for feito de forma cuidadosa e responsável, e se a “equipe de profissionais habilitados para escutar e redimensionar a relação entre pais e filhos, as questões subjetivas desses pais, que os impedem de aceitar o diagnóstico ou de cicatrizar a ferida, serão trabalhadas” (Solé, 2005, p. 139). Com este tipo de trabalho, desenvolvido pelo profissional psicólogo/psicanalista, a ferida narcísica dos pais seria suturada e os prejuízos decorrentes dessas relações mal resolvidas minimizados.

O redimensionamento da relação entre pais ouvintes e filhos surdos também passa pela aceitação da diferença em que ambos apresentam nas formas como, fundamentalmente, vivenciam o mundo. Ou seja, a importância das experiências auditivas para um e das visuais para o outro. Sacks (1998) constata que pais ouvintes com sensibilidade podem, em certa medida, reconhecer a orientação incomumente visual que a criança surda, desde bebê, apresenta - reconhecimento que, tipicamente, acontece quando os pais são igualmente surdos. E continua sua afirmação dizendo que pais ouvintes podem se tornar “(...) muito habilidosos em interação visual. Mas, existe um limite para que os pais ouvintes, por mais amorosos que sejam, podem proporcionar; porque eles são, por natureza, seres ouvintes e não visuais” (Sacks, 1998, p. 75).

Confirmando a importância dessa singularidade visual do surdo, Solé (2005) declara que uma das funções do diagnóstico precoce é a orientação à mãe sobre a dimensão que o visual assume para o bebê surdo, o que poderia permitir que essa mãe permanecesse por mais tempo no campo visual de seu filho, além de outras intervenções relativas à inserção de uma língua.

Diante da diferença existente entre mãe ouvinte e filho surdo, e tendo o entendimento da surdez como condição de estar no mundo, pode-se pensar, hipoteticamente, no desempenho da função materna exercida por essa mãe de forma suficientemente boa.

Para que o surdo tenha as condições necessárias a um bom desenvolvimento infantil, caberia apenas à mãe, ou a sua substituta ouvinte, exercer a função materna? Ou melhor, de que mais a mãe ouvinte

necessitaria para espelhar o filho surdo? A presença do bom olhar da mãe ouvinte é suficiente para que o filho surdo possa construir sua subjetividade enquanto sujeito surdo? (...) É possível, portanto, pensar que o limite decorrente da diferença existente entre os dois pode ser suprido, se a mãe ouvinte puder apresentar ao filho outros espelhos além do seu próprio. Seria, então, a comunidade surda, enquanto representante da mãe surda, o espelho outro necessário à criança surda para um bom desenvolvimento rumo à autonomia? Na comunidade surda a criança surda poderia ver-se refletida no espelho de suas identificações e ter assegurada a assunção de sua própria singularidade? (Klimsa, 2005, p. 67-68).

São questionamentos que, dentre outros aqui levantados, estimulam o pensar a teoria psicanalítica aplicada aos surdos na tentativa de encontrar um diálogo possível que embase a prática do psicanalista junto a essa clientela, sejam os surdos ou suas mães ouvintes.

Outra articulação que parece ser possível, numa perspectiva winnicotiana, diz respeito à necessidade de se configurar uma triangulação que possa substituir gradativamente a díade mãe-bebê. Diante do que foi anteriormente exposto, vimos que o terceiro que rompe com essa simbiose inicial é aquele ou aquilo que desvia a atenção que absorve a mãe nos cuidados ao bebê, devido ao seu estado de preocupação materna primária. A entrada desse terceiro elemento deve ser feita de forma gradual, de modo que não cause prejuízos ao desempenho dos cuidados maternos necessários. Sabe-se, também, da vulnerabilidade que a mãe apresenta frente à nova vida que dela de tudo dependerá inicialmente. Se a entrada desse terceiro é feita de forma abrupta e inesperada, ela pode ser vivida como invasiva e ameaçadora. Desta forma, será que a suspeita diagnóstica da surdez recebida pela mãe na TAN, ainda no puerpério, pode ser considerada como um terceiro que entra na relação mãe ouvinte e bebê surdo? O(s) resultado(s) positivo(s) na triagem prejudicam o vínculo mãe-bebê por absorver a mãe que deveria estar envolta nos cuidados para com o filho? Ou estes mesmos resultados favorecem a mãe que passa a se preparar, por meio da angústia que vive, e considerar a possibilidade da surdez do filho? A ansiedade puerperal da mãe frente a identificação da surdez serve como anteparo ao diagnóstico e minimiza os efeitos da desilusão do filho perfeito que a confirmação da surdez impõe? Ou a ansiedade propicia o desenvolvimento da depressão materna, e, esta, por sua vez, inibe o processo de luto? Sabe-se que grande parte das equipes multidisciplinares que trabalham nas TANs do serviço público não contam com profissional da Psicologia/Psicanálise, sendo assim, não fica esta mãe desamparada de um suporte psicossocial para dar conta da nova realidade instaurada e dos encaminhamentos que se farão necessários para a vida do bebê surdo?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho trouxe alguns apontamentos sobre a importância do desenvolvimento de ações que visem condições mais adequadas de amparo à mulher, desde o puerpério, que precisará de apoio para a elaboração do luto pela perda do bebê idealizado e para o desempenho da função de mãe de um bebê surdo de forma suficientemente boa. Assim como, sinalizou aspectos que podem favorecer um bom desenvolvimento da criança surda, especialmente aqueles que envolvem as línguas de sinais.

As reflexões aqui realizadas mostram a necessidade de se repensar as práticas no processo de diagnóstico da surdez, da triagem ao diagnóstico propriamente dito, a partir de estudos que possam sugerir medidas para minimizar o sofrimento materno diante da descoberta da surdez e facilitar a experiência do luto, para que ele ocorra longe do risco de tornar-se patológico e também prejudicial ao desenvolvimento da criança surda.

Essas sugestões teriam a pretensão de contribuir com melhorias para a TAN e para o serviço especializado de diagnóstico enquanto política de saúde auditiva, com diretrizes terapêuticas, e enquanto serviço, com a criação de ações e programas de assistência da díade mãe ouvinte e filho surdo. Dentre estes, o apoio psicológico à mãe como protocolo clínico de assistência à saúde da mulher, desde seu puerpério. Para tanto, a equipe multidisciplinar de saúde auditiva neonatal deveria contar com a inserção do psicólogo/psicanalista, considerando assim, a importância dos cuidados para com a saúde mental da mãe, da família e da criança surda.

Devem ser desenvolvidas pesquisas que favoreçam a elaboração do aporte teórico aliado ao desenvolvimento da técnica objetivando o embasamento necessário à prática do psicólogo/psicanalista que acompanha o processo de diagnóstico de surdez tanto na área hospitalar quanto clínica. A atuação com os sujeitos surdos e suas mães deve levar o psicanalista a inventar e reinventar a clínica para que o método psicanalítico - ferramenta de seu trabalho - mantenha sua validade por meio do diálogo com o campo da surdez, buscando novas vias de abordagem. Todos os esforços devem ser empenhados para que se encontrem, de forma criativa, novos pensamentos teórico-metodológicos que favoreçam horizontes mais frutíferos para os surdos.

Entendemos que privilegiar a saúde mental da mãe e dos cuidadores da criança surda é desenvolver uma prática mais humanizadora no atendimento da saúde auditiva. Considera-se fundamental a proposição de novas diretrizes para as políticas públicas voltadas à infância da pessoa surda, tendo em vista a prevenção e promoção de sua saúde, que privilegiem a Libras como medida de intervenção precoce.

Vimos a que a imagem da surdez como deficiência ou patologia a ser curada está presente na forma como é noticiado o diagnóstico pelos profissionais de saúde, o que pode prejudicar o processo de luto e aceitação dos pais em relação ao filho surdo. Projetos de capacitação dessa equipe também devem ser tomados para que sejam evitados os mecanismos de perpetuação dos preconceitos sociais ainda existentes. As expressões utilizadas nos resultados dos testes auditivos na TAN - passa, falha, resposta satisfatória ou não - exemplificam o quão o discurso na saúde auditiva ainda está impregnado pelo entendimento da surdez como marca de desvalia. Um olhar que foque no desenvolvimento da criança surda e não na surdez vista como déficit pode ajudar os profissionais a favorecerem o progresso da adaptação dos pais à nova realidade. Levando em consideração a importância de se pensar a prática profissional enquanto garantia de direitos e de enfrentamento das condições objetivas e subjetivas que produzem sofrimento psíquico, a presença do profissional de saúde mental pode contribuir também para a instrumentalização da equipe de saúde auditiva.

Nos dois textos tomados como base para o estudo das diretrizes governamentais e recomendações científicas que se referem à TAN - ambos com referências internacionais associadas aos princípios que fornecem uma base considerada efetiva para os programas e sistemas de diagnóstico e intervenção precoces - não foi encontrada nenhuma referência às línguas de sinais e à possibilidade de desenvolvimento da criança surda por meio dela. Nas recomendações para implantação de um programa de saúde auditiva neonatal na perspectiva da prevenção, a única alusão que podemos fazer a uma outra escolha possível, que não seja a oralização e suas intervenções curativas, é que, ao considerar o respaldo científico das línguas de sinais, é possível adotar a Libras como medida para o bom desenvolvimento da criança surda - no caso da criança surda brasileira. Isso demonstra o quanto a perspectiva clínica ainda está arraigada ao modelo de normalização do surdo, desvalorizando esta língua e a potencialidade que o surdo adquire ao utilizá-la como meio de comunicação.

A equipe de saúde auditiva deve prestar apoio institucional, a partir do dispositivo de acolhimento, para os pais a fim de fortalecê-los. Comprometida com a possibilidade do

trabalho com a Libras, esses profissionais devem também fornecer esclarecimentos a respeito dessa língua tanto como medida preventiva, que minimiza o impacto causado pelo tempo em que a criança surda passa sem a possibilidade de uma comunicação efetiva (inclusive com a própria família), quanto como preparação da criança para o ingresso na escola, já que a educação do surdo é bilíngue e sua língua de instrução é a Libras.

Diante da apresentação dos aspectos legais acerca dos direitos linguísticos já positivados ao cidadão surdo é fácil perceber, mediante uma rasa avaliação da realidade atual, que muitos deles ainda não se efetivaram no campo da saúde. A saúde auditiva carece de construir meios de torná-los realidade, integrando-os às propostas de educação bilíngue para surdos.

Nessa via, indicamos alguns potenciais temas de pesquisa que possam auxiliar a criação e implantação de programas na saúde auditiva neonatal, com os seguintes objetivos: (1) acompanhar o luto materno e paterno para que os pais ouvintes possam elaborar, com a ajuda psicológica, o diagnóstico, ressignificar a relação com a surdez e com o filho e fazer a escolha que considerarem mais adequada para o desenvolvimento de sua criança; (2) estimular o desenvolvimento da linguagem visual e proporcionar a aquisição da língua de sinais como primeira língua, tão logo seja possível destinar esse acompanhamento aos bebês surdos; (3) oportunizar o ensino da Libras como segunda língua para mães e familiares; (4) auxiliar no estabelecimento de um bom vínculo materno-filial e de uma comunicação efetiva entre pais ouvintes e filhos surdos, considerando algumas estratégias utilizadas por pais surdos para o entendimento e cuidados com seus próprios filhos surdos; (5) promover espaços de trocas de experiências entre os cuidadores de crianças surdas; (6) facultar atividades entre os pacientes surdos e o encontros deles com adultos igualmente surdos; (7) dispor a possibilidade de aprendizagem do português na modalidade oral e/ou escrita, por meio do trabalho do fonoaudiólogo fluente em Libras, quando esta língua já se encontra desenvolvida na criança surda; (8) capacitar a equipe profissional para atender o paciente surdo, aquele que já é usuário de Libras e aquele que pode vir a se tornar fluente nessa língua.

Este trabalho, de caráter interdisciplinar, fez essas interfaces por entender que: o luto da mãe ouvinte diante da descoberta de que seu bebê é surdo é multifatorial e necessita de amparo profissional; e, que o contexto social e clínico no qual essa díade mãe-bebê está inserida precisa ser explicitado a fim de que, compreendido, novos desenhos na saúde auditiva possam ser articulados. As considerações feitas aqui, a título de reflexão, indicam a

necessidade de pesquisas empíricas o que é de interesse nosso, enquanto psicóloga que percebe as dificuldades de elaboração do luto materno e seus reflexos na constituição psíquica de seus pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beltrami, L. (2011). *Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Santa Maria.

Bisol, C. A., Simioni, J. & Sperb, T. (2008). Contribuições da psicologia brasileira para o estudo da surdez. *Psicologia: reflexão e crítica*. Vol. 21, n. 3. Recuperado em 30 de maio de 2017 a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000300007

Bleichmar, N. M. & Bleichmar, C. L. (1992). *A psicanálise depois de Freud: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Campello, M. T. B. (2002). A outra face da intolerância. In: *A discriminação em questão II*. Recife: Secretaria de Educação.

Capovilla, F. C. & Raphael, W. D. (2001). *Dicionário Enciclopédico Ilustrado Trilíngüe da Língua de Sinais Brasileira*. (v.2). São Paulo: EDUSP.

Conselho Federal de Fonoaudiologia (2013, fevereiro). *Manual de Procedimentos em Audiometria Tonal Limiar, Logaudiometria e Medidas de Imitância Acústica*. Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia. Recuperado em 31 de maio de 2017 a partir de: <http://fonoaudiologia.org.br/publicacoes/manual%20de%20audiologia%20.pdf>

Costa, H. A. de C. (2014) *Políticas Públicas na Educação dos Surdos: o que se diz, o que se faz, o que os surdos querem* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Decreto n. 5.626, de 22 de dezembro de 2005 (2005, 22 dezembro). Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília.

Deslandes, S. F. (2004) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência saúde coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-14.

Dias, E. O. (2003) *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Driant, B., Vandromme, L., Kolski, C., & Strunski, V. (2004). Avaliação psicológica dos efeitos secundários da triagem sistemática da surdez neonatal permanente. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14 (2), 29-33. Recuperado em 30 de maio de 2017 a partir de: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/40004/42869>

Fernandes, E. (2003). *Linguagem e surdez*. Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In L. A. Hanns (Trad.), J. Strachey (Ed.), *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (vol. 1, pp. 95-132). Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1917). Luto e Melancolia. In J. Salomão (Trad.), J. Strachey (Ed.), *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (vol. 12, pp. 271-292). Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Gesser, A. (2009). Do patológico ao cultural na surdez: para além de um e de outro ou para uma reflexão crítica dos paradigmas. In Quadros, R. M. & Stumpf, M. R. (orgs.) *Estudos Surdos IV*.(pp. 278-309). Petrópolis: Arara Azul.

Góes, F. A. B. (2005). *Um encontro inesperado: uma abordagem psicanalítica*. Recife: UFRPE - Imprensa Universitária.

Goldfeld, M. (2002) *A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista*. (2a ed.). São Paulo: Plexus.

Klimsa, C. T. (2005). *Relação especular: reflexo nas subjetividades dos surdos ou reflexos na construção de subjetividades surdas?* (Trabalho de Conclusão de Estágio). Faculdade Frassinetti do Recife. Recife.

Lacerda, C. B. F. de (1998). Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos surdos. In *Cadernos CEDES*. vol.19, n.46, pp. 68-80. Recuperado em 30 de maio de 2017 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32621998000300007>.

Lartigau, E. (Direção). (2014). *A Família Bélier* [Filme cinematográfico]. França, Bélgica: Jericho, Mars Films.

Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002. (2002, 24 abril). Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.

Lei nº 12.303, de 2 de agosto 2010 (2010, 2 agosto). Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Diário Oficial da União, Brasília.

Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. (2015, 6 julho). Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília.

Lewis D. R., Marone S. A. M., Mendes B. C. A., Cruz O. L. M., Nóbrega M. (2010, janeiro, fevereiro). .Comitê multiprofissional em saúde auditiva (COMUSA). *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol.76, nº1.

Lisondo, A. B. D. (2003). *A subjetividade origina-se, estrutura-se e constitui-se na intersubjetividade*. Conferência proferida no XIX Congresso de Psicanálise. Recife.

Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (14a ed.) São Paulo: Saraiva.

Ministério da Educação (2014). *Relatório sobre a Política Linguística de Educação Bilíngue – Língua Brasileira de Sinais e Língua Portuguesa*. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Brasília: Ministério da Educação.

Ministério da Saúde (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*
Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.
Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 de maio de 2017 a partir de
<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/parto-aborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher-ms>

Ministério da Saúde (2012a). *Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal*.
Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e
Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30
de maio de 2017 a partir de
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf

Ministério da Saúde (2012b). *Agente comunitário de saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 de maio de 2017 a partir de: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude

Ministério da Saúde (2014). Humanização do parto e do nascimento. In *Cadernos HumanizaSUS*, vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde.

Nakagawa, H. E. I. (2012). *Culturas surdas: o que se vê, o que se ouve* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras, Mestrado em Cultura e Comunicação, Lisboa. Recuperado a partir de: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8801/1/ulfl128697_tm.pdf

Oliveira, C. T., Cúnico, S. D., Cunha, L. G., Krueel, C. S. & Tochetto, T. M. (2013). O impacto do diagnóstico de surdez infantil e suas repercussões na vida da criança e de seus familiares. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 14, n. 1, pp. 81-94. Recuperado em 30 de maio de 2017 a partir de [http://sites.unifra.br/Portals/36/CHUMANAS/2013/06%20\(176\).pdf](http://sites.unifra.br/Portals/36/CHUMANAS/2013/06%20(176).pdf)

Pereira, M. C. da C. (2014, agosto) O ensino de português como segunda língua para surdos: princípios teóricos e metodológicos. *Educar em Revista*, Edição Especial n. 2/2014, pp. 143-157.

Petean, E. B. L. (1995). *Avaliação qualitativa dos aspectos psicológicos do aconselhamento genético através do estudo prospectivo do atendimento das famílias* (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Campinas.

Rodella, T. (2015, 8 dezembro). *25 anos do programa de implante coclear do Centrinho-USP*. Bauru. Recuperado em 30 de maio de 2017 a partir de: <http://www.bauru.usp.br/?p=5277>

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Sacks, O. (1998). *Vendo Vozes: uma viagem ao mundo dos surdos*. São Paulo: Companhia das Letras.

Santana, A. P. (2007). *Surdez e linguagem: aspectos e implicações neurolingüísticas*. São Paulo: Plexus.

Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2012). *Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência*. Luiza Maria Borges Oliveira. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Brasília : SDH-PR. SNPD.

Silva, A. B. de P., Zanolli M. de L. & Pereira M. C. da C. (2008). Surdez: relato de mães frente ao diagnóstico. In *Estudos de Psicologia*, 13(2), 175-183. Recuperado em 30 de maio de 2017 a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/10.pdf>

Silva, G. M. (2011) *Educação Bilíngue e a Importância da Libras para a Criança Surda*. Texto elaborado para a disciplina “Fundamentos de Libras On-line” da Faculdade de Letras da UFMG. Belo Horizonte.

Silva, M. H. de B. e (2002). *A paixão silenciosa: uma leitura psicanalítica sobre as paixões amorosas*. São Paulo: Escuta.

Skliar, C. (org.) (1997). *Educação e exclusão: abordagens sócio-antropológicas em Educação Especial*. Porto Alegre: Mediação.

_____. (org.) (1998). *A Surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação.

Solé, M. C. P. (2005). *O sujeito surdo e a psicanálise: uma outra via de escuta*. Porto Alegre: UFRGS.

_____. (1998). A surdez enquanto marca constitutiva. *Informativo Técnico-Científico Espaço INES*, 9, 17-23.

Teixeira, G. F. (2007). Depressão Materna e sua Repercussão na Relação Inicial Mãe-Bebê. In *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade* n.02, Abr/Mai/Jun. Porto Alegre. Recuperado em 30 de maio de 2017 a partir de: www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php

Valente, T. Z. & Lopes, C. M. B. (2008). A perda simbólica e a perda real: o luto materno. In *Estabelecendo diálogos, construindo perspectivas*. Guarapuava: Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

Winnicott, D.W. (1967). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In Winnicott, D.W., *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1978). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.