

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**VIVÊNCIA MATERNA FRENTE À SURDEZ DO FILHO
SOB A PERSPECTIVA DO NARCISISMO NA TEORIA
PSICANALÍTICA.**

Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley

RECIFE, 2019

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSO*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**VIVÊNCIA MATERNA FRENTE À SURDEZ DO FILHO
SOB A PERSPECTIVA DO NARCISISMO NA TEORIA
PSICANALÍTICA.**

Dissertação apresentada na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) como parte dos requisitos para obtenção do grau Mestre no Programa de Pós-graduação *Stricto Senso* do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde

Mestranda: Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley
Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Barros
Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Rodrigues Falbo
Linha de Pesquisa: Ciclos de vida e promoção de saúde

RECIFE, 2019

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

W245v Wanderley, Patrícia Cristine de Farias Guedes

Vivência materna frente à surdez do filho sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica. / Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley; orientadora Clarissa Barros; coorientadora Ana Rodrigues Falbo. – Recife: Do Autor, 2019.
75 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2019.

1. Surdez. 2. Narcisismo. 3. Psicanálise. 4. Maternidade. 5. Implante coclear. I. Barros, Clarissa, orientadora. II. Falbo, Ana Rodrigues, coorientadora. III. Título.

CDU 159.9:376.33

AGRADECIMENTOS

A Deus, aos meus amados pais e irmãos que pelo amor e cuidado solidificam a vida para a busca dos sonhos.

À Prof. Dra. Clarissa Barros, por ter me orientado com leveza e generosidade.

À Prof. Dra. Ana Rodrigues Falbo, que apostou e acreditou no desenvolvimento do trabalho e a cada encontro vivificou o interesse pelo conhecimento.

Ao IMIP, Instituição que apoiou a pesquisa nos diversos aspectos, representado pela amiga Eliane Nóbrega Albuquerque. Francisco De Biase, Ana Elizabete Lima, Elaine Lira, Elizabeth Souza, Rita Fernandes, Roberta Garcia e a todos os paciente do serviço de implante coclear.

Às participantes da pesquisa que me deram a honra de ouvi-las.

A todos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Aos meus colegas mestrandos.

Ao Rodrigo Iran, meu esposo que esteve na retaguarda facilitando a produção do trabalho.

À Alice, filha amada de quem veio inspiração para continuar trabalhando.

À amiga Elise Dobbin e Renata Teti as quais colaboraram com ricas contribuições.

Mestranda: Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley

Psicóloga do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, psicóloga do Hospital da Mulher do Recife – HMR, docente no curso de psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS e especialista em Psicologia Clínica-Hospitalar pela FPS. Recife-PE, Brasil.

Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861 – Recife-PE

E-mail: patriciaguedesw@hotmail.com Telefone: (81) 9597-1044

Orientadora: Profa. Dra Clarissa Barros

Psicóloga, Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde. Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde no programa de Mestrado em Psicologia da Saúde e da graduação de Psicologia.

Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861 – Recife-PE

E-mail: clarambarros@gmail.com Telefone: (81) 98891-8552

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Rodrigues Falbo

Médica, Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saude Pública coordenadora de tutores do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde- Recife-PE, Brasil.

Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861 – Recife-PE

E-mail: anarfalbo@gmail.com Telefone: (81) 99963-7644

RESUMO

A deficiência auditiva é considerada uma das mais incapacitantes. As principais dificuldades enfrentadas pela família de crianças com diagnóstico de surdez referem-se à comunicação, aos conflitos, à afetividade, e a integração entre eles. Objetivou-se compreender como as mães vivenciaram a maternidade frente à surdez do filho, sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, que envolveu oito mães de crianças com surdez em tratamento num serviço de implante coclear de um hospital do Recife, no período entre setembro de 2017 a setembro de 2018. O número final de participantes foi definido segundo os critérios de saturação. Foi utilizado instrumento específico para a pesquisa, de onde foram analisados os seguintes eixos nas entrevistas: desejo relacionado à maternidade; suspeita ou diagnóstico da surdez; confronto do bebê imaginário e do bebê real; sentimento de fracasso com o nascimento de um filho com deficiência; investimento libidinal transformador do corpo orgânico do bebê em corpo sexuado, suporte social entre pares e equipe de saúde e repercussão após o tratamento com implante coclear. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e o material foi analisado e discutido entre o grupo da pesquisa, buscando-se a partir dos diferentes olhares a construção interpretativa das narrativas e a avaliação dos aspectos de cunho transferencial. A análise de conteúdo em sua modalidade temática de Minayo incluiu a leitura transversal do material. Foi possível conhecer a pré-história de cada bebê no que diz respeito a sua concepção, revelando narrativas com grande teor emocional e de histórias com entrelaçamento de sentimentos complexos para tornar-se mãe e possivelmente reverberando no bebê e sua existência. Desse modo, indagou-se como um bebê, por exemplo, fruto de um desejo de vingança, não de filho, e como os outros nascidos também num contexto turbulento, talvez pudessem tornar-se ensurdecidos para existir

diante do insuportável, histórias que remontam as suas origens. Revelou que a negação da percepção materna da surdez nos primeiros meses ou anos do filho e a dificuldade de aceitação do diagnóstico médico podem estar relacionadas à dificuldade de aceitação da sua própria incompletude, da castração e da identificação. Gerar seres incompletos pode remeter à sua própria incompletude. Quando confrontadas com o diagnóstico médico, confirmando a deficiência auditiva, este foi recebido com muito impacto, sofrimento e fragilidade emocional, mostrando como o diagnóstico pode vir a afetar o narcisismo materno. Conjecturou-se que a não suspeita consciente da surdez tenha mostrado a dificuldade de aceitar o bebê real. Ao mesmo tempo, também se inferiu que o não saber consciente a respeito do diagnóstico pôde proporcionar tempo para que a mãe pudesse investir libidinalmente e formar o vínculo com o seu bebê, fator primordial para a constituição psíquica do sujeito. O suporte social e o encontro acolhedor com a equipe de saúde funcionaram como sustentação emocional ajudando a mãe a elaborar o luto do bebê perfeito. No tocante à aquisição de habilidade auditiva possibilitada pelo implante coclear, percebeu-se o júbilo externado pelas mães, indicando este elemento como fundamental para alinhar o narcisismo materno, o qual tem uma função imaginária de recompor o corpo perfeito, incompleto. Apesar de que no início da avaliação para o tratamento as mães tenham resistido ao implante. Considerando os aspectos subjetivos o tempo de elaboração materna frente à deficiência auditiva deve ser respeitado para a efetivação do “sucesso” do implante.

Palavras-chave: Surdez; Narcisismo; Psicanálise, Maternidade, Implante Coclear

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP -	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
SUS -	Sistema Único de Saúde
IC -	Implante Coclear
OMS -	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
DB	Decibéis

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO.....	8
II.	OBJETIVOS.....	18
	2.1 Geral.....	18
	2.2 Específicos.....	18
III.	MÉTODO.....	19
	3.1 Desenho do Estudo.....	19
	3.2 Local do Estudo.....	19
	3.3 Período de Estudo e Coleta.....	20
	3.4 População.....	20
	3.5 Critérios de Seleção.....	20
	3.6 Procedimentos para a realização das entrevista.....	20
	3.7 Análise das entrevistas.....	21
	3.8 Aspectos Éticos.....	22
IV.	RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	23
	4.1 Artigo.....	23
V.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
VI.	REFERÊNCIAS.....	53
VII.	APÊNDICE.....	56
	APÊNDICE 1: Carta de anuência.....	56
	APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	57
	APÊNDICE 3: Roteiro das entrevistas.....	60
VIII.	ANEXOS.....	62
	ANEXO 1: Documento de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética	62
	ANEXO 2: Normas de formatação e submissão para a revista Psicologia Clínica.....	65

I. INTRODUÇÃO

No mundo estima-se que mais de 360 milhões de pessoas têm uma perda auditiva incapacitante. Desta população mundial, 32 milhões são crianças com menos de 15 anos.¹ O Brasil tem 9.717.318 de pessoas com algum tipo de deficiência auditiva, segundo o censo do IBGE de 2010.² Nos deficientes auditivos severos e profundos há diminuição ou ausência das células ciliadas existentes dentro da cóclea, portanto o som não pode ser transmitido via nervo auditivo para o cérebro. Para pessoas com esta especificação da deficiência auditiva e que não obtêm benefícios com o uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), pode-se recomendar o uso do implante coclear (IC), que é um dispositivo eletrônico que melhora a percepção dos sons e a compreensão da fala.^{3,4,5}

O Implante coclear é composto por uma parte interna implantada, mediante intervenção cirúrgica, sendo os eletrodos inseridos na cóclea. A parte externa, por intermédio de um microfone instalado junto à orelha, capta o som que é transmitido por um fio ao processador de fala. O processador envia a informação codificada para uma antena transmissora colocada junto ao receptor-estimulador. O ciclo da audição se completa quando o estímulo elétrico e os sinais codificados são transmitidos por radiofrequência para o receptor-transmissor. Esse aparelho estimula os eletrodos que são implantados na cóclea.^{3,4,5}

O ser humano precisa da comunicação para se constituir, se desenvolver e aprender, portanto, a deficiência auditiva é considerada muito incapacitante e com ela a qualidade de vida é fortemente afetada, podendo reverberar prejuízos importantes do ponto de vista individual, familiar, social e econômico. A depressão é comum nos indivíduos surdos e nos seus familiares.^{6,7}

Dentre todos os familiares envolvidos com a surdez, é a mãe que em geral, se encarrega dos cuidados com seus filhos.⁸ A temática da maternidade se apresenta nesta dissertação segundo a vivência de mães de crianças surdas, e é por meio das quais primeiramente optou-se reconstruir o percurso do “tornar-se mãe”, partindo de uma visão de que há um processo de constituição de uma nova identidade para a mulher que deseja a maternidade. Nesse sentido, falamos aqui da construção de mães de criança surda.

Grandes mudanças fazem parte deste processo constitutivo da maternidade, além das inúmeras transformações biológicas. A mulher será confrontada com sentimentos ambivalentes, medos e fantasias a depender do período gestacional, seguindo até o momento do parto. No puerpério continua constituindo-se como mãe no encontro e nas trocas que acontecem entre ela e seu bebê. Uma nova constituição psíquica ocorre com a mulher ao tornar-se mãe, tendo seu início antes mesmo do nascimento de seu próprio filho.^{9,10}

A partir do momento em que a mulher se percebe grávida, ocorrem sentimentos ambivalentes a respeito da gestação, os quais incidem na mudança subjetiva da mulher/filha para a mulher/mãe.¹¹ Com base na obra Freudiana, o desejo de ter um filho, para a mulher, é compensar o objeto da falta decorrente do complexo de castração e do Édipo. As meninas e os meninos encontram seu primeiro objeto de amor na figura materna, mas na menina ocorre uma mudança, uma troca desse objeto para a figura paterna. Na fase pré-edipiana, etapa preparatória para o investimento sexual dirigido ao pai, inicialmente, a menina tem o desejo incestuoso de possuir a mãe para, posteriormente, desejar ser possuída pelo pai. Outra troca também se faz necessária, a

da zona sexual clitoriana para a vaginal. Este é o caminho que a menina percorre em seu Complexo de Édipo.¹²

Anterior à finalização do Complexo de Édipo, a menina depara-se com o complexo de castração, ou seja, fica decepcionada por não possuir o pênis, que significa a fonte psíquica de poder, a existência do objeto falo enquanto significante, que imaginariamente, concebeu como existindo no corpo do outro, no sexo masculino.^{12,13,14}

A menina percebe a distinção entre o seu órgão genital e a do menino. Entretanto, o que está em jogo não é necessariamente a primazia do órgão genital em si, mas a falta/ausência deste, momento denominado por Freud de “primazia do falo”.^{12,13}

Diante da castração, a menina pode percorrer três caminhos: seguir insatisfeita com seu clitóris abandonando sua sexualidade; seguir com a esperança de um dia possuir um falo, recusando-se a aceitar a sua castração ou alcançar a sexualidade feminina, tomando seu pai como objeto de escolha amorosa. A menina aceitaria sua castração, porém não renunciaria a possuir o falo, faria uma equivalência simbólica, ou seja, ter um pênis/falo seria equivalente ao desejo de ter um filho.^{13,14}

O falo é o significante da falta, como bem diz Lacan: “é tomado numa certa função subjetiva que precisa desempenhar um papel de significante”, e o desejo está relacionado com a falta no tocante à incessante busca pelo objeto substituto. Originário da perda primordial, relativa à castração, há o movimento que faz o sujeito transpor a demanda e passe a desejar. A feminilidade é formada de modo diferente da masculinidade e cada um se relaciona de modo distinto com a ordem simbólica. A mulher é ela “não-toda”, ou seja, não é toda assujeitada à ordem simbólica, portanto, se faz limitada.^{15,16}

No processo de tornar-se mãe, a mulher constrói um contorno imaginário do bebê, a partir de sentimentos e impressões que se dão por meio dos movimentos fetais. A gestante atribui características de personalidade ao bebê imaginário, as quais poderão facilitar a sua interação com ele, tornando-o alguém familiar, produto seu. Esta capacidade ou habilidade materna é de fundamental importância para a constituição do eu da criança que recebe um destino do Outro veiculado no seu dizer materno.^{17,18}

Esta personificação se configura também na escolha do nome e das coisas relacionadas ao futuro bebê, recebendo de seus pais sentido ao que está vinculado à criança. É comum que o bebê seja colocado num lugar de superação das frustrações pelas quais os pais passaram ou passam. Percebe-se os desejos narcisistas projetados no bebê imaginário, nos atributos do melhor de cada um do casal parental, inserindo o bebê numa linhagem.^{15,18}

Com a espera de um bebê que foi idealizado, os pais recebem após o parto um bebê real, aquele que não é exatamente o representante da imagem sonhada, mesmo que seja saudável. Haverá um luto do bebê imaginário, a ser vivenciado para que o bebê real tenha um lugar. Este bebê que surge após o parto, inicialmente confrontado, desconstrói o bebê idealizado, por ser desconhecido. O laço entre o bebê e sua mãe será estabelecido se ela conseguir vivenciar o luto do bebê imaginário e elaborar sua perda. Gradualmente, a genitora se reestrutura psiquicamente e consegue investir no novo bebê.¹⁸

A constituição psíquica da mulher é uma grande matriz para que se instale a viabilidade de se tornar mãe e com isso a perspectiva de gerar expectativas sobre o futuro bebê, o qual, desse modo, torna-se um objeto privilegiado para ela. Este é um

processo fundamental para a estruturação psíquica de um bebê e a construção do seu próprio eu. O investimento afetivo da mãe poderá transformar o corpo orgânico do bebê em um corpo sexuado, ou seja, um corpo investido libidinalmente, o qual será o sustentador de um aparelho psíquico.^{10,20}

A mãe, enquanto representante do Outro para a criança, por meio do olhar, das trocas, do toque, das palavras, funciona como espelho para a criança. Trata-se aqui da função do estágio do espelho, etapa definida por Lacan (1966) para se compreender a base da unidade da constituição do eu. Lacan aponta esse estágio como alicerce para consolidar a estruturação psíquica do ser, momento no qual a criança, com as fantasias de corpo fragmentado – devido à sua prematuridade neurofisiológica – se antecipa numa unidade a partir da imagem do outro.²³

No espelho, o nascimento do eu se entrelaça com a constituição da imagem do corpo próprio, ao mesmo tempo em que a imagem no espelho é tomada como objeto. O que o bebê vê é outro bebê, a princípio. O estágio do espelho é a relação inaugural com o Outro, no qual o homem investe no objeto por meio de sua imagem especular. Essa miragem de totalidade lhe dá uma forma. Nesse sentido, o estágio do espelho é o precursor da dialética da alienação do sujeito no eu.^{23,24}

Aulagnier (1963) citada por Violante (2001, p. 45) diz que: “entre ela (a mãe) e o Id do bebê, ela pode pensar e investir em sua relação com o bebê. Na falta desse eu antecipado, ela não poderia vivenciar, nem investir, nem dar como existente a relação que a liga ao bebê.” Com a chegada do filho, os pais revivem o seu narcisismo tornando possível vivenciar no presente, um passado sem sobra e sem conflito aguardando que no futuro a criança realize seus sonhos narcísicos.²⁴

Há na mulher gestante um renascimento narcísico, do que ela foi para sua mãe e do que a sua mãe foi para ela, como dupla identificação. Dito de outro modo, há uma revivência do amor de si, ou seja, de como foi recebido o investimento da sua própria mãe, e que no momento da maternidade, este investimento deve-se voltar para o bebê. Pedaco estranho ao corpo, no qual, a partir do seu próprio narcisismo, é possível chegar ao amor objetal completo. As mães atribuem perfeição ao corpo do bebê ocultando todas as suas deficiências.²¹ O narcisismo é um conceito que trata do desenvolvimento psíquico de um sujeito e que consiste numa etapa fundamental do processo de constituição do eu implicando em sintetizar em uma unidade as pulsões sexuais por meio de atividade auto-erótica. O bebê toma primeiro a si mesmo, a seu próprio corpo como objeto de amor, para posteriormente ser capaz de se voltar para outra pessoa que passa a ser tomada como objeto do seu investimento, operando uma separação entre o eu e o outro, seu semelhante.²¹

Tomar seu próprio corpo como objeto de amor vai ao encontro do que interessa à Psicanálise. Os caminhos que o aparelho psíquico vai dar a tudo aquilo que toca o corpo são os destinos pulsionais. O corpo para a Psicanálise é um corpo habitado pelas pulsões sexuais. Os investimentos pulsionais que perpassam todos os órgãos dão outro estatuto ao corpo que deixa de ser puro pedaco de carne para entrar na dimensão da demanda e do desejo na relação com o Outro primordial. Via palavra e desejo inconsciente que faz contorno ao corpo “pedaco de carne” para transformá-lo, por meio da entrada do significante, em um corpo pulsional, endereçado ao Outro materno.²⁴

Tornar-se mãe é um processo que tem como origem a infância da mulher e nele há um retorno inconsciente às etapas vivenciadas com sua mãe, desabrochando as fantasias e expectativas gratificantes ou frustrantes com relação à gravidez, ao parto, ao

recebimento do bebê e todo seu desenvolvimento. De certo modo, um filho, como objeto de devoção e de amor, viria reparar a ferida narcísica dos pais naquilo que não foi possível de se realizar.^{13,27} O Narcisismo oferece a compreensão acerca da constituição do eu e do objeto. O bebê humano ao nascer, além de pertencer ao próprio corpo prematuro, frágil e vulnerável, está num processo de constituição psíquica. Com o advento do narcisismo, recebe um novo status, o de possuir um eu formado, diferenciado de um Outro de quem sempre tomou emprestado o seu eu. Consiste em obter uma imagem unificada pela qual o sujeito se representa a si mesmo a partir da nova ação psíquica vinculada ao seu autoerotismo. Entretanto, para que isto aconteça, o corpo do bebê deverá ter sido tomado como objeto de investimento amoroso vindo de outro corpo, o corpo do Outro. Este é geralmente personificado na figura materna ou a quem exerça tal função traçando uma costura libidinal a partir do seu próprio narcisismo.²⁸

Avaliando que o narcisismo compreende a pulsão de autoconservação, ou seja, as pulsões do eu, responsáveis pela proteção do próprio corpo do indivíduo, pulsões condutoras de uma sobrevivência, e tendo nele elementos de amor próprio, estima-se que o nascimento de um filho com deficiência auditiva pode ter influência na vivência do narcisismo materno. Advindo de uma situação inesperada, a desrealização de um bebê imaginário pode gerar na mãe um sentimento de fracasso, por representar a sua própria imperfeição.²¹

Com isso Freud (1914) estipulou a existência de dois tipos de narcisismo, o narcisismo primário e o narcisismo secundário. O narcisismo primário é uma herança do ideal narcísico dos pais. A criança ocuparia o lugar daquilo que ficou perdido na vida dos pais. Cabe a ela recuperar para eles o que eles foram obrigados a renunciar, e a

realizar os sonhos e projetos nos quais eles fracassaram. Este lugar, no qual os pais costumam colocar o filho, Freud chamou de “Sua Majestade, o Bebê”. O narcisismo secundário estaria referido ao refluxo da libido dos objetos para o próprio eu, por ele observado nos casos de esquizofrenia. Em outras palavras, o retorno ao eu dos investimentos feitos sobre os objetos externos.²¹ O sujeito não quer renunciar à perfeição narcísica, ou seja, a perfeição depositada pelo Outro. Desta forma, a renúncia não ocorre completamente, o que lhe garante o eu ideal.

O eu ideal é aquilo que gostaríamos de ter sido, o desejo dos pais, o que a sociedade espera, o desejo do Outro. O eu ideal corresponde à figura do narcisismo, uma instância imaginária. O ideal do eu é uma instância secundária, simbólica e formada a partir do complexo de Édipo.^{22,27}

Gestar um filho implica num reencontro com sua própria mãe, além de ser um período em que a espera por essa criança permite uma elaboração para torná-la familiar.²⁹ No contexto do gestar, ressalta-se o lugar do narcisismo primário na relação entre os pais e a criança. Este tipo de narcisismo pode ser estimulado pelo gestar, capacitando a mulher a se abrir para um o desejo de filho. Este período do narcisismo primário tem um sentido de valorização psíquica pela capacidade de gerar, de ser fértil e ainda mais pela capacidade de gerar um filho saudável.^{27,29}

A primeira e intensa relação que a criança tem é com a mãe e esse vínculo primordial é responsável pelo início do desenvolvimento psíquico da criança, o qual depende em quase tudo da interação desta díade. E por isso, a intervenção profissional pode auxiliar a mãe a superar o impacto recebido pelo diagnóstico de surdez do filho e reestabelecer o elo que sustenta o narcisismo dos pais.⁹ É interessante que a intervenção

seja proporcionada à família do paciente pela equipe de saúde e pelo psicólogo, que tem o objetivo de cuidar e tratar de aspectos psicológicos em torno do diagnóstico envolto ou imerso na subjetividade de quem o tem ou de quem cuida. Para as trocas da díade mãe-bebê acontecer, ela precisa tomar a criança como um pedaço dela mesma, fenômeno este facilitado a partir das trocas de substâncias com o corpo materno durante a gestação e o aleitamento. Além do mais, a mãe pode ocupar um lugar atributivo (função materna) para o bebê, por meio das representações que ela projeta sobre ele. Seja no plano individual de seus pais ou através da sociedade e da cultura a que pertence, o bebê está sustentado no universo simbólico deles. Estas funções fundamentais para a constituição são encarnadas na figura da mãe, a qual neste momento encontra-se atravessada pelo diagnóstico e tratamento do filho.³¹

Nesta pesquisa, foram abordados aspectos psíquicos da mãe com base na teoria psicanalítica, e relacionados com a elementos do narcisismo materno possivelmente vinculados à surdez do filho, na expectativa de contribuir com intervenções que possibilitem uma melhor relação da díade, e, portanto, a prevenção de distúrbios psíquicos. Esta temática é de grande interesse, uma vez que, a pergunta de pesquisa surge a partir da prática e envolvimento com crianças surdas e seus pais. A experiência durante os atendimentos psicológicos e o confronto rotineiro com as dificuldades enfrentadas pela criança e sua família geraram questionamentos no sentido de melhor compreender essas dificuldades, sobretudo, a partir da vivência dessas mães.

Acrescido a esta realidade, diante de um filho com surdez, os pais têm seus sonhos fragmentados, expectativas frustradas e incertezas quanto ao futuro, o que pode trazer impacto para a estrutura familiar e graves desorganizações psíquicas, contribuindo para que o desempenho de suas funções parentais se realize com alto nível

de tensão. A depender dos recursos emocionais de enfrentamento, dos significados prévios acerca da surdez e do manejo com o diagnóstico pela equipe de saúde, os pais poderão ou não conseguir elaborar a nova realidade com o filho surdo.⁶

Os pais de uma criança com deficiência física ou mental podem passar pelos estágios de reação ao diagnóstico: choque, negação, tristeza, raiva e ansiedade.⁶ Existe resistência na procura por atendimento especializado quando há suspeita da deficiência auditiva, assim como negação, reverberando no atraso do alcance da avaliação e tratamento.⁶ O acolhimento aos pais com escuta adequada e orientações sobre os recursos terapêuticos disponíveis podem contribuir para amenizar o sofrimento. Dessa forma, a intervenção adequada pela equipe de saúde multidisciplinar pode contribuir para um melhor enfrentamento dos diversos desafios colocados para o indivíduo surdo e seus pais.^{6,7,30}

Na perspectiva psicanalítica, o fato de alguns pais protelarem a busca por atendimento especializado pode estar relacionado com a negação e a confrontação com o bebê real com deficiência pela desconstrução do bebê imaginário sadio. O bebê real é aquele com o qual a mãe se confronta após a gestação e o bebê imaginário é aquele referente às fantasias, impressões, e sentimentos maternos em relação ao filho durante a gestação, que geralmente são “perfeitos” e sem nenhuma deficiência. A fantasia do bebê imaginário ou idealizado está presente desde a infância do pai ou da mãe, numa espécie de concepção psíquica de um filho, pois a criança é tecida pela imaginação e pelas representações simbólicas, de projetos e desejos pré-existentes a ela.^{19,21}

Os pais vivenciam com estresse os desafios em criar uma criança surda, os quais estão relacionados a aprender novos métodos de comunicação, educação e busca por tratamentos. A busca por soluções para a surdez do filho pode reverberar em ocultação

de outras necessidades da criança, assim como: emocionais, interacionais, educacionais entre outros importantes para o desenvolvimento global de um sujeito. A relação do casal também pode ser afetada, prejudicando a interação entre eles ou isolamento social, além de sentimento de culpa, desamparo, confusão e muitas dúvidas quanto aos seus papéis. Com este enfoque, pode-se dizer que as principais dificuldades enfrentadas pelas famílias de crianças com diagnóstico de surdez referem-se à comunicação, aos conflitos, e à afetividade, sendo este último o foco desta pesquisa.^{7,31}

II. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Compreender a vivência materna frente à surdez do filho sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica.

2.2. ESPECÍFICOS

- 1) Desvelar os sentimentos das mães, frente à gestação, no que concerne aos aspectos narcísicos;
- 2) Analisar as narrativas das mães entre o bebê imaginário e o bebê real;
- 3) Apreender os sentimentos das mães em relação à suspeita da surdez no filho;
- 4) Analisar a vivência das mães em relação ao nascimento de um filho com deficiência.
- 5) Analisar a possibilidade de investimento materno.

III. MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, no qual se ofereceu um espaço diferenciado de escuta para as mães, procurando-se compreender as narrativas por elas atribuídas à vivência com a surdez de seus filhos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço de Implante Coclear do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), hospital escola na Região Metropolitana central do Recife, Brasil, entidade não governamental, filantrópica, sem fins lucrativos neste serviço, são realizadas em média 12 consultas por semana para avaliação dos critérios para a cirurgia de Implante Coclear do paciente e sua família, por uma equipe multidisciplinar composta por Otorrinolaringologista, Fonoaudiólogas, Assistente Social e Psicóloga. Tem-se em média de 30 consultas por semana para acompanhamento do tratamento dos pacientes já implantados, ou seja, avaliação médica pós-cirúrgica; ativação da parte externa do implante e mapeamentos do mesmo para a estimulação dos eletrodos implantados na cóclea que são trabalhos realizados pela fonoaudiologia; ainda pela fonoaudiologia também há o trabalho para o desenvolvimento da linguagem oral e percepção sonora nos encontros de terapia fonoaudiológica; os atendimentos com o assistente social para orientar o acesso aos direitos e atendimento psicológico.

A psicologia trabalha nesta equipe favorecendo o conhecimento da vivência com a surdez de paciente e familiar, conhecendo a história de cada sujeito ao aproximar-se das repercussões da surdez de modo singular e suas expectativas quanto ao tratamento

com o implante. O trabalho do psicólogo atuante numa equipe de implante coclear, pode ser realizado em diferentes momentos na trajetória do paciente, diagnóstico, avaliação, estudo de caso, preparação pré-cirúrgica, acompanhamento pós-cirúrgico e acompanhamento na reabilitação. Sempre trabalhando com os sentimentos dos sujeitos envolvidos no tratamento.

3.3 PERÍODO DO ESTUDO E COLETA

O estudo foi realizado no período entre Janeiro de 2017 e novembro de 2018. As entrevistas foram realizadas no período entre o mês de setembro de 2017 a setembro de 2018.

3.4 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por mães de crianças com surdez congênita e atendidas no Serviço de Implante Coclear do IMIP.

3.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Critérios de inclusão:

- Mães de crianças com até 9 anos e 11 meses de idade (faixa etária estabelecida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para crianças) com surdez que estavam sendo acompanhadas no Serviço de Implante Coclear do IMIP.

Critérios de exclusão:

- Mães sem demanda de fala, ou motivação para falar sobre as questões subjetivas.
- Mães que foram acompanhadas em processo psicoterápico anteriormente pela pesquisadora

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DAS

ENTREVISTAS

Foi realizada uma exploração ao campo com a intenção de verificar a rotina do serviço, para esclarecer aos profissionais e à coordenação sobre os objetivos da pesquisa e o compromisso da pesquisadora neste estudo (Apêndice 1). A entrada no campo de pesquisa foi logo em seguida à aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética do IMIP (Anexo 1)). Foi definido junto com a coordenação do serviço o local para a realização das entrevistas, de tal forma a garantir a privacidade das entrevistadas, por meio da leitura e assinatura do TCLE de acordo com o (Apêndice 2). Com a finalidade de favorecer as habilidades da pesquisadora para a realização das entrevistas com qualidade e rigor foi realizado um estudo-piloto.

As entrevistas conduzidas mediante roteiro (Apêndice 3) foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, na medida em que foram sendo realizadas, e tendo em vista a fidedignidade dos depoimentos. Nesse sentido, a transcrição procurou destacar os elementos paralinguísticos e suprasegmentares marcados da seguinte forma: ... espaço no início ou na hesitação da fala, [...] recorte da mesma fala e ____ falas não identificadas.³²

3.7 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise dos dados foi desenvolvida por meio da concepção da teoria psicanalítica, segundo a qual o sujeito do inconsciente se manifesta na fala considerando a equivocidade do sentido como fundamental. Também se utilizou para análise de dados o aporte teórico da análise de conteúdo em sua modalidade temática segundo Minayo.³¹ Após as transcrições das entrevistas, o material foi analisado e discutido entre o grupo da pesquisa (aluna e orientadoras), construindo grades, buscando-se, a partir dos

diferentes olhares, a construção interpretativa das falas e a avaliação dos aspectos de cunho transferencial, o que possibilitou a reavaliação do roteiro, assim realizando novas entrevistas. À medida que foram identificados novos aspectos emergindo das falas das entrevistadas, foram incluídos no roteiro da entrevista e no processo de análise e interpretação, item sempre ancorado no referencial teórico adotado.

A qualidade e a suficiência das informações foram avaliadas na etapa de pré-análise do material, na qual houve leitura flutuante, momento quando se deu o primeiro contato com o material, a exploração dos dados para a captura do sentido latente das falas e os diversos significados das narrativas. Também foram observadas a sequência e dinâmica de cada produção, bem como os elementos atípicos do discurso, a saber lapsos, recorrências, ausências, atos falhos.³²

Foi realizado um exame minucioso de cada entrevista com uma visão conjunta de todo o material, identificando-se as unidades de fala que remetessem aos elementos ou categorias de análise teóricas identificando categorias empíricas. A partir da análise das informações, incluindo a leitura transversal do material, houve a construção das áreas temáticas.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos da Resolução 466 de Dezembro de 2012. As mães participaram da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP com CAAE: 73409917.9.0000.5201, parecer número 2.349.409, documento encontrado no (Anexo 1)

V. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo, seguindo as orientações da revista “Psicologia Clínica” com abrangência internacional, que trata de publicações originais, inéditas composta por temas pertinentes à área de psicologia, no intuito de contribuir significativamente para comunidade científica e técnica da área de saúde.

4.1. ARTIGO

**VIVÊNCIA MATERNA FRENTE À SURDEZ DO FILHO
SOB A PERSPECTIVA DO NARCISISMO NA TEORIA
PSICANALÍTICA.**

**MATERNAL LIVING TO THE DECEIT OF THE SON
UNDER THE PERSPECTIVE OF NARCISISM IN THE
PSYCHOANALYTIC THEORY.**

**VIVENCIA MATERNA FRENTE AL SURDEZ DEL HIJO
BAJO LA PERSPECTIVA DEL NARCISISMO EN LA
TEORIA PSICANALITICA.**

**NARCISISMO MATERNO FRENTE À DEFICIÊNCIA
AUDITIVA**

Mestranda: Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley

Psicóloga do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, psicóloga do Hospital da Mulher do Recife – HMR, docente no curso de psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS e especialista em Psicologia Clínica-Hospitalar pela FPS. Recife-PE, Brasil.

E-mail: patriciaguedesw@hotmail.com Telefone: (81) 9597-1044

Orientadora: Profa. Dra Clarissa Barros

Psicóloga, Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde. Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde no programa de Mestrado em Psicologia da Saúde e da graduação de Psicologia. Recife-PE, Brasil.

E-mail: claramabarrosgmail.com Telefone: (81) 98891-8552

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Rodrigues Falbo

Médica, Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saude Pública coordenadora de tutores do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde- Recife-PE,Brasil.

E-mail: anarfalbo@gmail.com Telefone: (81) 99963-7644

**VIVÊNCIA MATERNA FRENTE À SURDEZ DO FILHO
SOB A PERSPECTIVA DO NARCISISMO NA TEORIA
PSICANALÍTICA.**

**MATERNAL EXPERIENCE REGARDING THE
DEAFNESS OF THE CHILD UNDER THE PERSPECTIVE
OF NARCISSISM IN PSYCHOANALYTIC THEORY.**

**VIVENCIA MATERNA FRENTE A LA SORDERA DEL
HIJO BAJO LA PEERSPECTIVA DEL NARCISISMO EM
LA TEORIA PSICOANALITICA.**

NARCISISMO MATERNO FRENTE À SURDEZ

MATERNAL NARCISSISM IN THE DARKNESS

NARCISISMO MATERNO FRENTE A LA SORDERA

RESUMO

A deficiência auditiva é considerada uma das mais incapacitantes. A família de crianças deficientes enfrentam dificuldades inerentes à comunicação, aos conflitos, à afetividade, e a integração infantil. Objetivou-se compreender como as mães vivenciaram a maternidade frente à surdez do filho, sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica, num estudo qualitativo. Mães de crianças com surdez, em tratamento num serviço de implante coclear de um hospital de referência do Recife, foram as participantes. O diagnóstico foi recebido pelas mães com sofrimento emocional, impacto e fragilidade afetando o narcisismo materno. No entanto, percebeu-se que as mães ficaram jubilosas ao apontarem à aquisição auditiva dos filhos possibilitada pelo implante coclear, indicando que este dispositivo pôde alinhar o narcisismo materno, o qual imaginariamente recompõe o corpo incompleto. Os profissionais de saúde precisarão respeitar o tempo lógico de elaboração, que mães passarão frente à surdez do filho.

Palavras-chave: Surdez; Narcisismo; Psicanálise, Maternidade, Implante coclear.

ABSTRACT

Hearing deficiency is considered one of the most disabling. The family of disabled children faces inherent difficulties in communication, conflicts, affectivity, and child integration. The aim of this study was to understand how mothers experienced motherhood in the face of the deafness of the child, from the perspective of narcissism in psychoanalytic theory, in a qualitative study. Mothers of deaf children undergoing treatment at a cochlear implant service at a reference hospital in Recife, were the participants. The diagnosis was received by mothers with emotional suffering, impact and fragility affecting maternal narcissism. However, it was noticed that the mothers were jubilant to point to the auditory acquisition of the children made possible by the cochlear implant, indicating that this device could nourish the maternal narcissism, which imaginatively recomposes the incomplete body. The health professionals will have to respect the logical time of elaboration, that mothers will pass in front of the deafness of the child.

Keywords: Deafness; Narcissism; Psychoanalysis, Motherhood, Cochlear Implant.

RESUMEN

La deficiencia auditiva es considerada una de las más incapacitantes. La familia de niños discapacitados enfrentan dificultades inherentes a la comunicación, conflictos, la afectividad y la integración infantil. En este estudio se objetivo comprender como las madres vivenció la maternidade frente a la sordera del hijo, bajo la perspectiva del narcisismo em la teoria psicoanalítica em um estudio cualitativo. Las madres de niños con sordera em tratamiento em un servicio de implante coclear de un hospital de referencia de Recife, fueron las participantes. El diagnóstico fue recibido por las madres con sufrimiento emocional, impacto y fragilidade afectando em narcisismo materno. Sin embargo, se percibió que las madres quedaron jubilosas al apuntar a la adquisición auditiva de los hijos possibilitada por el implante coclear, indicando que este dispositivo pudo alucrar el alucrar el narcisismo materno, el cual imaginariamente recompone el cuerpo incompleto. Los profesionales de la salud necessitará respetar el tempo lógico de elaboración que las madres pasarán frente a la sordera del hijo.

Palabras Clave: Sordera; Narcisismo; Psicoanálisis, Maternidad, Implante coclear.

Introdução

No mundo estima-se que mais de 360 milhões de pessoas têm uma perda auditiva incapacitante. Desta população mundial, 32 milhões são crianças com menos de 15 anos (WHO, 2014). O Brasil tem 9.717.318 de pessoas com algum tipo de deficiência auditiva, segundo o censo do IBGE, (IBGE, 2010). Para pessoas com deficiência do tipo severa ou profunda pode-se recomendar o uso do implante coclear (IC), que é um dispositivo eletrônico que melhora a percepção dos sons e a compreensão da fala (Pinto, 2013, Bento et al., 2014; Momensohn-Santos Paz-Oliveira & Hayashi, 2011).

Dentre todos os familiares envolvidos com a surdez, é a mãe que, em geral, se encarrega dos cuidados com seus filhos (Negrelli & Marcon, 2006). A temática da maternidade se apresenta nesta discussão, e é com ela que se pode perceber o percurso do tornar-se mãe, vindo de uma visão de que há um processo de constituição de uma nova identidade para a mulher que deseja a maternidade. Grandes mudanças fazem parte deste processo constitutivo da maternidade, além das inúmeras transformações biológicas (Ferrari & Donelli, 2010).

A partir do momento em que a mulher se percebe grávida, coexistem sentimentos ambivalentes a respeito da gestação, os quais incidem na mudança subjetiva da mulher/filha para a mulher/mãe (Rodrigues, et al, 2013).

Tornar-se mãe é um processo que tem como origem a infância da mulher, neste processo há um retorno inconsciente às etapas vivenciadas com sua mãe, desabrochando as fantasias e expectativas gratificantes ou frustrantes com relação à gravidez, ao parto, ao receber o bebê e todo seu desenvolvimento. De certo modo, um filho, como objeto

de devoção e de amor, viria reparar a ferida narcísica dos pais naquilo que não foi possível de se realizar (Coelho, Wollmann, 2017; Escobar, 2012).

A mulher ao se tornar mãe fornece um contorno imaginário ao bebê, a partir de sentimentos e impressões que se dão por meio dos movimentos fetais (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007). A gestante atribui características de personalidade ao bebê imaginário, as quais poderão ser facilitadoras na interação com ele, tornando-o alguém familiar. Esta capacidade ou habilidade materna é de fundamental importância para a constituição do eu da criança que recebe um destino do Outro veiculado no dizer materno (Ferrari et al, 2007; Fleck & Piccinini, 2013).

Com a espera de um bebê que foi idealizado, os pais recebem após o parto um bebê real, aquele que não é exatamente o representante da imagem sonhada, mesmo que ele seja saudável. Haverá um luto do bebê imaginário a ser vivenciado para que o bebê real possa ter lugar. Este bebê que surge após o parto, inicialmente confrontado desconstrói o bebê idealizado, por ser desconhecido. O laço entre o bebê e sua mãe será estabelecido se ela conseguir vivenciar o luto do bebê imaginado e elaborar sua perda. Gradualmente, a genitora se reestrutura psicologicamente e consegue investir no novo bebê (Lebovici, 1987; Ferrari et al., 2007).

Há na mulher gestante um renascimento narcísico, do que ela foi para sua mãe e do que a sua mãe foi para ela, como dupla identificação. Dito de outro modo, há uma revivência do amor de si, ou seja, de como foi recebido o investimento da sua própria mãe, e no momento da maternidade é esperado que este investimento se volte ao seu bebê. O narcisismo é um conceito freudiano importante a ser conhecido e considerado no desenvolvimento psíquico de um indivíduo. Consiste numa etapa fundamental do processo de constituição do eu e implica em sintetizar em uma unidade (o eu) as pulsões

sexuais por meio de atividade auto-erótica. (Freud, 1914/1974, Ferrari, Piccinini & Lopes, 2006).

Diante de um filho com surdez os pais têm seus sonhos fragmentados, expectativas frustradas e incertezas quanto ao futuro, o que pode trazer impacto para a estrutura familiar e graves desorganizações psicológicas, contribuindo para que o desempenho de suas funções parentais se realize com alto nível de tensão. A depender dos recursos emocionais de enfrentamento, dos significados prévios acerca da surdez e do manejo com o diagnóstico pela equipe de saúde os pais poderão ou não conseguir elaborar a nova realidade com o filho surdo (Vieira & Bevilacqua, 2012).

Existe resistência na procura por atendimento especializado quando há suspeita da deficiência auditiva, assim como negação, reverberando no atraso do alcance da avaliação e tratamento. Dessa forma, a intervenção adequada pela equipe de saúde multidisciplinar pode contribuir para um melhor enfrentamento dos diversos desafios colocados para o indivíduo surdo e seus pais (Cardoso, 2017; Oliveira, Cúnico & Kruehl, 2013).

Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa que abordou aspectos psíquicos da mãe com base na teoria psicanalítica, e relacionados com a questão do narcisismo materno possivelmente vinculados à surdez do filho. O interesse pelo tema adveio da prática e do envolvimento de uma das autoras com crianças surdas e seus pais. A experiência durante os atendimentos psicológicos e o confronto rotineiro com as dificuldades enfrentadas pela criança e sua família geraram questionamentos no sentido de buscar melhor compreender essas dificuldades, sobretudo, a partir da vivência das mães, visando à prevenção de distúrbios psíquicos na criança.

Método

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, no qual se ofereceu um espaço diferenciado de escuta para as mães, procurando-se compreender os significados por elas atribuídos à vivência com a surdez de seus filhos. Apoiada na psicanálise a pesquisa foi realizada em hospital escola na Região Metropolitana central do Recife.

Participaram do estudo oito mães de crianças com surdez congênita e atendidas no Serviço de Implante Coclear. As crianças deviam estar no momento do estudo com idade de até 9 anos e 11 meses, faixa estaria estabelecida pela OMS para criança.

Para a análise de dados foi utilizado o aporte teórico da análise de conteúdo em sua modalidade temática (Minayo, 2014).

Resultados e Discussão

No quadro abaixo estão apresentados alguns dados referentes às mães participantes da pesquisa e às crianças implantadas.

Quadro 1: Caracterização das mães e suas crianças segundo a época da suspeita do diagnóstico, época do diagnóstico, etiologia e época do implante

Participante Mãe	Idade atual da Criança	Época da Suspeita do Diagnóstico	Época do Diagnóstico	Etiologia	Época do Implante
Melodia	9 anos	3 meses	7 meses	Idiopática	2 anos
Acústica	7 anos	6 meses	2 anos	Hipoxia Neonatal	7
Partitura	8 anos	1 ano	2 anos	Idiopática	3 anos
Música	9 anos	6 meses	1 ano	Idiopática	7 anos

Sinfonia	6 anos	15 dias	10 meses	Idiopática	1 ano 3 meses
Valsa	4 anos	1 ano 9 meses	2 anos	Idiopática	3 anos
Harmonia	9 anos	2 anos e 6 meses	4 anos	Genético	6 anos
Flauta	6 anos	6 meses	1 ano	Idiopática	3 anos

A pesquisa envolveu 8 mães de crianças com surdez e que estavam em tratamento num serviço de implante coclear de um hospital do Recife. As participantes têm entre 27 e 39 anos, são moradoras do Estado de Pernambuco, variando entre Recife, Região Metropolitana e interior do Estado. Duas das participantes não tinham outros filhos, sendo uma delas estava grávida do segundo filho no momento da entrevista.

O estudo procurou desvelar as narrativas atribuídas por mães às suas vivências com seus filhos com surdez, procurando apreender seus sentimentos em relação às seguintes categorias analíticas e empíricas: desejo relacionado à maternidade; suspeita ou diagnóstico da surdez; confronto entre o bebê imaginário e o bebê real; sentimento de fracasso com o nascimento de um filho com deficiência; Investimento libidinal transformador do corpo orgânico do bebê em corpo sexuado, suporte social entre pares e equipe de saúde e repercussão após o tratamento com implante coclear. O conteúdo será exposto por categoria e a partir de cada uma delas os recortes de fala, a reflexão dos autores e a articulação com o aporte teórico da psicanálise serão apresentadas.

1-Desejo/não desejo de maternidade e a surdez do filho

As narrativas maternas a respeito da concepção do seu filho surdo, para a maioria das participantes, foram marcadas por difíceis histórias de conflitos, no que toca às relações amorosas e familiares.

A participante Melodia falou com muita emoção sobre sua história e conseqüentemente a que marca a existência de seu filho. Poderíamos conjecturar que o bebê foi fruto do desejo de vingança, não do desejo de filho, diante do possível e da impossibilidade de ser incluído no imaginário materno. Indagamo-nos se esta realidade pôde ensurdecer o bebê diante de marcas tão significativas, para poder existir diante do insuportável.

“[...] mas assim, eu não conseguia imaginar ele não. Eu não parava pra pensar como ia ser, como ele ia ser eu não... Eu queria, assim, eu não tive tempo porque nesse meio tempo [...], então eu não curti a minha gravidez. [...] E eu fiquei mais com ele assim, por curiosidade e por vingança, sabe, porque eu sabia que o outro, meu ex não gostava dele ta entendendo [...] Porque foi muito sofrida assim, eu na casa dos outros, oprimida, sem conhecer praticamente também o próprio pai do meu filho. [...]. Então eu não... Eu amava o meu filho, mas eu não tive assim...[...] Eu acredito que também pode ter sido isso, que tenha acontecido pra ele poder nascer dessa forma, eu não sei... Ai eu não sei se pode ter sido isso também né, a ocasião de ter nascido dessa forma. Não sei”. (Melodia)

Esta participante engravidou, por conta de uma decepção amorosa, e por isso passou também por problemas na relação com os seus pais. Seu pai colocou-a “para fora de casa” apesar do apoio de sua mãe, o que fez Melodia decidir não resistir à expulsão para não colocar o casamento dos pais em risco. Passou por problemas com a sogra depois de morar na casa dela, onde sentia-se “oprimida”. Melodia em seu relato livre e associativo da experiência dolorosa, fazendo um tropeço de fala, nos possibilitando pensar se deixou entrever uma revelação de falta do amor. “Então eu não... Eu amava o meu filho”. Outra constatação encontrada no discurso de Melodia foi a repetição do

significante “não”. Melodia indagou-se acerca de todo esse conflito vivido como interferência na origem da surdez do seu filho.

Seguimos com mais outro relato bastante difícil acerca de uma história de concepção e existência no mundo bastante difícil. A participante Valsa descobriu a gravidez no momento em que decidiu separar-se de uma relação amorosa conflituosa, seguindo de desconfiança da paternidade e um pedido de aborto por parte dessa mãe de quem recebia o sustento financeiro. Tem marcado em seu relato o abandono materno, sofrimento vivido diante de sua mãe que deu ordem de aborto. Este feto estava quase sem filiação, sem pertencer a uma linhagem, tanto negado pelo pai quanto pela avó materna. Valsa se ressentiu com sua mãe e se sentiu humilhada pelo pai da criança.

“Eu não esperei, aconteceu, eu sofri muito, fui muito humilhada, pelo pai dele disse que não era filho dele, minha mãe também não aceitava vivia com minha mãe, não aceitava. [...]Foi bem conturbado mesmo minha gravidez, sabe aquela mãe maluca, que não pensava em nada nada? Mas em nenhum momento pensei em tirar meu filho não. [...]O que eu esperava da minha mãe não recebi. (Valsa)

Fica visível pelo relato de Valsa que a concepção de seu filho foi marcada pelo não nascer e anterioridade de uma história de desejo de morte. Em que medida a força desta história pode ter resvalado na surdez dessa criança? Como não pensar que a surdez serviria como grande escudo para lidar com esta origem tão sofrida?

O que pode representar a imperceptibilidade da sua própria gestação, já contando cinco meses, tempo suficiente para que haja mudanças corporais e aparecimento dos movimentos fetais? A negação, o não desejo? Esta foi a história da participante Acústica, surpreendida com a notícia de ter virado mãe após três dias de um parto e de uma gestação que nem sabia que tinham existido. Foi confrontada por ter tido uma filha prematura de cinco meses.

Acústica foi internada sem saber o real motivo da perda de visão. Já havia procurado médicos que também não se questionaram sobre uma possível gestação. A criança não foi notada por ninguém, até o momento crucial em que Acústica cegou temporariamente e um médico pôde assim fazer essa descoberta. No entanto, a vida do bebê foi negada novamente, e os médicos supuseram a morte do bebê. Indagada sobre seu desejo de tornar-se mãe ela respondeu:

“Não. Foi um acaso, mas que, foi um acaso muito bom, porque eu não me vejo sem ela”.[...]Assim, no início foi difícil, porque, era como se eu dormi, acordei e ela tava lá. Aí no início quando eu acordei normal, que ela tava lá, eu não sabia nem se era minha, mainha falava, “Acústica, tu teve uma filha...”, aí eu disse então eu quero ver. Aí pra me poder aceitar, eu tive que passar uma semana indo lá na UTI vê ela.” (Acústica)

Podemos supor que a gestação desta criança, no imaginário materno de Acústica, se deu durante suas visitas à UTI, circunstância ainda sob o clima de morte.

Experiências de desamparo e sentimentos que deslocam o sujeito de seu equilíbrio emocional podem reverberar na impossibilidade de mergulhar na gestação. No caso de acústica os investimentos para a constituição subjetiva da maternidade e do bebê como sujeito do desejo materno não existiram durante a gestação no corpo. Supomos que os investimentos maternos aconteceram enquanto a bebê estava na UTI, na incubadora, nascida aos 5 meses. Assim ela pode continuar a “gestação” por esta via, e se não tivesse ocorrido desta forma seria deveras preocupante, pois como afirmaram Ferrari e Donelli, (2010) “é de onde funcionam como matriz para o vínculo mãe-bebê ser construído, a relação face a face e o reconhecimento das demandas ser possibilitado”. Esta discussão faz lembrar o que Dolto (1988) reconhece que o sujeito existe desde que o ser humano é fecundado, quando diz que há presente também um sujeito que se manifesta por desejos, escolhendo então sua própria vida. Este sujeito psíquico não é aquele que emerge após o recalque, mas seria um proto-sujeito.

Segundo Aroux (1990) citado em Queiroz (2005) as percepções relativas a cada sistema das estruturas dos órgãos de sentido tanto dependem das estruturas genéticas, quanto da estimulação com o meio. Acrescenta Queiroz (2005) que o funcionamento das estruturas é submetido às leis fisiológicas e significantes. Segundo Laznik (1997), as capacidades sensoriais e perceptivas do feto e do recém-nascido pertencem às percepções que são também consideradas como traços mnésicos e, portanto, significantes. Desse modo, os significantes maternos, como substratos para os significantes do bebê, aproximam-se à máxima lacaniana de que o desejo é o desejo do Outro Lacan (1966).

A ciência e a psicanálise concordam a respeito dos efeitos catastróficos da falta de comunicação entre a mãe e o filho durante a gestação ou nos primeiros meses. As histórias de vida relatadas acima, de intenso sofrimento para as mães permitem-nos pensar na formulação de que a saída possível para as crianças nascidas nesse contexto turbulento seria não escutar essas histórias que remontam à sua própria origem.

2- Sentimentos quanto à suspeita e o diagnóstico da surdez

A suspeita e o diagnóstico da surdez do filho foram vivenciados como algo intenso e difícil de ser experienciado. São dois momentos diferentes, o tempo da suspeita e o da constatação da surdez. Se por um lado a intensidade da situação remete ao impacto, ao choque, à quebra do esperado, por outro, pode chegar à paralisia e negação, como expressam as falas de Música, Partitura e Harmonia:

“Foi difícil, foi um choque muito grande”. “Ele tinha...cinco a seis meses, minha família já dizia que ele não ouvia. Mas eu não acreditava por conta que ele era pequeno, aí quando foi com oito, nove, dez meses, um ano, foi que eu, veio cair por si e ver que ele não ouvia mesmo.”
(Música)

“Logo quando eu descobri, eu me senti...procurei chão e não encontrei, mas[...] quando eu fiz o BeRa, aí confirmou. Mesmo assim ainda não quis acreditar, eu ainda eu procurei outra opinião médica [...] então eu firmei meus pés no chão e comecei a fazer o tratamento [...] mas não foi fácil não [...] Mas não pela rejeição, mas assim, é um caso que assim que a gente nunca espera né, eu não esperava [...]” (Partitura)

“No começo quando eu descobri é como se meu mundo tivesse desabado. É difícil né. Porque você planeja que ter um filho, espera que ele venha perfeito não que meus filhos não sejam perfeitos, foi um choque para mim e para o pai. E eu não queria aceitar né, não queria aceitar de maneira nenhuma. [...] Com 2 anos e 6 meses percebi a surdez. Minha sogra falou que o pai falou tarde. Tava esperando ele falar. Minha mãe que disse que não escutava. Não suspeitava e mesmo se eu suspeitasse não queria aceitar.” (Harmonia)

Os estudos apontam para o grande impacto que o momento do diagnóstico da surdez provoca na família, reverberando em desorganização, choque e sentimentos intensos sofridos. A família passa pela negação do diagnóstico e ambivalência entre a frustração e a felicidade, desespero e busca de tratamento (Asano, Neme & Yamada, 2010; Momensohn-Santos, Oliveira-Paz & Hayashi, 2011; Negrelli & Marcon, 2006; Lebedeff, 2012; Yamanaka, Silva, Zanolli & Silva, 2010; Oliveira et al., 2010).

As mães estavam, na maioria dos casos, envolvidas no tratamento das crianças mas, anteriormente ou paralelamente precisam lidar com a frustração de suas expectativas e narcisismo frustrado ou ferido. Gestar um filho pode significar desejar ter um bebê perfeito que os próprios pais imaginaram ter sido (Asano et al, 2010). A negação da percepção da surdez nos primeiros meses ou anos do filho e a dificuldade de aceitação do diagnóstico médico podem estar relacionados à dificuldade de aceitação da incompletude, da castração e da identificação. A sensação dos pais em gerarem seres incompletos pode remeter à sua própria incompletude.

Indaga-se que a negação encontrada nas narrativas na maioria das mães pode ter funcionado como película protetora, dando mais tempo às mães para possibilitar o investimento libidinal no filho, tão necessário para a constituição psíquica do bebê. Dito

de outro modo, não saber de modo consciente sobre o diagnóstico levou as mães a apostarem na criança como sujeito, vívido por aprender e interagir sem muito empecilho. O tempo em que as mães não concluíram o diagnóstico pode ter sido exatamente o tempo de aproximação com a criança, e com o frescor de seu próprio narcisismo em um mecanismo de retroalimentação.

Em que medida a percepção do diagnóstico na fase inicial do bebê poderia ter ocasionado a afetação do narcisismo materno. Este fato foi apontado no estudo de Asano, Neme e Yamada (2010) que considerou que o diagnóstico de deficiência auditiva em um filho constituiria uma situação de crise e a possível dificuldade no narcisismo parental. Em síntese, uma das saídas possíveis verificadas para que o narcisismo materno alimentasse a relação de investimento libidinal residiu no adiamento da confirmação do diagnóstico, bem como de sua negação.

3-Confronto entre o bebê imaginário e o bebê real

Como parte do processo da maternidade toma-se a construção do bebê imaginário carregado de idealizações narcísicas para os pais, bem como alicerce para a necessária constituição psíquica do bebê e da nova subjetividade que aparece na maternidade. O bebê real permite desfazer essa idealização (Ferrari et al., 2007). No tocante à questão da deficiência, pergunta-se sobre o que pode acontecer nesse processo entre o bebê imaginário e o real, quando os bebês nascem com deficiência auditiva.

Apresentam-se abaixo fragmentos de falas de algumas mães:

“Até então o meu marido dizia - “aí tu não tá aceitando a criança”. Eu dizia que não é a criança, é o problema, a deficiência. Não é ela... um pessoa surda é muitas vezes ela é isolada, por eu ter conhecimento no interior que as crianças não estudavam , que vivia fechada, muitas vezes era até trancada dentro de casa. E eu não queria isso.”(Sinfonia)

“aí quando foi com oito, nove, dez, meses, um ano, foi que eu, veio cair por si, e ver que ele não ouvia mesmo. (...) Imaginava que ele ia ser perfeito. Igual toda criança.” (Música)

“A diferença... porque assim, você faz uma programação... assim, tem uma gestação né, aí você, não imagina se encontrar com uma criança deficiente né, que tenha uma deficiência, não sei seja qual a deficiência né, porque você faz a programação todinha.” (Partitura)

Percebe-se que Sinfonia tentou descolar a deficiência da criança, verbalizando claramente que não aceitava o problema e sim sua filha. Música mostrou ainda uma negação muito marcante para perceber a deficiência do filho, uma vez que o esperava “perfeito”, tendo a perfeição ligada ao seu próprio narcisismo. Na fala da participante Partitura ficou evidente o quanto este encontro é emocionalmente desorganizador e requer um trabalho psíquico ainda maior para elaboração deste novo bebê.

Podemos resgatar com essas falas Manonni (1999) quando diz que as mães são muito sensíveis a qualquer fato concernente à vida que saiu dela, de modo tal que buscam reivindicar a saúde do filho. Tal reivindicação pode vir primeiramente em torno de uma queixa, de não aceitação, junto à solidão que pode acompanhar esse percurso materno. Representações maternas são constituídas na gestação e transformadas a partir do nascimento do bebê, neste tempo ocorre uma produção de fantasias, impressões e sentimentos acerca do bebê enquanto feto e transformadas a partir do nascimento. Imaginar o bebê durante a gestação interfere na habilidade regulatória para a interação com o filho, principalmente durante a interação face a face. Após o nascimento, outro bebê surge para a mãe, aquele que é confrontado com o bebê imaginário, o bebê real, o desconhecido que se apresenta. A mãe precisará elaborar a perda do bebê imaginário para conseguir investir precocemente na relação com o bebê real. Esta reestruturação psíquica é fundamental para a interação mãe-bebê (Fleck & Piccinini, 2013).

O que se observou foi a dificuldade dessas mães em serem confrontadas com a realidade de um bebê deficiente. A mãe pode não reconhecer o filho como seu, devido ao que toca o seu narcisismo, ao abandono dos seus ideais narcísicos. Precisarão passar pelo luto do bebê imaginado para encarar o novo bebê com sua nova imagem, dando margem às novas fantasias daí decorrentes.

4-Sentimento de fracasso materno com o nascimento de um filho com deficiência.

Nesta categoria estão contempladas as falas que demonstram o sentimento sobre a incapacidade materna de gerar um filho saudável e o impacto materno frente à deficiência:

“Mas não foi muito legal minha gravidez... Eu acredito que também pode ter sido isso, que tenha acontecido pra ele poder nascer dessa forma, eu não sei...” (Melodia)

“Aquele angústia tá entendendo? Aquele desespero! Foi o tempo pior da minha vida foi esse tempo assim que eu chorava dia e noite, uma coisa que eu não aceitava. Eu perguntava direto, meu Deus o que foi que eu fiz? Por quê a menina veio sem ouvir? Por quê tá acontecendo isso?” (Sinfonia)

“[...]foi um choque para mim e para o pai. E eu não queria aceitar né, não queria aceitar de maneira nenhuma.” (Harmonia)

É possível compreender com estes relatos, a associação de algum acontecimento ruim com ela própria durante a gravidez que pudesse ter mudado o desenvolvimento do feto, ocasionando a surdez. Na fala de Sinfonia, há um apontamento para a existência de um enigma, incógnita sobre a causa da surdez e a implicação da mãe nesse processo. Por trás da demanda materna de ter um filho ouvinte, há que se perguntar que caminhos, não tão claros ainda nesse momento inicial, poderão ser percorridos quanto ao “uso” pela mãe em sua demanda de amor, em ter um filho com deficiência. Que ganhos poderão existir com esse fracasso?

Nesses casos relatados, pode-se perguntar se o desespero e a culpa, apontando para a imperfeição da mãe, leva também para o não desejo de ser mãe e o quanto a genitora identifica-se com o bebê, na transmissão de uma imperfeição, ou seja, “somos todos imperfeitos”. O fracasso, nesse sentido, pode ser compreendido a partir do encontro com a deficiência, podendo desorganizar psiquicamente a própria mãe, pois o desconhecido torna-se materializado nas incertezas quanto à relação com um filho surdo, e, sobretudo, quanto à capacidade de gerar uma criança completa que não desorganizasse seus projetos. As mães expressaram angústia, revelando uma tragédia, um drama que perturba o processo de tornar-se mãe. Há que se perguntar que estratégias essas mães buscaram para se recompor nessa sua nova imagem.

Asano, Neme e Yamada (2010) sublinham que há uma quebra do narcisismo materno que advém de uma situação inesperada, a deficiência, neste caso, auditiva, apresentando assim um forte sentimento de fracasso diante dela.

5- Investimento libidinal transformador do corpo orgânico do bebê em corpo sexuado

Nesta categoria serão demonstradas falas que apontam para o investimento libidinal no corpo do bebê:

“Assim, foi muito lindo, ele mamando, mamando... Aí daqui há pouco ele parou de mamar, aí olhou para mim, eu alisando assim a cabecinha dele, ele olhou pra mim, soltou o peito, assim e olhou para mim, aí quando ele olhou para mim, os olhos dele brilhou.” (Melodia)

“Aí eu disse que coisa mais linda meu Deus do céu, ai comecei a brincar com ele, ai ele olhou pra mim de novo, ai quando ele olhou pra mim, eu senti algo diferente dentro de mim [...]” (Melodia)

“... sempre falo olhando para ele e ele me entende. Ele é o meu xodó....Ele é diferente assim em questão. Tem algo que ele tem que faz com que eu não desanime para as coisas. Não sei explicar. É diferente. Desde que ele nasceu.(Valsa)

Há nestas falas indícios da reorganização emocional do que foi possível para realizarem investimentos libidinais sobre o seu bebê, apesar de terem vivenciado dificuldades importantes que podiam ter resvalado na impossibilidade do cuidar. No momento da amamentação, Melodia tocava o corpo do seu filho de forma afetuosa e sentia que recebia o retorno do seu bebê, retroalimentando o investimento dela e fortalecendo este vínculo.

O bom desenvolvimento do corpo orgânico do bebê não é suficiente para que haja a constituição do sujeito psíquico. Os adultos próximos ao bebê, aqueles que reconhecem a sua demanda, transformam seu corpo orgânico em um corpo sexuado através dos investimentos libidinais dirigidos a ele. É por meio dos cuidados materno que o bebê terá condições de abstrair noções de temporalidade, espaço, de sentir-se pertencente ao mundo. Viverá a ilusão necessária de ter criado objetos que o satisfazem, baseando-se no auxílio de um adulto que seja capaz de dar sentido às suas experiências sensoriais (Ferrari, et., 2006).

Quando um bebê nasce, mesmo que a termo, continua no campo da prematuridade psíquica e física por depender exclusivamente de um Outro que satisfaça as suas necessidades e demandas expressas através de seu corpo iniciando uma comunicação simbólica. Um Outro deverá atribuir sentido às suas demandas e interpretar que estas também são dirigidas a ele.

6- Suporte social entre pares e equipe de saúde

Nesta pesquisa as mulheres e mães assumiram a maior parte do cuidado com as crianças, o cotidiano de suas famílias, portanto, as suas relações sociais podem ser alteradas pelo tempo dedicado ao filho deficiente. As mães estavam na função de

cuidadoras das crianças. Além de encontrarem-se fragilizadas emocionalmente diante do diagnóstico da surdez, com o atravessamento de seu narcisismo materno, estavam diretamente ligadas e imersas no tratamento do filho (Yamanaka, et., 2010).

“Aí Isso sabe... eu construí outra família, as meninas que eu encontrei. Temos um grupo chamado “famílias” o nome do grupo. A gente quando está passando por dificuldade, relacionamento, de família,.” (Valsa)

Nas falas de Sinfonia e Acústica fica explícita o apoio e o conforto necessários para que elas pudessem se reorganizar, mudar de perspectiva. Elas puderam contar com os profissionais especializados no atendimento ao filho com deficiência, recebendo orientações e informações sobre os cuidados com eles, conformando-se no suporte emocional.

“Aí eu encontrei com doutora flor, assim... parece que seu problemas..é... Deus fecha uma porta e abre uma janela, que as coisas mudam né. Aí quando a gente conheceu Dra. flor, Dra. Árvore, a equipe toda é como se confortasse você, desse aquela tranquilidade, “não, tem jeito!” (Sinfonia)

“E graças a Deus ele mandou pra o melhor lugar né, que eu cheguei aqui e resolveu, graças a Deus, tá até hoje. Ela foi muito bem acompanhada, porque, você vê que, a equipe aqui do otorrino eles têm aquele carinho com as crianças. E eu agradeço a Deus todo dia por isso, que, até hoje.” (Acústica)

As participantes expressaram como o suporte social da equipe de saúde, dos amigos e de outras mães/e ou famílias que passavam semelhante situação, funcionaram como um recurso favorável ao enfrentamento das dificuldades, assim como visto por Barbosa, Pettengill, Farias e Lemes (2009). Foi possível para a participante Valsa reconstruir o significado de família com o encontro do suporte de outras mães. Esta participante foi marcada pela decepção de não ter tido apoio de seus familiares sanguíneos, mas ter encontrado nesses novos pares uma relação de família, antes não encontrada, que perdura até os dias de hoje.

7- O júbilo com o implante coclear e o alinhavo narcísico

Ao serem abordadas sobre o tratamento com o implante coclear e sua repercussão, o tom da voz dessas mães mudou, transformado de voz embargada ao suspiro de alívio. Este assunto surgiu de modo espontâneo em todas as entrevistas, emergindo como categoria empírica. Os benefícios do implante implicam em mudanças na relação da criança com a família e com as pessoas do mundo externo, uma vez que a capacidade de ouvir possibilita a inserção na linguagem oral e na comunicação (Azano, Neme & Yamada, 2010)

“Ela já fala bastante coisas né, ela fala frases, tem a questão das frases, palavras curtas ela já consegue ler, então são coisas gratificantes né, (...)E é o que eu tô vendo o resultado, só tô vendo resultados positivos.” (Partitura)

“Hoje... pronto, hoje eu consigo conversar com ela e entender ela normalmente, mas antes não. Mas hoje eu consigo, maioria das partes, grande parte do que ela fala, eu entendo, porque ela já fala agora bem mais explicadinho né.” (Acústica)

“Ai hoje olhe... foi a melhor coisa do mundo foi essa cirurgia. Porque você fala e ele escuta. E já ta falando né. Foi a melhor coisa do mundo.” (Música)

“Eu não me sentia segura não. [...] O pai dele também, ele dizia, [...] Vamos deixar ele assim". Ai eu dizia, é, é melhor deixar ele assim mesmo. [...] Mas ai a gente resistiu muito. A gente resistiu mais de um ano. Não quero, não quero... Acho que eu fui a mãe que mais foi pra psicóloga, [...]. Eu não queria, não queria...” (Melodia)

“o pai no começo não queria fazer o implante. Se Deus fez ele assim. [...] Hoje é uma maravilha eu posso chamar meu filho ele já vem até a mim consegue falar algumas coisas.” (Harmonia)

A maior dificuldade apontada pelas mães quanto à surdez foi a de não ser compreendida e de não poder compreender bem as demandas dos filhos. O estabelecimento de uma melhor comunicação a partir do implante coclear foi motivo de júbilo. Essa demonstração de grande alegria pôde colocar o implante como um elemento

que viria a alinhar o narcisismo materno, o qual tem uma função imaginária de recompor o corpo perfeito, completo, bem como a capacidade de incluir a interação mãe-bebê.

Foi unânime neste estudo o testemunho positivo do tratamento com implante coclear, confirmando assim os resultados de outros estudos. Os quais mostram influência significativa nas condições de vida diária com a melhoria na comunicação, na independência e autoconfiança, entre outros benefícios (Yamada & Bevilacqua, 2012; Buarque et al., 2014). O implante coclear pôde dar o estímulo ao nervo auditivo através dos eletrodos. Ainda assim, mais do que esse estímulo ao órgão, ressalta-se a grandiosidade do investimento libidinal que esse implante pôde resgatar naquilo que a comunicação transporta: o desejo materno em perceber-se no olhar, na voz e na palavra que carrega a emoção do nome mãe.

Pode parecer contraditório relacionar o júbilo materno ao implante, àquele que é responsável por fazer ouvir, tendo em vista que o ensurdecer pode ter sido uma saída de existência diante das complexas histórias de concepção. No entanto, pode-se ressaltar que a negação da surdez tornou possível a aproximação, o investimento no filho e a elaboração de sua maternidade. Quem sabe, como encontrado em algumas falas, o tempo entre o diagnóstico e a efetivação da implantação tenha revelado uma dificuldade de fazer seu filho ouvir sua própria história. Contudo, as competências comunicacionais que o implante coclear proporcionou foram o grande motivo de júbilo dessas mães. Elas puderam enfim, falar deles através de um novo reinvestimento narcísico.

Outro aspecto a considerar se refere ao tempo de elaboração psíquica frente ao impacto do diagnóstico de surdez. Garcez e Cohen (2011) nos lembram que Lacan

remete a três tempos para conceituar o que é o tempo lógico, a saber: o tempo de ver, de compreender e o tempo de concluir. Nessa perspectiva podemos levantar a questão de que entre o tempo de ver e o de concluir há o tempo de compreender. Muitas dessas mães podem num primeiro momento se utilizar da surdez do filho, como numa via sintomática para ultrapassar esse tempo e chegarem a outra maneira de se utilizarem dessa surdez. O deslizamento significativo “não ouvir” pode remeter o sujeito a outros significantes primordiais.

CONCLUSÕES

Nesta pesquisa com mães de crianças com surdez foi possível conhecer a pré-história de cada bebê no que diz respeito à sua concepção, revelando narrativas com grande teor emocional e histórias com entrelaçamento de sentimentos complexos no tornar-se mãe. Essas histórias singulares e possivelmente reverberaram no bebê e em sua existência. Indagou-se se um bebê, que parece ter sido fruto de desejo de vingança e não de “desejo de filho”, pôde ensurdecer diante de marcas tão significativas, para poder existir diante do insuportável. Não ouvir sua história conceptiva talvez tenha servido como uma proteção para si mesmo.

Revelou-se que as mães resistiram ou negaram a suspeita da surdez do filho. Quando, de fato, confrontadas com o diagnóstico médico, confirmando a deficiência auditiva, este foi recebido com muito impacto, sofrimento e fragilidade emocional, mostrando como o diagnóstico pode vir a fragilizar o narcisismo materno. As mães esperam ter, imaginariamente, um filho perfeito que a faça reviver o seu próprio narcisismo e preencher a sua própria falta, mas fracassam.

Assim, conjecturando-se que a não suspeita consciente da surdez pode mostrar esta dificuldade de aceitar o bebê real, e que a negação proporcionou tempo para que a mãe pudesse investir libidinalmente e formar o vínculo com o seu bebê, etapa primordial para a constituição psíquica do sujeito. Quem sabe se coloca aqui uma estratégia inconsciente de recompor sua imagem e poder assim identificar-se com seu filho aproximando-se dele. O suporte social e o encontro acolhedor com a equipe de saúde funcionaram como sustentação emocional, ajudando a mãe a elaborar o luto do bebê perfeito. Por fim, apesar de inicialmente resistir à efetivação da cirurgia do implante coclear que representaria a dificuldade de que seu filho ouça sua difícil história conceptiva, é possível perceber que o júbilo externado das mães ao apontar a capacidade que o filho tem de falar proporcionado pelo implante, sugere que o implante coclear pôde funcionar como um reparo narcísico, talvez o implante tenha funcionado como uma forma de “alinhar” ou substituir uma carência que vem do corpo, ligada às fantasias e idealizações de poder ter gerado alguém perfeito, como um dia pensou ter sido, porém ao mesmo tempo, que nunca será completo.

Para a realização de novas pesquisas é possível vislumbrar a participação de outros sujeitos envolvidos nos cuidados das crianças surdas, assim como a própria criança, tendo em vista sua constituição psíquica e seu desenvolvimento. Considera-se que no âmbito da pessoa com deficiência há um campo complexo de implicações a serem escutadas para que possa ser proporcionado um cuidado mais integral. Há que se considerar que as mães de crianças com deficiência auditiva precisam de um tempo cuidadoso de elaboração do luto do filho perfeito e o revestimento libidinal na criança.

REFERÊNCIAS

- Asano, C. Y., Neme, C. M. B., & Yamada, M. O. (2010). Deficiência auditiva: estudos clínicos sobre o narcisismo materno. *Boletim- Academia Paulista Psicologia*, 78(1), p.219-236.
- Barbosa, M. A. M., Pettengill, M. A. M., Farias, T. L. & Lemes, L. C. (2009). Cuidado da criança com deficiência: suporte social acessado pelas mães. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 30(3), p. 406-412.
- Bento, R. F. Lima Júnior, L. R. P., Tsuji, R. K., Goffi-Gomez, M. V. S., Lima, D. do V. S. P., & Brito Neto, R. (2014). Epidemiologia da surdez. In *Tratado de Implante Coclear e Próteses Auditivas Implantáveis*. Rio de Janeiro,RJ: Thieme Revinter. 46-48.
- Buarque, L. F. S. F. P., Brazorotto, J. S., Cavalcanti, H. G., Lima Júnior, L. R. P., Lima, D. V. S. P., & Ferreira, M. A. F. (2014) Satisfação dos usuários do implante coclear com perda auditiva pós-lingual. *Revista CEFAC*, 16(4), 1078-1087.
- Cardoso, A. C. A., & Vivian, A. G. (2017). Maternidade e Suas Vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora*, 17(1), 43-51.
- Coelho, D. C. & Wollmann, A. (2017). A maternidade como saída edípica: considerações sobre a feminilidade. *Caderno da Escola de Saúde*. 17(1), 10-24.
- Dolto, F. (1988). *Psicanálise e pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Escobar, V. M. C. (2012). *Um estudo sobre a função materna na constituição de sujeitos precocemente atingidos por deficiência orgânica* (Dissertação de mestrado). Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.

- Ferrari, A., & Donelli, T. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106–112.
- Ferrari, A. G., Picinini, C. A., & Lopes, R. S. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade: Algumas evidências empíricas. *A. G.*, 37(3), 8.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305–313.
- Fink, B. (1998). O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro; Zahar.
- Fleck, A., & Piccinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta, 17.
- Freud, S. (1974). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Obras completas*, v. 14. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Garcez, M. M., & Cohen, R. H. P. (2011). Ponderações sobre o tempo em psicanálise e suas relações com a atualidade. *Psicologia em Revista*. 17(3), 348-362.
- Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). *Censo 2010*. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=1&idnoticia=2125&view=noticia>.
- Lacan, J. (1966). Escritos. In *O estádio do espelho como formador da função do eu*. Paris: Seuil.
- Laznink, M.C (1997). *Rumo a palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Lebedeff, T. (2012). Família e Surdez: algumas considerações sobre o impacto do diagnóstico e a necessidade de orientação., *I*(17), 13–18.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.

World Health Organization. (2013). Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented. Recuperado de <http://www.who.int/pbd/deafness/news/Millionslivewithhearingloss.pdf>

Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e sua mãe*. (5^o ed.) São Paulo: Martins Fontes.

Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (14^o ed). São Paulo: Hucitec.

Momensorn-Santos, T. M., Paz-Oliveira, A., & Hayashi, N. Y. (2011). Descrição das expectativas e dos sentimentos das famílias de criança deficientes auditivas usuárias de implante coclear. *São Paulo*, 23(3), 307–315.

Negrelli, M. E. D., & Marcon, S. S. (2006). Família e criança surda, 5(1), 98–107.

Oliveira, C. T., Cúnico, S. D., & Kruehl, C. S. (2013). O impacto do diagnóstico de surdez infantil e suas repercussões na vida da criança e de seus familiares. *Disciplinarum Scientia.*, 14(1), 81–94.

Pinto, T. (2013). Relações possíveis entre desencadeamento psicótico e implante coclear: reflexões a partir do contexto clínico francês. *Psicologia Clínica*, 25(2), 33-51.

Queiroz, T. C. (2005). *Do desmame ao sujeito*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rodrigues, D. R. S., Franco, E. L., Kosac, K. F., Franco, L. L. M. M., Silveira, M. M. M., Usevício, P. M. A (2013). Relatos orais bebê imaginário. *Indagatio Didactica*.(2): 978-988.

Vieira, S. de S., Bevilacqua, M. C., Ferreira, N. M. L. A. & Dupas, G. (2012). Descoberta da deficiência auditiva pela família: vendo o futuro idealizado desmoronar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe2), 82–88.

Violante, M. L. V. P. A. (2001). *Uma contribuição contemporânea a obra de Freud*. São Paulo: Vie Lettera.

Yamada, M. O. & Moretti, C. N. (2014). A relação mãe-bebê com deficiência auditiva no processo de diagnóstico. *Psicologia em Revista*, 20(3), 460–478.

Yamada, M. O., & Bevilacqua M. C. (2012). Dimensão afetiva da pessoa com surdez adquirida, antes e após o implante coclear. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 63-69.

Yamanaka, D. A., Silva, R. B. de P., Zanolli, M. L., Silva, A. B. (2010). Implante coclear em crianças: a visão dos pais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(3), 465-473.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que o acometimento da surdez em crianças é prevalente, torna-se relevante estudar os fenômenos emocionais que atravessam os envolvidos nessa problemática. Os resultados desta pesquisa revelaram narrativas de grande teor emocional a respeito da concepção de cada bebê e histórias que se entrelaçam com sentimentos complexos de suas genitoras no tornar-se mãe. Possivelmente, essas complexas histórias conceptivas reverberaram nos bebês, que e para existir precisaram ensurdecer. Não ouvir sua história conceptiva talvez tenha servido como uma proteção para o bebê.

O recebimento deste filho surdo impactou o narcisismo materno, o qual é revisitado a cada nascimento, em que se espera imaginariamente um filho perfeito que venha a preencher a incompletude parental. Talvez por isso as mães negaram inicialmente a surdez de seu bebê. A negação foi vista como um mecanismo que protegeu a vinculação da díade mãe-bebê, fundamental para a constituição psíquica do sujeito através dos investimentos libidinais.

A confrontação necessária com o diagnóstico, para as mães, mostrou que o narcisismo materno sofreu impacto significativo e fragilizado emocionalmente. Diante desta fragilidade, o suporte social advindo da equipe de saúde e de outras famílias que já vivenciavam a realidade do mesmo diagnóstico funcionou como uma rede de apoio auxiliou na sustentação emocional.

Inicialmente as mães mostraram resistência à efetivação da cirurgia do implante coclear, o que pode ser representado pela possibilidade do filho ouvir o que não poderia escutar, na exposição de sua difícil história conceptiva. Contudo, em tempo posterior, momento o qual elas puderam acompanhar a reabilitação do filho com o implante

coclear, podendo ouvir e até falar, mostraram-se jubilosas com esta realidade, como se o implante tivesse reparado o narcisismo materno, ou apenas “alinhavado”, já que a ideia de completude, de perfeição é da ordem imaginária.

VI. REFERÊNCIAS

1. WHO (World Health Organization).2013. Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented. [acesso em 20 de jan. 2017]. Disponível em:
<http://www.who.int/pbd/deafness/news/Millionslivewithhearingloss.pdf>
2. IBGE(Intituto Brasileiro de Geografia e Estatística).2010. Censo 2010. [acesso em 10 agosto de 2017]. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias/censo?id=1&idnoticia=2125&view=noticia>.
3. Bento RF, Penna Júnior LRP, Tsuji RK, Goffi-Gomez MVS, Lima D do VSP, Brito Neto R. Epidemiologia da surdez. In: Tratado de Implante Coclear e Próteses Auditivas Implantáveis. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2014. 46-48
4. Pinto T. Relações possíveis entre desencadeamento psicótico e implante coclear: reflexões a partir do contexto clínico francês. *Psicol. Clínica*. 2013; 25(2): 33-51.
5. Momensohn-Santos TM, Paz-Oliveira A, Hayashi NY. Descrição das expectativas e dos sentimentos das famílias de criança deficientes auditivas usuárias de implante coclear. *Distúrb Comun*. 2011;23(3):307–15.
6. Vieira SS, Bevilacqua MC, Ferreira NMLA, Dupas G. Descoberta da deficiência auditiva pela família: vendo o futuro idealizado desmoronar. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(spe2):82–88.
7. Lebedeff T. Família e Surdez: algumas considerações sobre o impacto do diagnóstico e a necessidade de orientação. *Rev Educação Especial*. 2012;1(17):13–18.
8. Negrelli MED, Marcon SS. Família e criança surda. *Ciênc cuid e saúd*. 2006;5(1):98–107.
9. Yamada MO, Moretti CN. A relação mãe-bebê com deficiência auditiva no processo de diagnóstico. *Psicol em Revista*. 2014;20(3):460–478.
10. Ferrari A, Donelli T. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contex Clínicos*. 2010;3(2):106–112.
11. Rodrigues DRS, Franco EL, Kosac KF, Franco LLMM, Silveira MMM, Usevício PMA. Relatos orais bebê imaginário. *Indag Didactia*. 2013;(2): 978-988.
12. Násio J-D. Édipo o complexo do qual nenhuma criança escapa. Rio de Janeiro: Zahar; 2012.
13. Coelho DCS, Wollmann A. A maternidade como saída edípica: considerações sobre a feminilidade. *Cad da Escola de Saúde*. 2017; 17(1):10-24.

14. Freud S. Sexualidade Feminina. In: Obras Psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
15. Fink B. O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
16. Lacan J. O seminário: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
17. Ferrari AG, Piccinini CA, Lopes RS. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psic em Estudo*. 2007;12(2):305–313.
18. Fleck A, Piccinini CA. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3^o mês após a alta. *Aletheia*. 2013;(40):14-30.
19. Asano CY, Neme CMB, Yamada MO. Deficiência auditiva: estudos clínicos sobre o narcisismo materno. *Bol. Acad. Psicol*. 2010;30(1):219-236.
20. Ferrari AG, Piccinini CA, Lopes RS. O narcisismo no contexto da maternidade: Algumas evidências empíricas. *Psico*. 2006;37(3):271-278.
21. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: A história do movimento psicanalítico Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago; 1974. 89-119
22. Lacan J. Escritos. In: O estádio do espelho como formador da função do eu. Paris: Seul; 1966.
23. Cukiert M, Prizskulnik L. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. *Estud de Psic* 2002;7(1):143–149.
24. Violante MLVPA. Uma contribuição contemporânea a obra de Freud. São Paulo: Vie Lettera; 2001.
25. Fernandes MH. Corpo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
26. Escobar VMC. Um estudo sobre a função materna na constituição de sujeitos precocemente atingidos por deficiência orgânica [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida; 2012.
27. Nicéas CA. Introdução ao narcisismo: O amor de si. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2013.
28. Cardoso ACA, Vivian AG. Maternidade e Suas Vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaph*. 2017;17(1):43-51.
29. Crespim G. A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

30. Oliveira CT, Cúnico SD, Krueel CS. O impacto do diagnóstico de surdez infantil e suas repercussões na vida da criança e de seus familiares. *DisciplinScient*. 2013;14(1):81–94.
31. AMB(Associação Médica Brasileira). 2012. Perda auditiva na infância. [acesso em 20 de jan. 2018]. Disponível em:
https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/perda_auditiva_na_infancia.pdf
32. Minayo MC de S. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14^o ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

VII. APÊNDICE

APÊNDICE 1: CARTA DE ANUÊNCIA

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



CARTA DE ANUÊNCIA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO IMIP
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Carta de anuência para a coleta de dados na instituição

DE: Patricia Cristine de Farias Guedes Wanderley, realizando pesquisa sobre:
Compreensão do significado da vivência materna frente à surdez do filho sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica.

PARA: Dr. Francisco D'Biase, Diretor do Serviço Especializado de Implante Coclear.

Prezado,

Estamos pretendendo realizar uma pesquisa que tem como objetivo: Compreender o significado da vivência materna frente à surdez do filho sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica

Para tanto, pedimos sua AUTORIZAÇÃO para realizar a coleta de dados nessa instituição, que consiste na coleta de informações sobre o significado da vivência da maternidade frente a surdez do filho.

Garantimos que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato de todos que participarem da pesquisa. A participação da mãe é voluntária, o que significa que ela terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Não há riscos quanto à participação da mãe, e o benefício será a compreensão do significado da vivência materna frente a surdez do filho.

Eu FRANCISCO D'BIASE, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e autorizo a realização da coleta de dados da pesquisa.

RECIFE, 10 DE maie DE 2017

Sr(a). Dr. Francisco De Biase
Otorrinolaringologia
CRM/PE 11.032

carimbo da instituição


IMIP
AMBULATÓRIO
OTORRINOLARINGOLOGIA
SIA / SUS 016659

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 05.897-1

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imin@imin.org.br

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA MATERNA FRENTE À SURDEZ DO FILHO SOB A PERSPECTIVA DO NARCISISMO NA TEORIA PSICANALÍTICA

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa porque seu filho (a) foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição. Para que a senhora possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque a senhora só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido o que está escrito neste documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa caso haja alguma palavra ou frase que a senhora não tenha entendido e/ou sobre quaisquer outras dúvidas que tenha. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Mais uma vez reforçamos que se a senhora tiver dúvidas depois de ler estas informações entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, a senhora poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Compreender o significado da sua vivência como mãe de um filho(a) com surdez.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa será realizada por meio de entrevista com a senhora numa sala que garanta privacidade e sigilo, ou seja, ninguém além da senhora e do pesquisador terá condição de ouvir o que está sendo conversado durante a realização da entrevista. A entrevista sobre o tema da pesquisa será gravada e depois ouvida e escrita no papel. Todo o material será guardado em sigilo, ou seja, em segredo pelo pesquisador responsável.

BENEFÍCIOS

Oferecendo-se uma oportunidade para escutar as mães sobre sua vivência com um filho (a) com surdez, procurando-se identificar dificuldades e sofrimentos ligados a essa situação, e levando-se em conta o jeito de cada uma, podem-se elaborar formas de

atendimento que melhorem a relação da mãe com o seu filho (a), prevenindo assim, a ocorrência de problemas mentais.

RISCOS

Este estudo não envolverá a aplicação de tratamentos, ou realização de exames, etc., no entanto, poderá haver algum constrangimento para as mães, uma vez que serão solicitadas a falar sobre aspectos de sua vida pessoal. Como forma de preservar a privacidade de cada uma e evitar ou reduzir esse possível constrangimento os autores assumem o compromisso de garantir o total sigilo, ou seja, segredo das informações dadas.

CUSTOS

Não haverá custo para as participantes da pesquisa e como também não haverá pagamento para quem se dispor a participar.

CONFIDENCIALIDADE

Se você escolher por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa, ou seja, em segredo. As informações que a senhora fornecer somente serão utilizadas depois e de forma que não seja possível a sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso às informações individuais fornecidas pela entrevista e obtidas do registro médico do seu filho (a). Mesmo que estas informações sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, seu nome permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará em quaisquer prejuízos para a senhora e seu filho. O acompanhamento e o tratamento de seu filho no serviço serão mantidos da mesma forma. A senhora poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a sua participação imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. A senhora terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, para qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para Patrícia Cristine de Farias Guedes Wanderley pesquisadora responsável no telefone (081) (99597-1044) das 8h às 16h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, Se você tiver alguma consideração

ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ / /
Nome e Assinatura do participante Data

_____ / /
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial Data

(quando pertinente)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____ / /
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data



APÊNDICE 3 : ROTEIRO DA ENTREVISTA

Roteiro da entrevista

Caracterização sociodemográfica das mães.

Identidade social: idade, situação conjugal, local de residência, escolaridade (número de anos completados no sistema formal de educação), ocupação, religião ou crença (como e com que frequência participa das cerimônias e de outras atividades desenvolvidas pela instituição); renda e subsistência, suporte social e assistencial; caracterização.

Caracterização sociodemográfica das crianças

sexo, idade da criança, local de moradia, renda familiar per capita, idade da mãe, anos de estudo da mãe, pré-natal da mãe (número de consultas, intercorrências);

Caracterização da condição de saúde das crianças:

idade gestacional, peso ao nascer, estado vacinal, aleitamento materno, infecção congênita, história de meningite (outras doenças);

Caracterização da condição clínica da surdez: etiologia definida da surdez, tipo/classificação de surdez, idade ao diagnóstico da surdez, intervenções realizadas para surdez, tempo que frequenta o serviço;

Contextualização do desejo relacionado à maternidade e das condições de saúde da gestante e do bebê

Desejo anterior de ter filho; construção do vínculo com o feto e significado do filho no psiquismo materno no pós-parto e puerpério; desejo e planejamento diante da gravidez; paridade; abortos e outras perdas significativas ao longo da gestação; cuidados de saúde na gestação; escolha do nome do filho expectativas durante a gestação, escolha do parto, experiência do parto e puerpério.

Relacionados com a suspeita ou diagnóstico da surdez:

Em que momento houve a suspeita ou o diagnóstico de surdez do filho, como foi receber o diagnóstico de surdez, representação do diagnóstico, vivência com surdez, casos de surdez na família,

Relacionados ao confronto do bebê imaginário e o bebê real: como imaginava o seu bebê.

Como imaginava seu bebê durante a gestação, como foi confronto com o bebê que conheceu, como pensa o futuro do filho.

Relacionados ao sentimento de fracasso com o nascimento de um filho com deficiência, remetendo à sua própria imperfeição: Responsabilidade com surdez do filho, herança genética, algo que tenha ocorrido durante a gestação que acredite que tenha implicação com a surdez, incapacidade de cuidar.

Relacionados com o Investimento libidinal transformador do corpo orgânico do bebê em corpo sexuado: A relação com seu bebê, cuidados, amamentação.

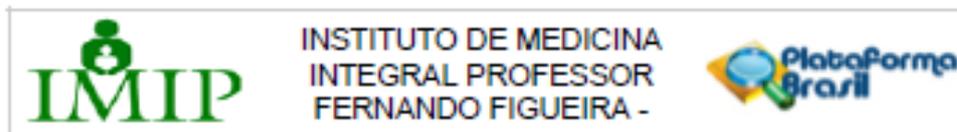
Categoria Empírica

Relacionado ao tratamento com implante coclear: Como o tratamento com implante coclear reverberou.

Relacionado suporte social, entre pares e equipe de saúde. O apoio encontrado na família, amigos, pessoas que passam pelo mesma situação do diagnóstico/tratamento e profissionais de saúde.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA MATERNA FRENTE À SURDEZ DO FILHO SOB A PERSPECTIVA DO NARCISISMO NA TEORIA PSICANALÍTICA.

Pesquisador: Ana Rodrigues Falbo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73409917.9.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.349.409

Apresentação do Projeto:

O estudo se propõe a investigar as principais dificuldades enfrentadas pela família de crianças com diagnóstico de surdez relacionadas à comunicação, aos conflitos, à afetividade, e a integração. O nascimento de um filho com deficiência auditiva pode representar uma quebra no narcisismo materno, advindo de uma situação inesperada, a desrealização de um bebê imaginário, gerando na mãe sentimento de fracasso. A intervenção profissional pode auxiliar a família a superar o impacto recebido pelo diagnóstico de surdez do filho e pode restabelecer o elo que sustenta o narcisismo dos pais.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o significado da vivência materna frente à surdez do filho sob a perspectiva do narcisismo na teoria psicanalítica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos referentes ao constrangimento materno mencionados, bem como referentes aos benefícios na elaboração de intervenções específicas que melhorem a relação da mãe com o seu bebê, prevenindo assim, a ocorrência de distúrbios psíquicos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com metodologia apropriada aos objetivos

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-680
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4752 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 2.349.409

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Conclusões

Recomendações:

Vide Conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Modificar TCLE - Pendência resolvida

Retirar o número de participantes, uma vez que se trata de investigação qualitativa - Sugestão não acatada mas que não interfere com a aprovação do CEP mas pode interferir com a validade interna da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_365912.pdf	27/09/2017 09:17:44		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecompreensãodosignificadocorrigido.doc	27/09/2017 09:17:07	Ana Rodrigues Falbo	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto surdez.doc	08/08/2017 15:10:15	Ana Rodrigues Falbo	Acelto
Outros	cartadeanuencia.pdf	08/08/2017 15:07:10	Ana Rodrigues Falbo	Acelto
Folha de Rosto	Folhaderoesto.pdf	08/08/2017 14:55:24	Ana Rodrigues Falbo	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
UF: PE Município: RECIFE
Telefones: (81)2122-4758 Fax: (81)2122-4752 E-mail: comitedeetic@imip.org.br

Página 02 de 02



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer 2.349.409

RECIFE, 25 de Outubro de 2017

Assinado por:
Gláucia Virginia de Queiroz Lins Guerra
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4752 E-mail: comitedeetic@imip.org.br

ANEXO 2: NORMAS DE FORMATAÇÃO E SUBMISSÃO PARA A REVISTA PSICOLOGIA CLÍNICA



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Normas de publicação
- Elaboração do manuscrito
- Direitos autorais
- Submissões

Normas de publicação

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação quadrimestral do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro com trabalhos originais em psicologia. Lançada em 1986, teve duas edições por ano de 2001 a 2015, em seguida a uma modernização do formato mais antigo, com o objetivo de se adequar à política editorial implementada pela CAPES em todo o Brasil. Desde 2016, é publicada três vezes por ano. Além do português, são aceitos artigos submetidos em espanhol ou inglês.

A revista conta com corpo editorial e conselho científico de escopo internacional, relacionados, com a respectiva afiliação institucional, em todos os fascículos. Igualmente seus autores podem ser de qualquer parte do mundo. Seu público-alvo são alunos de graduação e de pós-graduação, bem como pesquisadores e profissionais, de psicologia clínica e áreas afins.

Os artigos publicados são originais inéditos, produzidos a partir de pesquisas originais, não divulgadas em outros periódicos da área. A revista edita estudos teóricos, revisões bibliográficas, resultados de pesquisas empíricas, relatos de experiências profissionais e resenhas de obras publicadas recentemente, além de contar ocasionalmente com uma seção especial que apresenta entrevistas com pesquisadores de renome e traduções de textos clássicos da área clínica. Os manuscritos submetidos para publicação na revista *Psicologia Clínica* devem ser originais, não estar em avaliação por nenhum outro periódico e seguir as normas do *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª edição, 2010).

Os artigos aceitos que forem traduzidos para o inglês pelos autores, com a anuência para sua publicação somente nesta língua, poderão eventualmente ter a sua publicação antecipada, devido à exigência de um mínimo de artigos em inglês por parte das políticas editoriais de revistas científicas.

Para submeter um artigo

1. Os manuscritos originais deverão ser submetidos on-line em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-5665&lng=pt&nrm=iso

No artigo não devem constar os nomes dos autores. Uma folha de rosto identificada com os nomes, titulações e afiliações dos autores deve ser anexada como documento suplementar, bem como a carta de encaminhamento descrita abaixo.

2. Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada por todos os autores (anexar como documento suplementar), atestando que o artigo é inédito, que não fere as normas éticas da profissão, cedendo os direitos autorais à revista *Psicologia Clínica*, atestando não haver potencial conflito de interesses sobre o artigo e assumindo plena responsabilidade por seu conteúdo.

3. Todos os autores devem estar cadastrados no sistema e os dados inseridos devem ser completos (nome, titulação, afiliação institucional, endereço e email. Os e-mails de todos os autores precisam aparecer na plataforma como os remetentes do artigo.

4. É necessário um intervalo de pelo menos 12 meses entre duas submissões de um mesmo autor.

5. Os autores serão comunicados imediatamente do recebimento do manuscrito.

6. Recomenda-se que os autores traduzam o artigo para o inglês, após aceito.

Para submeter uma resenha

1. A resenha, de livro publicado nos últimos dois anos, deve ter de três a cinco laudas (até 10 mil caracteres, com espaços).

2. O título da resenha deve estar em português, inglês e espanhol, seguido do título e de todas as referências do livro resenhado, inclusive a quantidade de páginas.

3. Todos os autores devem estar cadastrados no sistema e os dados inseridos devem ser completos (nome, títulos, afiliação institucional, endereço etc.).

4. Em caso de uso de citações e referências, as normas bibliográficas são as mesmas aplicáveis aos artigos.

Procedimento ao receber um manuscrito

Os manuscritos recebidos são inicialmente apreciados pelo Conselho Editorial. Se estiverem de acordo com as normas e forem considerados como publicáveis pela revista *Psicologia Clínica*, serão encaminhados para consultores ad hoc, escolhidos pelos editores entre pesquisadores de reconhecida competência na área. Os consultores não terão acesso à identificação dos autores, nem os autores à dos consultores.

Após análise cega do manuscrito, os consultores podem ou recomendar sua aceitação para publicação, frequentemente condicionada a modificações que visem a melhorar a clareza ou

precisão do texto, ou o rejeitar. Os autores serão notificados das decisões editoriais ao longo do processo, com cópias não identificadas dos pareceres, e serão informados sobre quando o trabalho aceito será publicado, ou de sua rejeição.

O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar o processo de submissão ou publicação dos manuscritos.

Reformulação do manuscrito e procedimentos para submissão final

Os autores de manuscritos recomendados para aceitação com modificações deverão informar as reformulações realizadas e destacar os trechos modificados no texto. Caso os autores decidam não realizar quaisquer das modificações sugeridas, devem justificar essa decisão, ficando a critério do Conselho Editorial a decisão final sobre a publicação do artigo. Esta comunicação (sem identificação dos autores) e o manuscrito reformulado serão encaminhados novamente aos pareceristas para análise. Caso as reformulações estejam a contento, o artigo é aprovado. Caso contrário, o artigo pode ser rejeitado ou novas modificações podem ser solicitadas.

Elaboração do manuscrito

O manuscrito deve ser apresentado em formato Word (doc), em Times New Roman, tamanho 12pt, espaçamento duplo. Deve compreender de 15 a 25 páginas numeradas, com todas as margens de 2,0cm (cerca de 30 a 50 mil caracteres, com espaços). Qualquer situação não contemplada aqui deve seguir o indicado no *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed., 2010). As submissões que não estiverem inteiramente de acordo com as normas serão arquivadas e seus autores notificados. Os manuscritos devem respeitar a seguinte ordem, em páginas separadas:

I. Folha de rosto identificada (carregar como documento suplementar)

1. Título em português, inglês e espanhol (até quinze palavras);
2. Título abreviado para cabeçalho (até cinco palavras);
3. Nome de cada autor, titulação, afiliação institucional (departamento, instituição, cidade, estado, país);
4. Endereço completo de todos os autores para correspondência com o Corpo Editorial, inclusive telefone e e-mail (não serão aceitos dados abreviados ou

incompletos);

5. Indicação das fontes de financiamento, quando houver.

II. Folha de rosto sem identificação (página 1)

1. Título em português, inglês e espanhol;

2. Título abreviado.

III. Resumos (página 2) 1. Resumo em português (de 150 a 200 palavras);

2. Palavras-chave em português (de 3 a 5);

3. Abstract em inglês (tradução do resumo);

4. Keywords em inglês (tradução das palavras-chave).

5. Resumen em espanhol (tradução do resumo);

6. Palabras clave em espanhol (tradução das palavras-chave).

IV. Texto (página 3 e seguintes)

Esta parte do manuscrito deve começar em nova página, numerada como página 3, com o título centrado no topo. Cada página subsequente deve ser numerada. Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os com uma linha em branco. Apenas a primeira letra dos títulos ou subtítulos e dos nomes próprios deve estar em maiúscula. No caso de itens dentro de um mesmo subtítulo, utilize itálico para distingui-los.

Quando o artigo for um relato de pesquisa, o texto deverá apresentar, após as páginas de rosto e resumos, as seções introdução, metodologia, resultados, discussão e referências. Se necessário, outros subtítulos, como conclusões, podem ser acrescentados. Em alguns, pode ser conveniente apresentar resultados e discussão juntos, embora esta abordagem não seja recomendável como regra geral.

Utilize o mínimo de notas. Quando realmente indispensáveis, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas após as referências, em página separada intitulada "Notas". Informe no texto a inserção de figuras e tabelas, que deverão ser apresentadas em anexo.

Observe as normas de citação, dando crédito aos autores e informando as datas de publicação dos estudos referidos. A citação literal de um texto vem entre aspas duplas e exige a referência ao número da página do trabalho de onde foi copiada. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação na primeira vez em que forem citados em cada parágrafo. Todas as citações secundárias devem informar as referências originais, mas evite utilizar citações secundárias, especialmente quando o original pode ser recuperado com facilidade. Não utilize op. cit., ibid., idem.

V. Referências

Não inicie uma nova página para a seção de referências. Não as numere. Utilize espaço duplo também nesta seção, sem espaço extra entre citações e não utilize recuos. As referências devem ser listadas em ordem alfabética, pelo último nome do autor. Cada uma das referências deve aparecer como um novo parágrafo (sem recuo) e os sobrenomes devem estar em minúsculas (exceto a inicial).

VI. Anexos

Os anexos devem ser apresentados em nova página, após as referências, numerada consecutivamente, em espaço duplo. Use anexos somente se isso for imprescindível para a compreensão do artigo. Os anexos devem ser indicados no texto, identificados com letras maiúsculas. Figuras e tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, e não poderão exceder 11cm x 17,5cm.

VII. Citações e referências

As citações com até 40 palavras devem vir no corpo do texto, entre aspas, sem itálico. As citações com mais de 40 palavras devem vir em novo parágrafo, sem aspas nem itálico, em tamanho 11pt e com 3cm de recuo da margem esquerda.

1. Artigo de autoria múltipla:

a) artigo com dois autores: cite os dois sobrenomes sempre que o artigo for referido, o ano de publicação e a página;

b) artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira vez que mencioná-lo; daí em diante utilize o sobrenome do primeiro autor seguido de et al., da data e a página;

c) artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de et al., da data e a página. Na seção de referências, os nomes de todos os autores serão relacionados.

2. Obras antigas e reeditadas:

Utilize o formato "Autor (ano de publicação original / data da publicação consultada, nº da página)". Por exemplo: "Freud (1912/1969, p.154)". Caso haja outras citações ou referências a outros textos do mesmo autor e ano, diferencie com letras minúsculas. Por exemplo, "Freud (1939/1969a)" e assim sucessivamente.

3. Citação ou referência secundária:

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra obra consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Selye (1936, citado por Lipp, 2001)". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

VIII. Exemplos de referências

- *Artigo em periódico: Féres-Carneiro, T. F. (2008). Pesquisa e prática clínica: construindo articulações. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 349-355. (Se a revista for paginada por fascículo, inclua o número do fascículo, entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.)*

- *Artigo de revista no prelo:*
Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Não incluir data e número de volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, deve-se indicar que o artigo está no prelo.

- *Livro: Jablonski,*

B. (1998). *Até que a vida nos separe: a crise do casamento contemporâneo*. Rio de Janeiro: Agir.

- *Capítulo de livro (coletânea):*
Levy, L. (2009). Terapia de casal e questões contemporâneas. In: I. C. Gomes (org.). *Clínica psicanalítica de casal e família: a interface com os estudos psicossociais* (pp. 25-31). São Paulo: Livraria Santos Editora.

- *Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado:*
Féres-Carneiro, T. (2003, outubro). Conjugalidade homossexual. *Trabalho apresentado no IX Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana*, Rio de Janeiro, RJ.

- *Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais:*
Rudge, A. M. (2000). Pressupostos da "nova" crítica à psicanálise. [Resumo]. In: Sociedade Brasileira de Psicologia (org.). *Psicologia no Brasil: diversidade e desafios, XXX Reunião Anual de Psicologia* (p.27). Brasília: Universidade de Brasília.

- *Teses ou dissertações não publicadas:*
Serra, D. C. G. (2008). *Entre a esperança e o limite: um estudo sobre a inclusão de alunos com autismo em classes regulares*. (Tese de Doutorado. Curso de Pós-

graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

- *Obra antiga e reeditada:*

Piaget, J. (1965). *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris: Z. Alcan. (Original publicado em 1932).

Freud, S. (1995a). Dois princípios do funcionamento mental. In: S. Freud. *Obras completas de S. Freud*, vol. X. Madrid: Biblioteca Nueva. (Original publicado em 1911).

- *Autoria institucional:*

American Psychological Association (2002). *Publication manual* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.

- *Comunicação pessoal:*

São cartas, correio eletrônico e conversas pessoais ou telefônicas. Cite apenas no texto, dando o sobrenome e as iniciais do remetente e a data, e identifique como comunicação pessoal. Não inclua nas referências.

- *Documentos digitais on-line:*

Kawasaki, J. L., & Raven, M. R. (1995). Computer-administered surveys inextension. *Journal of Extension*, 33, 252-255. Recuperado em 20 de junho de 1999 de <http://joe.org/joe/index.htm>.

Direitos autorais

Direitos autorais A revista Psicologia Clínica possui os direitos autorais sobre todos os artigos publicados. A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do Editor. Reproduções parciais de artigos (resumos, mais de 500 palavras de texto, tabelas, figuras e ilustrações) deverão também ter permissão por escrito do Editor e dos autores.

Submissões

Os manuscritos devem ser submetidos através do sistema de submissão on-line PEPsic: <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/pc/login>. Para mais informações, envie e-mail para psirevista@puc-rio.br.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Rua Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
22453-900 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 3527-1185 / 3527-1186
Fax.: +55 21 3527-1187



psirevista@puc-rio.br