

LINGUAGEM E SURDEZ NO PERÍODO DOS PROTO-JOGOS DE LINGUAGEM *

Maria Helena Figueira GLASS

RESUMO *O principal objetivo deste trabalho é o desenvolvimento de uma argumentação que venha contestar o lugar-comum segundo o qual infans ouvintes e surdos encontram-se em situação diferente para a linguagem. Acreditando que tal lugar-comum seja proveniente de uma determinada concepção de linguagem associada a uma concepção restritiva de percepção, proponho que a questão seja reexaminada a partir da concepção antropológica de linguagem de Wittgenstein, a qual abrange a percepção como elemento constitutivo.*

ABSTRACT *The main objective of this paper is to develop an argumentation to contest the common-sense according to which hearing and congenitally profound deaf infants differ in relation to language. Believing that such common-sense derives from certain conception of language in association with a restrictive notion of perception, I propose that the issue be re-examined in accordance with the anthropological conception of language by Wittgenstein, which embodies perception as a constituent element.*

O objetivo central deste trabalho é o questionamento do lugar-comum segundo o qual recém-nascidos ouvintes e surdos se encontram em situação diferente em relação à linguagem devido à capacidade sensorial auditiva dentro dos padrões considerados normais do primeiro e à falta dessa capacidade no segundo. A primeira conclusão a que cheguei, ao iniciar este trabalho, foi a de que essa suposição de que o neonato surdo se encontra em situação diferente da do neonato ouvinte é decorrência direta de uma concepção de linguagem necessariamente fonocêntrica e restritiva que, invariavelmente, toma como *default case* um falante supostamente normal. Ficou claro para mim, então, que meu próprio impulso para questionar esse

* Texto resultante da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp, no dia 03 de dezembro de 2001, sob orientação da Prof. Dr. Kanavillil Rajagopalan e co-orientação da Profª Drª Maria Cristina da Cunha Pereira.

lugar-comum era, antes de mais nada, conseqüência da concepção de linguagem que adoto: a concepção antropológica de linguagem de Wittgenstein (mais especificamente a leitura que J. V. Canfield faz desse filósofo¹).

A concepção antropológica de linguagem que adoto aqui não corrobora o lugar-comum ao qual me oponho por três razões básicas. Em primeiro lugar, por não ser fonocêntrica, não dá margem à suposição de que o neonato surdo se encontre em situação diferente frente à linguagem em relação ao ouvinte. Em segundo lugar, diferentemente das concepções de linguagem que tradicionalmente subjazem às pesquisas acerca da surdez, esta não toma como *default case* um falante supostamente 'normal'. Em terceiro lugar, nos permite investigar o fenômeno da linguagem em seu formato mais rudimentar, que são os proto-jogos de linguagem e, por isso, observar o caráter constitutivo da percepção para a linguagem. Foi, portanto, por adotar a concepção antropológica de linguagem de Wittgenstein e, mais precisamente, por focalizar os proto-jogos de linguagem que me foi possível questionar o lugar-comum que diferencia o neonato surdo, do ouvinte relativamente à situação de cada um frente à linguagem. Resultou, então, das dúvidas em relação a tal lugar-comum a formulação da seguinte hipótese: portadores de surdez congênita profunda² e ouvintes encontram-se na mesma situação em relação à linguagem durante todo o período dos proto-jogos de linguagem, pois interagem essencialmente da mesma maneira com seus *caretakers*³.

OS PROTO-JOGOS DE LINGUAGEM

Os proto-jogos de linguagem são configurações de comportamento instintivo e primitivo provenientes da interação entre hominídeos, interações essas que se dão naturalmente, ou seja, "sem qualquer treinamento ou instrução explícita" (Canfield, 1997:259). Os proto-jogos de linguagem não são jogos de linguagem per se, mas rotinas de interação que antecedem e promovem o surgimento destes. São, segundo Canfield (1995:198), o "estágio básico da interação"; um período que precede a utilização de símbolos.

Os proto-jogos de linguagem surgem durante o longo período em que o bebê é dependente do seu *caretaker*. Trata-se, como explica Canfield (1995:198), daquele período da vida do bebê em que há "observação, antecipação e resposta da parte da

¹ As ressalvas que faço acerca do trabalho de Canfield podem ser encontradas na versão completa da tese.

² Ao utilizar "portador de surdez congênita profunda" ou apenas surdo estarei me referindo neste trabalho ao bebê que nasceu surdo sem, no entanto, apresentar comprometimentos mentais e cujos pais são ouvintes.

³ Como não encontro na língua portuguesa um termo como *caretaker*, que dá a idéia não apenas de interlocutor privilegiado mas também de alguém que tem afeto e zela pelo bem-estar do bebê, estarei utilizando a palavra em inglês.

mãe e resposta à resposta por parte da criança”. Os proto-jogos de linguagem têm, portanto, “raízes biológicas e sociais: é parte da nossa herança humana que faz com que os pais alimentem, dêem abrigo, protejam, etc, seus filhos quando têm a possibilidade de fazê-lo” (Canfield, 1993:174). Assim, os proto-jogos de linguagem são *patterns*⁴ das ações e reações advindas das rotinas de interação com o *caretaker*: o bebê chora de fome, de dor ou de frio e a mãe, atenta às ações e reações do bebê, responde atendendo à sua necessidade - seja oferecendo-lhe o peito ou mamadeira, seja confortando-o nos braços, seja aquecendo-o; ao ver o bebê esticando o braço em direção a um objeto, a mãe antecipa o movimento do bebê e lhe dá o objeto; etc. São *patterns* de interação como esses que possibilitam, segundo Canfield, a emergência da linguagem.

Os proto-jogos de linguagem têm sua origem num amálgama sensorial (uma combinação de todos os sentidos, incluindo cenestesia, cinestesia e sinestesia) que, por sua vez, somente através da interação adquire algum significado. Ou seja, é através de tal experiência amalgamada sentidos/interação que a criança começa a perceber e, conseqüentemente, a atribuir significado ao mundo. Os proto-jogos de linguagem emergem, então, à medida em que as ações/reações do bebê se tornam menos reflexivas (i.e. meramente capacidade sensorial, *sensory capability*) e se tornam respostas mais culturalmente estilizadas (i.e. *response proclivity*⁵). O fato de as ações/reações tornarem-se mais estilizadas não implica um completo desaparecimento da comunicação sensorial, mas uma mudança de foco; em vez de ser conduzida principalmente pelos sentidos, a comunicação passa a ser uma combinação na qual o estilizado se sobressai. Tal mudança de foco, das reações basicamente sensoriais às respostas culturalmente estilizadas, acontece graças à nossa predisposição humana ao simbólico.

O período dos proto-jogos de linguagem é crucial, pois daí provêm os futuros e cada vez mais complexos jogos de linguagem. É durante este período, através da percepção, que o bebê desenvolve os mecanismos básicos que moldarão os futuros usos da linguagem e, definitivamente, ingressa no fenômeno intersubjetivo que é a linguagem. Conseqüentemente, a percepção desempenha papel fundamental para a proposta dos proto-jogos de linguagem, pois é a partir dela que os *patterns* de interação se formam. A percepção, de acordo com essa proposta, não é anterior à linguagem, mas constitutiva.

O fato de se afirmar que a percepção é elemento constitutivo dos proto-jogos de linguagem não significa que se esteja fazendo referência a uma modalidade

⁴ Como acho que as possíveis traduções para a língua portuguesa do termo *pattern* (modelo, esquema, padrão) passam uma idéia de estrutura definida com bordas enrijecidas, resolvi manter o termo em inglês. O termo *pattern* deve ser lido nesta tese como configuração de comportamento proveniente de rotinas de interação.

⁵ Utilizo aqui a terminologia sugerida por Watson (veja Stark, 1977): *sensory capability* (o que nós somos capazes de fazer com os nossos sentidos) e *response proclivity* (o que de fato fazemos com nossos sentidos). Ou seja, *sensory capability* representando natureza e *response proclivity*, cultura.

específica de percepção. Como se sabe, os sentidos dos bebês são diferentes em relação aos dos adultos – são imaturos. É improvável, assim, que haja um sistema sensorial mais importante e predominante na infância; é mais plausível supor que a percepção resulte de uma combinação complexa e amalgamada de sentidos “diferentes” em atividade desencadeada pela experiência gerada em sua interação com seus *caretakers*. Além disso, é muito improvável que o bebê tenha consciência de cada sentido isoladamente. Com efeito, supõe-se que durante os primeiros dias de vida não haja para o neonato limite entre seu corpo e o ambiente. É um período de não-diferenciação; “um período em que o sistema cenestésico predomina por absoluto” (Spitz, 1988:41). É por tudo isto que acredito que, de início, o mundo não faz qualquer sentido para o neonato; o fazer sentido se dá por meio da percepção.

Devido exatamente a essa imaturidade dos sentidos do neonato, não se pode esperar que a relação bebê-*caretaker* ancore em um sistema sensorial único - a audição, por exemplo⁶. Muito pelo contrário, a relação *caretaker*-bebê (surdo ou ouvinte) se dá por meio de um amálgama sensório-interacional no qual cenestesia, cinestesia, visão, audição, tato, paladar e olfato estão fundidos. Assim, quando afirmo que a percepção é elemento constitutivo dos proto-jogos de linguagem, estou a me referir a esse amálgama sensório-interacional. Considerando que a relação interacional bebê-*caretaker* seja permeada por esse amálgama sensorial e não comandada por apenas um sistema sensorial específico, pode-se supor que bebês portadores de surdez congênita profunda e bebês ouvintes interajam essencialmente da mesma maneira com seus *caretakers*, ouvintes ou surdos, durante o período dos proto-jogos de linguagem⁷.

INTERAÇÃO CARETAKER OUVINTE – BEBÊ SURDO

Há inúmeros experimentos que mostram ser a interação *caretaker* surdo e bebê surdo semelhante à interação *caretaker* ouvinte e bebê ouvinte (Cf. Meadow-Orlans, 1990a, 1990b; Lederberg & Mobley, 1990; Koester et al., 2000; Swisher, 2000; entre outros). Não estarei discorrendo, no entanto, a respeito desta questão, haja vista o fato de a minha hipótese referir-se à interação entre *caretaker* ouvinte e bebê portador de surdez profunda congênita (Doravante interação CO-BS. Atenção para o

⁶ Não estou afirmando com isto que a audição seja dispensável para a produção linguageira mais comum. O que defendo ao longo da tese é que a audição não é fundante, logo não é imprescindível para a emergência da linguagem que ocorre durante o período dos proto-jogos de linguagem. Não é imprescindível porque a formação de *patterns* de interação não depende da audição.

⁷ A afirmação de que os neonatos surdos e ouvintes se encontram na mesma situação relativamente à interação com o *caretaker* não é exclusividade minha. Levine (1981) e Bouvet (1990) desenvolvem seus trabalhos a partir dessa mesma afirmação. As diferenças entre a proposta que defendo aqui e a dessas autoras repousam basicamente na concepção de linguagem que fundamenta cada trabalho e subsequentes implicações.

fato de que, quando digo interação CO-BS, estou me referindo ao período dos proto-jogos de linguagem, que abrange os primeiros 8 - 9 meses de vida da criança). O que estou defendendo aqui é que não há razão incontrolável para que a interação CO-BS seja diferente da interação *caretaker* ouvinte - bebê ouvinte, ou seja, uma interação 'sadia', durante o período dos proto-jogos de linguagem. Enfim, defendo aqui que, quando o *caretaker* ouvinte consegue controlar sua condição e expectativas fonocêntricas, sua interação com o bebê surdo não é necessariamente diferente daquela entre ouvintes. A interação é semelhante, pois o bebê surdo se encontra na mesma condição para a linguagem que o bebê ouvinte. O que pode vir a ser um problema para o período dos proto-jogos, como veremos mais adiante, é o diagnóstico porque a interação como um todo pode ficar comprometida.

Os estudos geradores da afirmação de que a relação *caretaker* ouvinte/bebê surdo é problemática enquanto a surdez não for detectada defendem via de regra o diagnóstico precoce, o "*universal screening*" (realizado durante o período dos proto-jogos de linguagem) da surdez e intervenção clínica (Cf. Schuyler & Rushmer, 1987; Russo & Santos, 1994; Robinschaw, 1995; Yoshinaga-Itano & Apuzzo, 1998a, 1998b; dentre muitos outros). Esta posição relativamente ao diagnóstico precoce nos coloca, na minha opinião, diante de um paradoxo. Afinal, da afirmação de que a relação CO-BS é problemática enquanto a surdez não for detectada vem a sugestão de que com o diagnóstico os supostos problemas de interação podem ser contornados. Ora, com exceção dos casos em que há suspeitas muito fortes (ou seja, nos casos em que a surdez é praticamente certa devido à hereditariedade ou doenças), o diagnóstico é uma surpresa desagradável para a família (Cf. Meadow et al., 1981; Schlesinger, 1985, 1988; Moses, 1985; Lederberg & Mobley, 1990; Meadow-Orlans, 1990b; Souza, 1996; dentre outros). É surpresa, principalmente, porque 90% dos casos de surdez ocorrem em famílias ouvintes cujos membros provavelmente nunca tiveram qualquer contato com surdos (Cf. Meadow-Orlans, 1990). Além disto, ou em decorrência dessa falta de experiência com a surdez, os pais tendem a relacionar os efeitos da surdez com outros tipos de deficiência, principalmente deficiência mental (Cf. Meadow-Orlans, 1990b; Moses, 1985). O diagnóstico da surdez, conseqüentemente, em vez de trazer a solução a uma relação supostamente problemática, vem transformar um sonho em pesadelo. Do ponto de vista psicológico, explica Souza (1996), "a criança surda é, desde o momento do diagnóstico, o centro da ansiedade e frustração familiar". Eis, então, o paradoxo: afirma-se que sem o diagnóstico a interação CO-BS é problemática, a solução proposta não apenas não resolve o suposto problema como lhe confere o caráter de definitivo. O paradoxo, no entanto, não pára por aí. O diagnóstico, como coloca Bouvet (1990:xiv. Acréscimo meu.), "faz com que eles [bebês surdos] se transformem em sujeitos paradoxais", pois perdem o status de bebês e passam a ser tidos em termos do que lhes falta.

Não pretendo negar o fato de que o diagnóstico nos primeiros meses de vida pode ser, pelo menos teoricamente, profícuo. Digo 'teoricamente' porque, como

veremos a seguir, o saber da surdez é suscetível de diversos comprometimentos psicológicos por parte, principalmente, do *caretaker*. A consciência da surdez pode ser, teoricamente falando, de alguma forma proveitosa porque pode levar a uma maior ênfase na estimulação tátil-cinestésica por parte do *caretaker*, o que seria muito bem-vinda. Ou mesmo pode fazer com que se inicie logo um 'treinamento auditivo' (apesar de nem todas as crianças responderem bem a 'treinamentos', segundo Robinshaw, 1995) que venha auxiliar na reabilitação, caso a alternativa da família seja pela oralidade⁸.

O problema é o possível (e comum) efeito colateral (psicológico) do diagnóstico: o *caretaker* pode começar a tratar o bebê como 'surdo' nos termos mais amplos de uma deficiência e, com isso, privá-lo de uma interação 'sadia'. O bebê pode ser privado de uma interação 'sadia' porque "é difícil para os pais se engajarem em comportamentos normais estando profundamente preocupados com a saúde e desenvolvimento normal de seus filhos" (Meadow-Orlans, 1990a: 289). O estresse e a tensão causada pela decepção e sentimento de impotência relativamente à condição física do(a) filho(a) são, geralmente, passados para o bebê, o que, aí sim, torna a interação problemática. A interação CO-BS fica, então, permeada de angústia e ansiedade (Cf. Souza, 1996).

Ter um filho seu diagnosticado como surdo não é uma experiência fácil. Segundo Schlesinger (1985), a mãe (ou *caretaker*) de uma criança diagnosticada como surda é acometida por um sentimento de impotência, decorrente, principalmente, dos seguintes fatores: incapacidade de interferir diretamente na deficiência, ou seja, um sentimento de incompetência relativamente à deficiência; falta de apoio de profissionais, durante ou após o diagnóstico, e mesmo o caráter intrusivo das convicções dos profissionais em relação à melhor alternativa (oralismo, bilingüismo, comunicação total, *cued speech*, implante coclear, etc.) a ser adotada na intervenção ou reabilitação; e atribuição da falta de reação a sons por parte da criança surda a uma suposta rejeição. Os pais de bebês surdos experimentam, portanto, um sentimento enorme de impotência diante do bebê 'diferente' cujo futuro lhes parece tão incerto. É natural, então, que tal sentimento de impotência tenha ressonância não apenas no comportamento dos pais em relação à criança, como no próprio desenvolvimento desta. Esse sentimento de impotência leva a mãe (ou *caretaker*) a adotar uma atitude autoritária, controladora e intrusiva na interação com a criança surda, conforme mostram inúmeros experimentos (Cf. Schlesinger & Meadow, 1972; Meadow et al., 1981; Lederberg & Mobley, 1990; entre outros.). A consequência de um comportamento deste tipo na criança é, segundo Schlesinger (1985), a passividade.

⁸ É importante deixar claro que não é objeto desta tese o debate acerca da disputa língua da sinais vs. oralismo, independentemente do fato de a minha opinião ser a de que a língua de sinais é a melhor opção para o desenvolvimento inicial do bebê surdo.

É por tudo isso que se pode supor que deva haver, sim, dificuldades na interação CO-BS; essa dificuldade começa, no entanto, depois de feito o diagnóstico ou passado o período dos proto-jogos de linguagem. A confirmação da surdez praticamente destrói a interação natural e intuitiva que antes existia entre *caretaker*-bebê (Cf. Bouvet, 1990). O saber da surdez do bebê vem, invariavelmente, macular a relação entre o *caretaker* e o bebê. Isto ocorre por diversas razões: o choque e a decepção de se saber responsável por um bebê considerado deficiente; o sentimento de impotência de que fala Schlesinger; a falta de experiência com a realidade surda; as limitações comunicativas impostas pela condição fonocêntrica dos pais; etc. O diagnóstico da surdez pode trazer, portanto, diversos problemas para a relação CO-BS. Além disso, os pais, chocados com o diagnóstico, podem transferir a terceiros a responsabilidade não só afetiva, como de reabilitação, pois se sentem impotentes e frustrados. Como conseqüência, o bebê pode ver reduzida ou alterada não apenas a relação afetiva, como o estímulo sensorial-interacional que abrange, inclusive, a fala do outro.

Uma interação *caretaker*-bebê 'sadia' se dá no formato de diálogo. E o que é formato de diálogo? Diferentemente do que Bateson, 1975, observa em seus experimentos, diálogo não necessariamente pressupõe verbalizações ou vocalizações, ou mesmo uma capacidade auditiva que supostamente possibilite a atribuição de significado a tais vocalizações. É por esta razão que os bebês surdos, apesar de os sons da voz da mãe ou *caretaker* não chegarem até eles, interagem normalmente com seu *caretaker*: eles "conseguem perceber tudo que está envelopando sua fala: seu olhar, a expressão em sua face, seus gestos, seus movimentos corporais" (Bouvet, 1990:75). Diálogo, antes de mais nada, e principalmente, durante os primeiros meses de vida, é troca, é interação intersubjetiva. Aquelas vocalizações ou balbucio produzidas pelo bebê (ouvinte ou surdo) são, segundo Spitz (1988), apenas descargas de tensão. Como descargas de tensão, essas vocalizações não necessariamente estão relacionadas com diálogo, pois elas acontecem com ou sem a presença de um 'interlocutor'. As vocalizações que ocorrem durante a interação podem, naturalmente, ser consideradas como elementos dialógicos, elementos esses que participam de uma relação dialógica maior. Isto porque o diálogo entre *caretaker* e bebê abrange as vocalizações realizadas durante a interação, não as pressupõe. Daí o perigo que pode representar para o bebê o *caretaker* começar a tratá-lo como "surdo"; o diálogo, que envolve inclusive a fala (considerando que o *caretaker* é ouvinte), pode ficar comprometido. É natural que o *caretaker*, devido à sua condição de ouvinte, pelo fato de não conhecer ou não acreditar em outra forma de diálogo senão a oral-auditiva, deixe de conversar com o bebê ao saber que ele é surdo. Neste caso, o diagnóstico tem, sem dúvida, um caráter pernicioso.

Como bem coloca Bouvet (1990: 75) "[a] linguagem de uma criança tem início no nascimento e depende de todas aquelas primeiras interações mãe-neonato e na própria antecipação da mãe em relação às habilidades comunicativas do seu bebê".

De fato, o ingrediente crucial para uma interação 'sadia' entre *caretaker* e bebê surdo é a capacidade por parte do *caretaker* de responder às ações e reações do bebê. É em consequência dessa capacidade por parte do *caretaker* que as ações e reações, inicialmente reflexivas, transformam-se em investidas comunicativas. Uma interação 'sadia' entre um bebê e o *caretaker* acontece naturalmente, intuitivamente, sem necessitar treinamentos. Não há como se esperar que uma relação assim natural com o bebê seja mantida quando o *caretaker* se vê forçado a estar constantemente alerta para as diferenças entre sua própria modalidade comunicativa (e crenças relativamente à linguagem, eu acrescentaria) e a de seu bebê (Cf. Spencer & Gutfreund, 1990). É por isso que tenho reservas com relação a trabalhos (como o de Bouvet, 1990) que sugerem que a utilização da língua de sinais por parte do *caretaker* é, por si só, a única e garantida maneira de se preservar a comunicação com o bebê após o diagnóstico.

Particularmente, partilho com Bouvet (1990) a crença de que a utilização da língua de sinais, desde os primeiros meses, é de extrema importância para o bebê surdo. Diferentemente, não estou tão convicta de que o fato, por si só, de se adotar a língua de sinais, necessariamente, resolva o problema de comunicação entre *caretaker*-bebê surdo criado pelo diagnóstico. A mera introdução da língua de sinais será insuficiente para a interação CO-BS, pois pesquisas mostram que "mesmo quando decidem utilizar a comunicação manual, os pais ouvintes continuam a operar predominantemente em um ambiente de linguagem auditório-verbal e, ou fracassam ao ajustar sua linguagem para torná-la visível para seu filho surdo, ou tentam fazer isso de maneira desajeitada e intrusiva" (Mohay, 2000:154). Parece-me, portanto, que tudo não passa de uma questão de postura comunicativa em relação ao bebê: independentemente da língua de sinais, há que se definir por uma postura predominantemente fonocêntrica ou não.

A "aceitação, interpretação e uso de gestos pelo adulto ouvinte serão suficientes para que a criança desenvolva uma comunicação gestual que será posteriormente modificada e aumentada na interação com outros interlocutores", colocou Pereira (1993:57. Grifo meu). Observe que não se trata da utilização da língua de sinais per se, mas de uma interação linguajeira que é basicamente ilocucional. A aceitação a que se refere Pereira é, de acordo com a leitura que faço de seu trabalho, fundamental para essa interação ilocucional, uma vez que é essa aceitação que vai garantir a qualidade da interação, pois, como nos alerta a autora (id., 65), "a imagem ou representação que a mãe tem da deficiência do filho vai responder não só pela forma de se comunicar com o mesmo como também vai refletir no desenvolvimento comunicativo da criança". Assim, muito mais importante do que simplesmente adotar a língua de sinais, os pais ou *caretakers* precisam ser capazes de "ampliar seus valores [valores que são geralmente fonocêntricos] o suficiente para, genuinamente, aceitarem qualquer que seja o estilo de vida que seu filho adotar" (Moses, 1985:101. Acréscimo meu).

A aceitação de que fala Pereira é também fundamental para formação do *attachment*, ou vínculo afetivo, entre *caretaker* e bebê surdo. É por isso que, apesar de não caber nesta tese a referência a questões puramente psicológicas, chamo a atenção para o fato de que não há indícios de diferenças entre bebê surdo e ouvinte com relação à formação do vínculo afetivo (Lederberg & Mobley, 1990; Lederberg & Prezbindowski, 2000). Com efeito, os experimentos indicam que os bebês surdos estabelecem o vínculo afetivo da mesma maneira e na mesma época que os bebês ouvintes. A garantia de um vínculo afetivo de qualidade é importante porque se sabe que bebês (surdos ou ouvintes) que têm esse vínculo assegurado têm mais iniciativa e respondem mais a investidas comunicativas que lhes são dirigidas, além de conseguirem se manter atentos por mais tempo (Cf. Lederberg & Prezbindowski, 2000). Ou seja, bebês que têm o vínculo afetivo assegurado estão mais propensos a uma interação 'sadia' que lhes pode proporcionar um desenvolvimento apropriado durante o período dos proto-jogos de linguagem. A formação ou não de um vínculo afetivo de qualidade é, portanto, um elemento importante a ser levado em consideração nos estudos acerca do bebê surdo. É importante, principalmente, porque é sabido que a qualidade do vínculo afetivo inicial depende mais das características maternas (ou do *caretaker*) que das do bebê (Cf. Ainsworth et al., 1978). Assim, corroborando o que venho colocando aqui, relativamente ao papel do *caretaker* para o desenvolvimento como um todo do bebê, "pesquisas sugerem que a garantia do vínculo afetivo está relacionada com a sensibilidade da mãe relativamente às necessidades e sinais do neonato/bebê" (Ainsworth et al., 1978. Apud. Lederberg & Mobley, 1990:1597).

Considerando a importância da interação para a formação do vínculo afetivo e, conseqüentemente, para o desenvolvimento do bebê como um todo, é pertinente se perguntar se vale a pena colocar a relação *caretaker*-bebê em risco com o diagnóstico precoce em larga escala (*universal screening*). É claro que, na maioria dos casos, o resultado do exame é negativo. Há, naturalmente, muitos casos em que o resultado é positivo, mas, como nenhum diagnóstico em neonatos pode ser tomado como definitivo, há uma incidência muito grande de falsos-positivos (Cf. Russo & Santos, 1994; Paradise, 1999). Nos casos em que o diagnóstico é definitivamente positivo, a interação *caretaker*-bebê corre o risco de ficar comprometida numa fase da vida do bebê em que a fala (em sua faceta puramente oral-auditiva) não faz falta. Ironicamente, a constatação de que o resultado de um diagnóstico é falso-positivo não necessariamente significa que a qualidade da interação está salva-guardada. Infelizmente, durante o período que compreende o momento do recebimento do suposto resultado positivo e a reversão desse resultado, geralmente vários meses, a interação *caretaker*-bebê já terá sido maculada. Terá sido maculada, pois, como vimos, o diagnóstico provoca uma desestabilização profunda na família e a relação com o bebê acaba permeada de angústia, frustração e ansiedade. E o que é mais importante, a interação *caretaker*-bebê terá sido maculada durante um período da vida do bebê (o período dos proto-jogos de linguagem, que corresponde aos

primeiros 8 – 9 meses) o qual não apenas é delicado como crucial para o desenvolvimento linguajeiro e afetivo do bebê.

Enfim, o período dos proto-jogos de linguagem é crucial para o desenvolvimento linguajeiro e afetivo do bebê, seja ele ouvinte ou surdo. É durante esse período que o bebê desenvolve, através da interação com o *caretaker*, os mecanismos básicos que moldarão os futuros usos de linguagem. Essa relação *caretaker*-bebê, que vai promover a emergência dos proto-jogos de linguagem, é permeada por um amálgama sensorial, ou seja, não depende e não é comandada por um sistema sensorial específico – a audição, por exemplo. Não faz sentido supor, portanto, que o neonato surdo, pelo fato de ser desprovido de capacidade auditiva, esteja em situação diferente em relação à linguagem comparativamente ao neonato ouvinte. Não há por que julgar como diferente o bebê surdo quando este, assim como o ouvinte, interage com seu *caretaker* durante o período dos proto-jogos de linguagem por meio de um amálgama sensorial. O bebê não depende da audição para interagir. Não precisa discriminar sons da fala para se comunicar. Se depender do bebê, surdo ou ouvinte, a interação com o *caretaker* ocorrerá naturalmente. Se há um elemento variável na interação, esse elemento é o *caretaker*. É variável em virtude de sua performance interacional ter o poder de imprimir ou retirar qualidade à relação. Conclui-se, então, que bebês portadores de surdez congênita profunda e ouvintes se encontram na mesma situação em relação à linguagem durante o período dos proto-jogos de linguagem, pois interagem, essencialmente, da mesma maneira com seus *caretakers*.

BIBLIOGRAFIA

- AINSWORTH, M.D.S. et al. (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- BATESON, M.C. (1975). Mother-Infant Exchanges: The Epigenesis of Conversational Interaction. In: D. Aaronson e R. W. Rieber (Eds.), *Developmental Psycholinguistics and Communication Disorders*. Annals of The New York Academy of Sciences, 263. New York: The New York Academy of Sciences. 101-113.
- BOUVET, D. (1990). *The Path to Language - Bilingual Education for Deaf Children*. Clevedon: Multilingual Matters.
- CANFIELD, J.V. (1993). "The Living Language: Wittgenstein and the Empirical Study of Communication." *Language Science* 15 (3): 165-193.
- _____. (1995). "The Rudiments of Language." *Language and Communication - An Interdisciplinary Journal* 15 (3): 195-211.
- _____. (1997). Wittgenstein's later philosophy. In: J.V.Canfield (Ed.), *Philosophy of Meaning, Knowledge and Value in the Twentieth Century*. London and New York: Routledge. X: 247-284.
- KOESTER, L.S. et al. (2000). Intuitive Parenting, Communication, and Interaction with Deaf Infants. In: P.E. Spencer, C.J. Erting & M. Marschark (Eds.), *The Deaf Child in the Family and at School*.

Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans. Mohwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers: 55-71.

- LEDERBERG, A.R. & MOBLEY, C.E. (1990). "The Effect of Hearing Impairment on the Quality of Attachment and Mother-Toddler Interaction." *Child Development* 61 (5): 1596-1604.
- LEDERBERG, A.R. & PREZBINDOWSKI, A.K. (2000). Impact of Child Deafness on Mother-Toddler Interaction: Strengths and Weaknesses. In: P. E. Spencer, C. J. Erting & M. Marschark (Eds.), *The Deaf Child in the Family and at School. Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans*. Mohwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 73-92.
- LEVINE, S. (1969). Infantile Stimulation: A Perspective. In: A. Ambrose (Ed.), *Stimulation in Early Infancy*. Londres, Nova York, Academic Press: 3-19.
- _____. (1981). *The Ecology of Early Deafness: Guides to Fashioning Environments and Psychological Assessments*. New York: Columbia University Press.
- MEADOW, K.P. et al. (1981). "Interactions of deaf mothers and deaf preschool children: Comparisons with three other groups of deaf and hearing dyads". *American Annals of the Deaf*, 126: 454-568.
- _____. (1990a). Research on Developmental Aspects of Deafness. In: D. F. Moorres e K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and Developmental Aspects of Deafness*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press. 283-297.
- _____. (1990b). The Impact of Childhood Hearing Loss on the Family. In: D. F. Moorres e K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and Developmental Aspects of Deafness*. Washington, DC: Gallaudet University Press. 321-338.
- MOHAY, H. (2000). Language in Sight: Mothers' Strategies for Making Language Visually Accessible to Deaf Children. In: P. E. Spencer, C. J. Erting & M. Marschark (Eds.), *The Deaf Child in the Family and at School. Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans*. Mohwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 151-166.
- MOSES, K.L. (1985). Infant Deafness and Parental Grief: Psychosocial Early Intervention. In: F. Powel et al. (Eds.), *Education of the Hearing Impaired Child*. San Diego: College-Hill Press. 85-102.
- PARADISE, J.L. (1999). "Universal Newborn Hearing Screening: Should we leap before we look?" *Pediatrics* 103 (3): 670-672.
- PEREIRA, M.C. (ed.) (1993). Ontogênese da Comunicação Gestual em Crianças Deficientes Auditivas, Filhas de Pais ouvintes. In: M.C. Moura; A. C. B. Lodi, M.C. C. Pereira (Eds.), *Língua de Sinais e Educação do Surdo*. Série de Neuropsicologia, vol. 3. São Paulo: Tec. Art. 56-66.
- ROBINSHAW, H.M. (1995). "Early Intervention for Hearing Impairment: Differences in the timing of communicative and linguistic development." *British Journal of Audiology* 29: 315-334.
- RUSSO, I.C.P. & SANTOS, T.M.M. (1994). *Audiologia Infantil*. 4 Ed. São Paulo: Cortez Editora.
- SCHLESINGER, H.S. & MEADOW, K.P. (1972). *Sound and sign: Childhood deafness and mental health*. Berkeley: Univ. Of California Press.
- SCHLESINGER, H.S. (1985). Deafness, Mental Health, and Language. In: F. Powel et al. (Eds.), *Education of the Hearing Impaired Child*. San Diego: College-Hill Press. 103-116.
- _____. (1988). Questions and Answers in the Development of Deaf Children. In: M. Strong (Ed.), *Language Learning and Deafness*. Cambridge: Cambridge University Press. 261-291.

- SCHUYLER, V. & RUSHMER, N. (1987). *Parent-Infant Habilitation: A Comprehensive Approach to Working with Hearing-Impaired Infants and Toddlers and Their Families*. Portland: IHR Publications.
- SOUZA, R.M. de. (1996). Linguagem, Pensamento e Dinamismo Afetivo: Algumas Reflexões a Partir da Atuação Clínica com Adolescentes Surdos. In: Ciccone (Ed.), *Comunicação Total: Introdução – estratégias. A Pessoa Surda*. 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 32-42
- SPENCER, P.E. & GUTFREUND, M.K. (1990). Directiveness in Mother-Infant Interactions. In: D. F. Moores e K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and Developmental Aspects of Deafness*. Washington, DC: Gallaudet University Press. 350-365.
- SPITZ, R.A. (1988). *O Primeiro Ano de Vida: Um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. (Trad. Erothildes M. B. da Rocha) Coleção Psicologia e Pedagogia. São Paulo: Martins Fontes.
- STARK, R.E. (ed.) (1977). *Sensory Capabilities of Hearing-Impaired Children*. Baltimore: University Park Press.
- SWISHER, M.V. (2000) Learning to converse: How Deaf Mothers Support the Development of Attention and Conversational Skills in Their Young Deaf Children. In: P. E. Spencer, C. J. Erting & M. Marschark (Eds.), *The Deaf Child in the Family and at School. Essays in Honor of Kathryn P. Meadow-Orlans*. Mohwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 21-39.
- YOSHINAGA-ITANO, C. & APUZZO, M.L. (1998 a). "The Development of Deaf and Hard of Hearing Children Identified Early Through the Righ-Risk Registry." *American Ann. of the Deaf* 143 (5): 416-424.
- YOSHINAGA-ITANO, C. & APUZZO, M.L. (1998 b). "Identification of Hearing Loss After the Age 18 Months is not Early Enough." *American Ann. of the Deaf* 143 (5): 380-387.