

**Saúde Mental dos Profissionais na Reabilitação de Bebês com
Mielomeningocele**

**Mental Health of Professionals in the Rehabilitation of Babies with
Myelomeningocele**

**Salud Mental de Profesionales en la Rehabilitación de Bebés con
Mielomeningocele**

Francisco Alves Lima Neto

Estudante da Faculdade Pernambucana de Saúde

Mariana Knecht de Miranda

Estudante da Faculdade Pernambucana de Saúde

Vanessa Nazário Cordeiro

Docente de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde

Tathyane Gleice da Silva Lira

Docente de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde

Resumo:

Introdução: Esta pesquisa qualitativa estabeleceu uma interseção entre conceitos psicanalíticos e sistêmicos, tematizando a saúde mental de profissionais de saúde de Centros Especializados de Reabilitação, ao realizarem Estimulação Precoce em bebês com mielomeningocele. Objetivo: Analisar narrativas biográficas de profissionais de saúde que atendem bebês com mielomeningocele em um Centro de Reabilitação em Pernambuco. Método: Entrevistas em profundidade foram submetidas à Análise de Conteúdo. Resultado e Discussão: Três profissionais narraram sobre o funcionamento e as vivências do Programa de Estimulação Precoce; Ser Profissional de Saúde diante do bebê com Mielomeningocele; Dádivas, Exigências e Apelos na Prática de Cuidado; e Recursos Psíquicos de Autocuidado. Conclusão: Ainda que os profissionais apresentassem competências, habilidades e atitudes condizentes com a promoção em saúde no começo da vida, demandas dos sistemas familiares e exigências psíquicas inconscientes do trabalho junto aos bebês impactavam em sua saúde emocional. Alerta-se para a importância de que os Centros de Reabilitação também cuidem do cuidador.

Palavras-chave: Mielomeningocele; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Centros de Reabilitação

Abstract:

Introduction: This qualitative research intersects psychoanalytic and systemic concepts, focusing on the mental health of health professionals from Specialized Rehabilitation Centers, when performing Early Stimulation in babies with myelomeningocele. Objective: To analyze biographical narratives of health professionals who take care of babies with myelomeningocele in a Rehabilitation Center in Pernambuco. Method: In-depth interviews were submitted to Content Analysis. Results and discussions: Three professionals narrated about: The Early Stimulation Program; Functioning and Experiences; Being a Health Professional in sight the baby with Myelomeningocele; Gifts, Demands and Appeals in the Practice of Care; and Psychic Self-Care Resources. Conclusion: Even though the professionals had competences, skills and attitudes consistent with health promotion at the beginning of life, demands from family systems and unconscious psychic demands of working with babies had an impact on the emotional health of these professionals. It is alerted to the importance that the Rehabilitation Centers also take care of the caregiver. Keywords: Myelomeningocele; Mental Health; Occupational Health; Rehabilitation Centers.

Resumen:

Introducción: Esta investigación cualitativa cruza conceptos psicoanalíticos y sistémicos, enfocándose en la salud mental de los profesionales de la salud de los Centros de Rehabilitación Especializados, al realizar la Estimulación Temprana en bebés con mielomeningocele. Objetivo: Analizar las narrativas biográficas de los profesionales de la salud que atienden a bebés con mielomeningocele en un Centro de Rehabilitación de Pernambuco. Método: Las entrevistas en profundidad se sometieron a Análisis de contenido. Resultados y discusiones: Tres profesionales narraron sobre: El Programa de Estimulación Temprana: Funcionamiento y Experiencias; Ser un profesional de la salud frente al bebé con mielomeningocele; Obsequios, demandas y apelaciones en la práctica del cuidado; y recursos de autocuidado psíquico. Conclusión: si bien los profesionales tenían competencias, habilidades y actitudes acordes con la promoción de la salud al inicio de la vida, las demandas de los sistemas familiares y las demandas psíquicas inconscientes de trabajar con bebés incidieron en la salud emocional de estos profesionales. Alertamos sobre la importancia de que los Centros de Rehabilitación también atiendan al cuidador.

Palabras clave:: Mielomeningocele; Salud Mental; Salud Laboral; Centros de Rehabilitación

Introdução:

Esta pesquisa foca a Saúde Mental do Profissional de Saúde que trabalha com a estimulação precoce em bebês com Mielomeningocele. Nesse contexto, a pesquisa qualificou-se no campo da Psicologia da Saúde, com enfoque interdisciplinar, pensando a saúde de quem cuida de um usuário no começo da vida. Este estudo destaca-se por tratar o tema pela interseção entre conceitos psicanalíticos e sistêmicos, aceitando suas divergências e reconhecendo suas aproximações. Esse diálogo se estabeleceu centrado na historicidade da vida e no trabalho de profissionais de saúde que se mobilizam para o cuidado integral de bebês com essa deficiência tão impactante.

As diferentes realidades socioeconômicas e culturais interferem diretamente no que conhecemos por deficiência, sendo esta marcada por lutas a favor da visibilidade e da qualidade da assistência prestada. A pessoa com deficiência teve então sua trajetória atravessada por preconceitos e desprestígios sociais. Porém, com o decorrer dos anos, passou então a existir um movimento de desconstrução de estigmas, através de lutas anticapacitistas, implantações e implementações de políticas públicas que assegurem seus direitos e projetos de lei que visem sua autonomia e segurança (Moisés & Stockmann, 2020).

Os primeiros investimentos no trabalho de reabilitação da pessoa com deficiência surgiram no Brasil, na década de 1950, após a epidemia de poliomielite. Através de uma iniciativa governamental, foram promovidos tratamentos terapêuticos de reabilitação como forma de aumentar a força produtiva do país (Cardozo, 2017). A pessoa com deficiência passa a ser amparada pela Política Nacional de Saúde à Pessoa com Deficiência (PNSPD), nascendo um novo paradigma de cuidado centrado na autonomia e no protagonismo do sujeito, por meio de estratégias de habilitação e reabilitação. Foram implementados os Centros Especializados em Reabilitação - CER.

Referência na Rede de Atenção à Saúde, estes centros assistem pessoas com deficiências auditivas, físicas, intelectuais e/ou visuais, conforme suas necessidades de saúde e os serviços oferecidos. São compostos por equipes interprofissionais e interdisciplinares atuantes em Projetos Terapêuticos Singulares, que incluem o envolvimento direto entre o paciente, sua família e a equipe de saúde (Brasil, 2012). Ao assistirem a população inserida nos quatro perfis de deficiência acima são chamados de CER-IV, local onde se encontrou o nicho desta pesquisa.

Ao se tornarem usuários de um CER-IV, os bebês são considerados como uma pessoa no começo da vida, inserida no contexto familiar e comunitário, inscrito em uma rede socioafetiva. Frente à alta demanda de serviços voltados à Primeira Infância (0 a 3 anos de idade), é comum os CER-IV traçarem intervenções terapêuticas interprofissionais, de forma precoce, levando em conta a importância de se considerar a plasticidade cerebral e o período sensível nas práticas de estimulação ao desenvolvimento infantil (Brasil, 2012).

Formalizou-se em 2016 o Programa de Estimulação Precoce - PEP, resultante do compilado de diretrizes do Ministério da Saúde voltadas à assistência integral na Primeira Infância. O PEP foi criado com objetivo de tornar viável a inclusão social, autonomia e promoção das capacidades funcionais da criança (Oliveira et. al., 2019). É nesse espaço de interação interprofissional que bebês e familiares constroem vínculos terapêuticos longitudinais, uma vez que o trabalho é conduzido pela tríade profissional-família-paciente, para um itinerário terapêutico assertivo, ético e humanizado (Brasil, 2016).

Uma das patologias presentes em bebês que são atendidos no Programa de Estimulação Precoce é a Mielomeningocele (MMC), também conhecida como Espinha Bífida, tendo esta uma incidência no Brasil, de 7 para cada 10.000 bebês nascidos vivos no Brasil. No período de 2014 a 2018, segundo Brasil (2020), nasceram no Nordeste 906 bebês

com esta malformação congênita, o equivalente a 26,6% dos nascidos vivos com Espinha Bífida no país. Esta região assumiu a colocação de 2º lugar, depois do Sudeste, onde nasceram 1567 (46%) bebês nesta condição.

O defeito originário da MMC dá-se devido a uma fechamento incompleto parcial ou total do tubo neural do bebê durante o período embrionário. esta forma, devido a esta abertura, a meninge e medula espinhal permanecem expostas ao líquido amniótico da cavidade uterina. Há indícios de que o maior fator de risco para a malformação do tubo neural se dê devido a fatores genéticos e ambientais, bem como adesão tardia ao pré-natal, deficiência de ácido fólico e de vitaminas. O bebê que nasce com esta deficiência pode vir a apresentar limitações como paralisia de membros, hidrocefalia, malformação da coluna vertebral e dos membros, incontinência urinária, intestinal e dificuldades de aprendizagem (Campos, Souto & de Sousa Machado, 2021).

Faz-se necessária uma equipe qualificada para a assistência do bebê com MMC. Estes profissionais, por sua vez, munidos de suas próprias experiências são atravessados pela vida e trajetória de tratamento destes bebês. Segundo Golse (2003), ao atenderem recém-nascidos, os terapeutas revisitam os bebês que eles foram um dia, ativando seus fantasmas parentais, o que é exaustivo. Este psicanalista especifica a relação entre o bebê e seu analista. Entretanto, é compatível supor esse jogo inconsciente nos atendimentos dos bebês com outros profissionais do cuidado integral no começo da vida. Desta forma, cada vez que este adulto se coloca no lugar de cuidado deste bebê, é instituída entre eles uma interação iminente específica. Este estilo interativo é fruto de toda sua existência, isto é, ao trabalhar com o bebê, o adulto transmite que o ele mesmo foi, e o bebê, por sua vez, conta a história de seus primeiros encontros interativos.

Em alusão à teoria de Golse (2003), a depender da demanda de cada bebê e seus pais, o profissional pode vir a assumir uma bissexualidade, ora exercendo uma função materna, ora uma função paterna. Aliás, os bebês necessitam disso. É possível compreender que o encontro entre o profissional de saúde e o bebê se dá como um espaço de narrativas, através das quais essa história relacional permite ao bebê ocupar o lugar de interlocutor do atendimento, antecipando no bebê a sua condição de sujeito. Esta postura assumida pelo profissional de saúde pode fazer efeito tanto no processo de constituição psíquica do bebê, bem como na qualidade das relações parentais.

Exaltar a potencialidade de transformação psíquica a partir da interação com o outro, também é relevante ao pensamento sistêmico. Para Boscolo et. al. (2018), o encontro entre o terapeuta e seu cliente, por exemplo, é permeado pelas premissas, preconceitos e teorias do terapeuta, que são norteadores quando o mesmo orienta e delimita seu campo de observação. É possível pensar que inaugurando esse novo sistema de cuidado ao bebê, terapeuta-bebê-cuidador, a comunicação e as ações terapêuticas serão construídas pelo contexto de vida da tríade, capaz de existir somente na relação intersubjetividade (Vasconcellos, 2013).

Lidar com este público e com todas as demandas emocionais e intersubjetivas que ele requer, é uma das questões a serem elaboradas por aquele que escolhe atuar nesta área. O profissional pode construir laços e estabelecer vínculos que facilitam o processo terapêutico do bebê, ou se tornam geradores de sofrimento psíquico e emocional para este profissional (Camponogara, 2020).

A saúde mental do profissional de saúde, relaciona-se à pressão frente a tomada de decisões sobre a saúde do outro; às respostas emocionais de todos os envolvidos no processo, sejam os pacientes e familiares ou os próprios profissionais; à alta demanda de trabalho; aos

prazos para execução de tarefas; também à interação e dinâmica funcional da equipe na qual esse profissional está inserido. Além do ambiente laboral, o vínculo construído pode vir a desencadear fenômenos psicossociais, associados à realizações individuais, autonomia e autoestima nos terapeutas (Pereira, 2021).

É relevante à prática psicológica no campo da saúde pública tornar visível a referida temática. Haja vista a necessidade do olhar interdisciplinar, que interessa à Psicologia da Saúde, assim como uma escuta qualificada e sensível aos seus pares, visando colaborar com uma melhor oferta de cuidado (Angerami, 2014).

Em síntese, a promoção de saúde integral aos usuários do CER-IV, incluindo nisso os bebês com MMC, tem sido defendida por via de práticas humanizadas que se orientam pela tríade paciente-família-equipe. Tornou-se óbvio que são as ações de cuidado integral que viabilizam a protagonização dos pacientes, quando participativos inclusive das decisões da equipe de saúde e dos objetivos terapêuticos. Contudo, não se identificou em artigos científicos atuais, nem nos documentos que regem os Centro de Reabilitação ações específicas voltadas ao cuidado da saúde mental do trabalhador que atende esses bebês com deficiência.

Mobilizando-se por esta problemática ainda não respondida na literatura científica, esta pesquisa indaga, como compreender a saúde mental dos profissionais de saúde através de suas narrativas de história de vida no trabalho, frente ao atendimento de bebês com mielomeningocele no PEP de um CER-IV? Neste escopo, o estudo teve como objetivo geral: Analisar as narrativas biográficas de profissionais de saúde que acompanham bebês com mielomeningocele no PEP de um CER-IV de um hospital-escola de Pernambuco. E como objetivos específicos: 1) Descrever as práticas do cotidiano dos profissionais de saúde do

Programa de Estimulação Precoce; 2) Descrever sentimentos e ideias dos profissionais de saúde do CER-IV em relação aos bebês com mielomenigocele e seus familiares.

Método:

Por seu desenho qualitativo, esta pesquisa se utilizou do aporte teórico-metodológico de narrativas biográficas (Sangalli & Rinaldi, 2018). No estudo qualitativo, o pesquisador compreende os fenômenos emergentes de modo a aprofundá-los em suas singularidades (Sangalli & Rinaldi, 2018). Nos relatos biográficos, os sujeitos contam histórias vividas, nem sempre obedecendo uma ordem cronológica dos acontecimentos. Eles cometem equívocos, omissões, reinventando a realidade. A realidade vivida é contada por influência de afetos e interpretações que o narrador estabelece de forma singular, revelando a vida compartilhada (Souza, 2017).

Participaram profissionais de saúde que atendiam a bebês com MMC no PEP de um CER-IV integrado em um hospital-escola de referência de Pernambuco. Eles foram escolhidos por conveniência, sendo de diferentes áreas de atuação, na condição de que acompanhassem bebês com o diagnóstico de MMC no PEP. Foram excluídos os participantes que trabalhavam há menos de um semestre neste serviço.

Utilizou-se de entrevistas em profundidade, individuais e audiogravadas. Partiu-se de uma pergunta disparadora, a qual solicitava a narrativa sobre a rotina de trabalho no CER-IV. As perguntas seguintes seguiram conforme a proposta da entrevista aliada aos objetivos da pesquisa. Após transcritas, as entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo (Minayo, 2014).

Vale salientar que, devido à situação atual da Pandemia da COVID-19, as entrevistas aconteceram na modalidade on-line, através da Plataforma de Telessaúde utilizada pelo hospital de referência. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), e seu Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) foi 40849320.7.0000.5201. Os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, por questões éticas, os profissionais tiveram seus nomes substituídos por nomes fictícios.

Resultados e Discussão:

Edna, May e Pepper foram as três profissionais de saúde participantes deste estudo, ao compartilharem suas histórias de vida no trabalho. Foram notórias suas competências, habilidades e atitudes tão imprescindíveis aos trabalhadores da saúde, além disso, evidenciaram as exigências psíquicas que os bebês direcionaram para esses profissionais. Este achado demarcou a maior relevância deste estudo orientado pela ótica interdisciplinar entre Psicologia da Saúde, Saúde Pública e a Política da Pessoa com Deficiência. Tal discussão pode ser estabelecida através de quatro categorias temáticas: 1) Programa de Estimulação Precoce: funcionamento e vivências; 2) Ser Profissional de Saúde diante do Bebê com Mielomeningocele; 3) Dádivas, Exigências e Apelos na Prática de Cuidado e 4) Recursos Psíquicos de Autocuidado.

Programa de Estimulação Precoce: Funcionamento e Vivências

Esta análise seguiu por via do diálogo entre conceitos psicanalíticos e sistêmicos. Contudo, a qualidade dos conteúdos manifestados nas narrativas das profissionais sobre o funcionamento do PEP, pareceu mais apropriado concentrar aqui, nesta categoria temática,

apenas a leitura sistêmica. Não há impossibilidade para a psicanálise contribuir com uma leitura sobre os jogos inconscientes que se dão na relação do profissional com seu trabalho. No entanto, escolheu-se visibilizar a rede complexa que atravessa o serviço e as falas das profissionais a partir da compreensão sistêmica.. Assumindo a noção de sistema como um agrupamento de elementos complexos que estão em relação, que segundo Vasconcellos (2018) carrega como características centrais a totalidade e a organização. Ao ser composto por seres vivos em uma dinâmica relacional, o PEP é o que se chama de sistema aberto, onde ocorrem trocas simultâneas entre os profissionais de saúde de várias especialidades, os bebês e suas famílias. Vale a pena salientar que, segundo Bertalanfly (1967; 1968, citado por Vasconcellos, 2018), os sistemas abertos realizam trocas intra e intersistêmicas, além de assumirem posturas de codependência e de dinamicidade entre seus membros. Como é possível observar no relato abaixo:

"Nosso perfil é bem amplo (...). A maioria, de fato, entra (...) Poucas não ficam, e daí ele (o bebê) é encaminhado pra outra parte da porta de entrada. [...] Quando são crianças menores do que seis meses, elas vão pra uma avaliação interdisciplinar específica do Programa de Estimulação Precoce."

De acordo com as narrativas de May, foi possível compreender que a triagem feita no Centro de Reabilitação engloba vários aspectos do desenvolvimento do bebê, direcionando-o a suas diversas terapias, conforme suas necessidades específicas de tratamento, habilitação e reabilitação. Nesse contexto, ela complementou que o perfil dos usuários é diverso, o que indicou corresponder com a política brasileira de atendimento dos CER-IV (Brasil, 2016):

Através de um olhar sistêmico, quando May se referiu que o perfil é amplo e que a maioria entra no PEP, é possível compreender que este corresponde a um sistema com

fronteiras fluidas, afinal, a maior parte daqueles bebês que chegam à triagem tem a possibilidade de compor este sistema. De acordo com Lazzari, Ferrari e Zacharias (2018), as fronteiras são as regras que definem os participantes de cada sistema e sua forma de atuação nesta dinâmica. Em relação aos bebês que são direcionados para o PEP, esta mesma profissional destacou observar no seu cotidiano a presença de vários deles com MMC, muito embora este Programa não seja exclusivo para os mesmos. Ela cogitou que isso revelava a importância do diagnóstico precoce: “a gente ter uma proporção de crianças com mielomeningocele maior é porque o diagnóstico da mielomeningocele é muito precoce. A grande maioria das mães tem o diagnóstico ainda intra-útero”. Segundo Tavares et. al. (2021), os avanços da medicina têm potencializado os serviços de reabilitação nos casos de MMC, quanto mais cedo diagnosticado e iniciado o tratamento, melhores são os impactos positivos em sua saúde integral. Isso importa até mesmo, para que as crianças possam ser estimuladas de acordo com seus limites e possibilidades, viabilizando as potencialidades do bebê.

Desta forma, o PEP se configurava-se como uma estratégia adotada pelo CER para dispor de uma assistência adiantada e eficaz aos bebês, uma vez que a literatura científica comprova que a estimulação precoce é eficaz no desenvolvimento do bebê (Tavares et. al., 2021).

Ao considerar o PEP como um sistema aberto, assumimos que o mesmo experimenta uma dinâmica dotada de continuidades e discontinuidades, expressa nos comportamentos de seus membros. Essa dinâmica no serviço é capaz de levar à rupturas, a organizações, mas também a reorganizações (Vasconcelos, 2018).

Na fala de Pepper, é possível perceber como o serviço atua já nos primeiros meses, e até dias de vida do bebê, possibilitando assim uma otimização do seu tratamento e do seu desenvolvimento. Ela disse: “a gente pega desde o bebezinho né... chega recebendo desde 1

mês, ou às vezes até com dias (...), tenho criança com 3 anos com mielo ainda em acompanhamento, então a gente tem o acompanhamento desde bebezinho até os maiores.” Trata-se da longitudinalidade do cuidado e de um trabalho de uma clínica a tempo, através da qual o PEP se movia pelo objetivo de promover qualidade de vida e existência psíquica aos bebês com MMC.

Ao que se observou no conjunto das entrevistas, os familiares, os profissionais de saúde e todo o sistema CER-IV se mobilizava para a conquista da autonomia desses bebês. Nem sempre, o desejo de que o recém-nascido ande era alcançado, mas outras conquistas eram igualmente significantes para a família e para o próprio bebê, como pode ser visto na fala de Pepper: “Um exemplo de uma mãe que, com muito tempo, ela trouxe pra mim, que a melhor felicidade dela é que a filha dela tinha aprendido a sorrir.”

Em contrapartida, devido à grande demanda de bebês com MMC que buscavam o serviço, muitas vezes, os tratamentos precisavam ser descontinuados, como pode ser percebido ainda na narrativa desta profissional: “Se a gente sente que tudo que a gente tá pedindo, que a gente tá orientando não é posto em prática, essa criança de certa forma vai sendo interrompida do tratamento”. O relato parece manifestar que o que mantém a prática de cuidado e o tratamento é a evidência de resultados no desenvolvimento, como se observa em “Se a gente ‘sente’” (sic). Quando o sistema formado por terapeuta, equipe e família percebia mudanças e adaptações dentro do período de tempo esperado, parecia haver nisso uma suposta garantia da continuidade do tratamento. Por outro lado, se esse sistema não manifestava mudança, ou seja, não se observava progresso nas respostas do bebê devido à não adesão da família aos tratamentos, ao não cumprirem com os exercícios de estimulação propostos, a equipe de saúde parece reagir com um aparente desinvestimento gradual na oferta das terapias para este bebê. Pepper assim verbalizou: “Você chegar pra uma família e

dizer “oh, eu acho que essa criança não vai poder continuar em acompanhamento, porque não tô tendo retorno da família (...) por não investimento da família ou por abandono de terapia”

Este mecanismo regulador - suposto a partir da análise interpretativa das narrativas - pareceu ser reativo às complexidades do funcionamento sistêmico do serviço, como forma de garantia da sobrevivência do sistema e preservação de seu propósito. Ainda assim, possibilita refletir que todos os fenômenos intrassistêmicos se dão por meio de co-participação dos membros, sendo preciso destacar que a falta de engajamento familiar não tem causa unilateral. Essas afetações podem ser analisadas por via de uma lógica complexa, incluindo contradições inerentes ao funcionamento do serviço (Vasconcellos, 2018).

Percebeu-se que os afetos das terapeutas poderiam estar sendo influenciados por seus próprios ideais de noção de família, suas representações maternantes, bem como os discursos políticos dominantes em torno da saúde da criança. Cobranças institucionais de produtividade frente às demandas da assistência podem ser influenciadoras destas questões. Os CER IV são Centro Especializados em Reabilitação, por isso tem uma forma de atuação diferente da rede primária de saúde, tendo seu foco na reabilitação e habilitação e não na manutenção de tratamento. Mas em termos práticos e institucionais nem sempre isso consegue ser aplicado, como é relatado por Pepper, “a gente sente, principalmente (...) aqueles pacientes que a gente tá investindo mais (...) que tem potencial, mas infelizmente a gente tem que olhar com olhar clínico e com olhar de um local onde a gente tem outras muitas crianças esperando”.

Condutas de um cuidado empático estiveram presentes ao perceber posturas que não colocam à prova as competências familiares, tendeu-se atribuir a uma questão institucional, a fim de justificar o motivo do desligamento. Assim expressou Pepper: “A gente nunca (...) foi assim: “(...) você tá afastada”. A gente sempre conversa, tenta resolver toda uma situação, se

vê que realmente não dá pra dar continuidade, aí infelizmente essa criança não consegue mais acompanhamento.”

Notou-se, a partir da narrativa das profissionais, como as trocas interativas estavam presentes na rotina do PEP. Esse movimento de interações entre os profissionais, os bebês e as famílias é o que animava o funcionamento do serviço como um sistema. O olhar das terapeutas para o bebê e sua família de forma individualizada, compreendendo sua dinâmica e estrutura familiar é algo que possibilita um tratamento voltado para as demandas daquele bebê, considerando suas nuances e demandas específicas.

Nesta narrativa de Pepper: “A gente também tem a parte de avaliação com a família, de entender um pouco a rotina da criança, dinâmica familiar, interação com outras crianças, interação com brinquedo, interação com o ambiente de casa como um todo.” Além do espaço de troca do profissional-família, compreendeu-se então como este ambiente de convivência e troca interpessoal pode influenciar, de forma positiva, tanto o vínculo construído com bebê e seus familiares, quanto o da própria equipe entre si. Segundo Edna, “por mais que fique tão cheio o ambiente, o ginásio fica lotado de tanto terapeuta mas assim, essa troca é tão importante porque justamente existe essa conexão entre a gente né, nessa percepção de como é que tá essa família, como é que tá essa criança, então a gente se ajuda muito estando todo mundo nesse mesmo espaço físico”. Como indicou também esta fala de Edna “quando ela troca um olhar, que a gente firma um olhar muito firme com a criança, uma empatia”.

Analisando as histórias contadas pelas profissionais, considerando o que Vasconcellos (2018) afirma sobre a dinâmica interrelacional de um sistema, foi possível compreender que o PEP funcionava ao estilo da mutualidade das relações estabelecidas entre seus objetos (profissionais, bebês e familiares). Em múltiplas dimensões sistêmicas, observaram-se os modos de interação das pessoas envolvidas nele.

Identificou-se então a valorização dos profissionais frente ao trabalho em conjunto e sintonizado da equipe, no qual, supostamente, promovia melhores resultados do investimento profissional, além de um melhor suporte para o bebê assistido pelo serviço. Também foi visto nas narrativas das profissionais como este espaço de troca possibilita às mães construir entre si uma rede de apoio. Na fala de May é possível identificar as trocas existentes entre as mães desses bebês: “Então às vezes elas vem com a ideia... já começam pesquisas né, já começam a conversar, muitas entram em grupos com outras mães.”

Com esta categoria, pode ser percebida como a dinâmica do PEP funciona como um sistema vivo composto por seus integrantes e como este fluxo influencia e atravessa a vida tanto dos usuário do serviço, quanto equipe, promovendo troca e interação entre ambos, que se afetam mutuamente e co-constroem a coesão do serviço. As profissionais, por sua vez, se utilizavam das suas competências enquanto atuantes da área da saúde para que, desta forma, a promoção de cuidado e de vida para esse bebê se desse de forma humanizada e eficiente, como foi percebido em suas narrativas agrupadas na categoria a seguir.

Ser Profissional de Saúde diante do Bebê com Mielomeningocele:

Esta categoria surgiu a partir das narrativas das profissionais através das quais se pode observar capacidade de comunicação, manejo com os bebês, competências como conhecimentos, habilidades e atitudes e como estas repercutem no cuidado com o bebê com MMC e sua família (Souza, 2017). Essas capacidades além de serem desenvolvidas na formação teórica, foram também adquiridas na própria vivência prática de atendimentos, como pode ser visto na fala de Edna, “são muitos cursos que a gente faz ao longo de tanto tempo, mas acima de tudo são muitos pacientes que passam pela gente e cada paciente, a gente aprende muito com eles”.

Tornou-se evidente a partir do que foi trazido pelas profissionais a necessidade de um trabalho inicial com estas famílias, para que se tornem agentes ativos e coparticipantes do processo terapêutico de seus bebês. Isso foi percebido na narrativa de May ao falar que “se a gente sente que a família não chega segura, a gente primeiramente precisa trabalhar esse aspecto, porque ela é a parceira da gente”. Edna também relata que “eu não explico apenas a ela, eu explico pra criança, vou falando para criança, olhando a criança (...) e vou explicando para criança e a mãe de fato vai compreendendo”.

No processo terapêutico, faz-se necessário o investimento da família na potencialidade desse bebê. Ela é o primeiro sistema no qual o bebê se insere, caracteriza-se como um sistema natural, que através do tempo desenvolve padrões de interação, os quais governam o funcionamento dos membros. A família passa a ser extremamente necessária para o processo de reabilitação do bebê, uma vez que o mesmo é visto como parte de um todo mais amplo e ainda iniciará o processo de individuação dentro do grupo familiar (Minuchin & Fishman, 1990). Por outro lado, aderindo a uma compreensão psicanalítica, entende-se que esse bebê é antecipado como sujeito (Torezan & Aguiar, 2011), sendo ele fundamental na constituição psíquica, e, aplicado ao PEP, na reabilitação e desenvolvimento deste bebê.

Enxerga-se então como o papel e o investimento desse familiar nesse bebê repercute em todo seu desenvolvimento e tratamento. Frente a isto, é possível perceber como os profissionais enxergam e validam este papel da família, reforçando sua função enquanto membro desta tríade funcional. As exigências sobre esses profissionais pode ser percebida quando estes, além do papel de terapeutas, se encontram nesse eixo entre família e bebê, a fim de torná-los colaboradores dessa dinâmica de cuidados voltados para a reabilitação do PEP. Por isto, foi comum perceber na fala de May e Pepper que, por conta própria, elas necessitam se utilizar de recursos defensivos que as façam suportar tais demandas. A

construção das estratégias de enfrentamento pelos profissionais pode acontecer de maneira consciente ou não. A utilização destas visa a normalidade aparente do trabalhador e auxiliam no manejo das situações causadoras de estresse e desconforto físico, emocional e psíquico (Camponogara et. al. 2020) como May traz em “a gente tira foto pra acompanhar a evolução do paciente, eu tava olhando um dia desses o celular e eu tenho foto dela até hoje... é uma criança que já deve ter recebido alta a uns 6 anos, 7 anos”, e Pepper também afirma “a gente vai aprendendo a levar isso de uma forma mais leve (...) tendo aquela consciência que eu fiz o meu planejamento, eu fiz toda uma organização (...) facilita muito pra gente, quando a gente planeja bem os nossos objetivos e conversa com a família”

Se percebe um apelo por cuidado, nas quais as profissionais pedem por esse olhar específico para elas. O sistema que as envolve junto a essas famílias e esses bebês as convoca às suas próprias questões, aparentando ser uma árdua tarefa conseguir delimitar até que ponto suas implicações se atravessam pelas histórias de vida que se cruzam no PEP. Na fala de Edna, “a minha visão com bebê modificou depois que eu fui mãe” é notório como as vivências e experiências pessoais se entrelaçam e modificam pelos outros participantes dessa dinâmica relacional.

Pepper: “no começo a gente chega com aquela sede justamente de que o paciente evolua muito, de que ele tenha muitos ganhos, de que eu preciso, eu, eu, eu fazer (...) passando o tempo é que a gente percebe essa parte justamente que a família na verdade é o agente mais ativo”

Utilizando um enfoque sistêmico, a fala de Pepper faz refletir sobre os dispositivos de regulação existentes em um sistema, que visam a sobrevivência do mesmo, para isso, lançam mão de heterorregulações (regulação que vem do outro). No entanto, quando o próprio

sistema exibe um comportamento flexível e adaptativo diante das variações do meio, esse sistema passa a exibir autorregulação (Vasconcellos, 2018). Desse modo, considerando o subsistema família-bebê e compreendendo que nesse recorte o terapeuta representa um agente externo a esse subsistema, é possível compreender que, com o passar do tempo, espera-se uma transição saudável nos dispositivos de regulação desse sistema, saindo de uma ênfase na heterorregulação para a autorregulação. Ao ocorrer essa transição a família se torna um agente ativo no desenvolvimento do bebê, capaz de forma protagonista interferir de maneira positiva no tratamento do mesmo. Vale salientar, que essa troca hierárquica, entre o terapeuta e família, é facilitada pelas posturas do profissional de saúde em questão, além de denotar conhecimento e sensibilidade à Política Nacional de Humanização (PNH) e as políticas voltadas para a pessoa com deficiência, assumindo uma prática de educação em saúde.

Ao compreender de forma ampla após os resultados obtidos nesta categoria, percebe-se como este fazer profissional e suas próprias implicações repercutem na dinâmica dos sistemas existentes no PEP. Lidar com estas famílias desperta questões nos profissionais que vão além de suas atividades de reabilitação e habilitação do bebê. Ao analisar esta categoria, foi possível compreender como as habilidades humanizadas de empatia e manejo das profissionais refletem na forma que elas se inserem nessa relação do cuidado em saúde.

Dádivas, Exigências e Apelos na Prática de Cuidado

Em decorrência das habilidades e competências que foram desenvolvidas pelas profissionais e aplicadas em sua rotina de cuidado e atenção ao bebê com MMC e seus familiares, é possível perceber como a visão que elas possuem acerca deste se torna ampla, percebendo-o em sua complexidade e se utilizando de conceitos que vão para além das suas ciências para compreender este fenômeno em sua totalidade.

A idealização de ter um bebê, antes mesmo do seu nascimento, produz mudanças significativas na mulher, onde esta passa por uma transição do papel de filha e futuramente, se torna mãe. Frente a isto, há uma implicação da revivência de sua infância, na qual o desejo de ser mãe geralmente manifesta-se nas brincadeiras (Hubert et. al., 2020). Partindo de uma perspectiva psicanalítica, o mesmo autor afirma que antes da gravidez se estabelece uma relação imaginária, onde os pais podem reviver os próprios desejos edípicos. Este fenômeno é conhecido como um processo inconsciente de criação de um bebê fantasmático.

Ainda segundo Hubert et. al. (2020), posteriormente, no início da gravidez, este bebê fantasmático se transforma em um bebê imaginário, no qual este pode ser compreendido como a personificação da expectativa e idealização desses pais perante esse bebê que irá chegar, sendo estas necessárias para que haja um reconhecimento após seu nascimento, não sendo um completo estranho para seus pais. Após o nascimento do bebê real, que não é o mesmo do imaginário dos pais, este é considerado cruel por não proporcionar alegrias compatíveis com aquelas idealizadas antes de seu nascimento. Nesta pesquisa, ao se pensar em um bebê nascido com o diagnóstico de MMC compreende-se como a ruptura entre imaginário e o real pode impactar na parentalidade sonhada pelos pais do bebê e por toda sua família.

Este encontro com o desconhecido das família ao se deparar com as condições e limitações de seu filho por muitas vezes gera sentimentos de frustrações, medo e confusão, isso pode ser visto na narrativa de Edna “sair comparando... de ver que a criança nitidamente evoluiu e dizerem na cara dela que a criança “não evoluiu, que é um aleijado”. May e Pepper também trazem acerca desta perspectiva:

May: “a gente conseguir ter essa visão mais completa do paciente, de acolher essa família, que muitas vezes (...) que

sofreu com o diagnóstico, tem a quebra daquele bebê idealizado, então algumas ainda tão vivenciando o processo de aceitação daquela criança, e de como a estrutura familiar vai se organizar em torno disso”

Pepper: “é uma criança que visualmente já é idealizada diferente pra aquela família porque você mentaliza uma criança quem vem com a coluna aberta, uma criança que tem uma cirurgia e quando nasce, é uma criança que mesmo que tenha sido operada na barriga ou depois, mas é uma criança que apresenta uma cicatriz, é uma criança que apresenta alterações que visualmente já distorcem aquela visão da família daquela criança ideal daquela criança real”

As narrativas das profissionais apontam o entendimento que possuem sobre a integralidade do bebê e todas as nuances que o compõem. Ao falar de bebê real e imaginário, elas se utilizam de conceitos da psicologia para compreender o funcionamento desta família em torno do bebê assistido. Essa visão do bebê para além de seu diagnóstico, percebendo suas demandas e de sua família, possibilita uma visão personalizada do tratamento, o que viabiliza e estreita o vínculo entre os integrantes dessa relação. May traz que "trabalhar a gente pra não julgar aquela família que não tá conseguindo fazer exatamente como a gente tá pedindo, são muitas demandas para além das demandas físicas e de tempo, são demandas emocionais, são questões de aceitação.” Já Edna, narra que “quando a gente hoje consegue olhar para aquela mãe e ver uma mãe que tá desestruturada e a gente diz assim olha (...) eu vou conversar com essa mãe, porque eu preciso que essa mãe entre como parceira minha, para que de fato essa criança se desenvolva”.

Ao trazer o pilar da complexidade na teoria sistêmica, Vasconcellos (2018) afirma que as relações interpessoais se dão de formas multicausais. Desse modo, ao perceber as essa mãe “desestruturadas” (sic.) e com demandas emocionais para além das questões que envolvem o tratamento do bebê, as profissionais ampliam o contexto de seus atendimentos de forma a compreenderem melhor a singularidade dos membros do sistema nos quais estão inseridas. Ao olhar para um viés psicanalítico, Pontalis e Laplanche (2001) avalia o conflito como um fator constitutivo do ser humano em diferentes perspectivas, onde não apenas os conflitos se defrontam com desejos contrários, mas também enfrentam a interdição.

Assim como já trazido anteriormente, a presença da família como participante ativa durante o período de acompanhamento do bebê serviço, resulta na possibilidade de estabelecimento de um sentimento de confiança com a equipe. Este fato pode ser compreendido como um momento de amadurecimento do PEP, considerando que o tratamento desse bebê vá além da utilização de apenas procedimentos e técnicas e envolva humanização, permitindo que as histórias familiares sejam partes constituindo do serviço, assim com narrou Edna:

“Às vezes são crianças tão graves que eu passo a sessão inteira que eu não posso nem desviar meu olhar, que é o tempo inteiro olhando pra criança, mas em algum momento eu tenho (...) olhar e escutar essa mãe, ou escutar, ou falar alguma coisa pra que esses vínculos assim... não seja só aquele sentimento de “poxa, tia Edna é tão legal porque ela cuida bem do meu filho” não, “tia Edna é tão legal, ela consegue cuidar bem do meu filho, ela consegue me entender minimamente”, e é nisso que gera as parcerias, nisso que gera a confiança entre a família e a gente”

Lidar com esta relação com as famílias e com os bebês, ainda que dos outros, reativem angústias primitivas dos profissionais, sem que eles possam se dar conta. O que pode vir a ser um fator de vulnerabilidade. Manter-se ciente desse funcionamento ajuda na compreensão de sentimentos, do cansaço profissional, e aponta para o cuidado que as instituições devem ter com seus colaboradores.

Nos serviços de saúde que se ocupam de bebês, segundo a perspectiva psicanalítica de Golse (2003, p. 28):

“Há aí pessoas que são de extrema riqueza emocional, mas que são extremamente frágeis. (...) Elas são frágeis e por isso podem compreender os bebês. E é porque elas podem compreender os bebês que são frágeis, porque os bebês as desestabilizam frequentemente. Nisso, pode estar (...) muito sofrimento institucional!” (Golse, 2003, p. 28)

O que fica perceptível na fala de May “Tem vezes que eu chego em casa tem dia que pega mais, a pessoa chora, bota pra fora, não tem como, talvez um dia eu aprenda a dividir um pouco melhor, ainda estou aprendendo.” e na fala de Edna “E aí isso desestrutura toda equipe, todo mundo fica assim abismado, diz assim “como se vive desse jeito?”

Ao falar sobre “como se vive desse jeito?” Edna traz suas inquietações frente às diferentes realidades de dinâmicas familiares presentes no PEP, o que vai de encontro com sua própria noção de família. Nos relatos desta profissional é possível perceber também como algumas destas família se configuram diante de um ambiente muitas vezes desafiador e desestabilizador, como pode ser visto em:

“Teve situações críticas mesmo de a gente achar que a mãe da criança era a sogra (...) não existia abertura de fala para aquela mãe participar, chegou um ponto que a gente dizia “só entra uma”. E dizer isso pra avó gerou muito conflito, então a gente começou a dizer (...) “um dia entra uma, porque é regra do setor só uma acompanhante, num dia entra outra” (...) pra deixar a mãe assumir esse papel de mãe”

Em uma perspectiva psicanalítica, Golse (2003) afirma que uma avó funcional é a que contextualiza e media a relação materna. No entanto, apesar de exercer este papel, essa avó não atua frente à relação mãe-bebê da mesma forma que o pai, também mediador e contextualizador. No caso narrado pela profissional, há uma rivalidade entre avó e mãe na função de cuidadora principal desse bebê, ferindo a fronteira entre a avosidade e a maternagem, em contraposição ao que seria uma ambiente saudável para o psiquismo do bebê.

Com os resultados obtidos nesta categoria foi possível identificar como se constituem as relações interpessoais no eixo profissional-bebê-família. Essa troca muitas vezes é marcada por demandas subjetivas por parte das profissionais que, inevitavelmente, são atravessadas pelas histórias de vida envolvidas em suas rotinas de cuidados ao bebê com MMC. Frente a essas demandas, questões psíquicas e emocionais emergiram nas narrativas das participantes desta pesquisa, onde pôde ser observada a necessidade e o pedido de ajuda frente ao próprio cuidado, tornando-se indispensável um olhar para a saúde mental do profissional de saúde.

Recursos Psíquicos de Autocuidado

Enquanto sistema vivo, o PEP move-se através da complexidade das relações interpessoais constituídas pelo mesmo. Nessa perspectiva sistêmica (Vasconcellos, 2018), foi compreendido que este serviço é vivificado pela dinâmica relacional interna e externa. Isso envolve subjetividades, vivências pessoais e historicidade de cada um de seus colaboradores. Sendo assim, o PEP parece ser ativado por questões que vão além do tratamento biológico e de reabilitação do bebê com MMC. Isso corrobora com a leitura psicanalítica (Golse, 2003) de que os bebês fazem exigências psíquicas aos seus terapeutas. Pepper, Edna e May, ao atuarem no cuidado integral desses bebês com suas famílias, encontram ao longo do tratamento implicações que perpassam sua própria existência. Atuar com esses bebês parece despertar questões que permeiam o campo emocional e psíquico da equipe envolvida nesse processo terapêutico interprofissional. O vínculo afetivo estabelecido entre estas profissionais, os bebês e suas famílias pareciam transbordar as portas do CER-IV, assim como foi interpretado nesta categoria.

Esse estilo humanizado indispensável à relação de cuidado prezada pelo SUS, tão quanto salutar nas práticas de promoção de saúde com o bebê, todavia parecia despertar condições subjetivas nem sempre bem elaboradas pelas três profissionais, corroborando com os estudos psicanalíticos (Golse, 2003). Por meio de seus relatos biográficos, elas sinalizaram certo sofrimento emocional e um pedido de socorro frente à rotina exaustiva, às demandas subjetivas dos bebês e de suas famílias. Sobre isso, May trouxe que: “A gente, aos pouquinhos, vai aprendendo a lidar (...). Quando comecei, (...) levava muito os problemas dos meus pequenos [bebês do PEP] pra casa (...). Eu sofri um pouco mais, não significa dizer que não eu não sofro hoje em dia”

Como se nota, May relatou um sofrimento emocional influenciado por sua vida no trabalho. Ao dizer que, no começo de sua prática no PEP, “sofri um pouco mais”, ela conta

como se houvesse superado, mas “um pouco mais” pareceu sugerir uma cota de afetos desagradáveis ainda persistentes, fazendo assim um apelo por cuidado. Nesta categoria, foram várias as afetações pessoais resultantes desse trabalho com bebês com MMC. Percebeu-se então, através do conteúdo das entrevistas, que a rotina no PEP é marcada por uma alta demanda de trabalho, intensa, muitas das vezes, desgastante. Dentre as questões que surgem no dia a dia do serviço, são vivenciados sentimentos de impotência e de cansaço, além de estresse ao precisar comunicar notícias difíceis às famílias. Sob a perspectiva sistêmica (Vasconcellos, 2018), pode ser entendido que as profissionais depararam-se recursivamente com exigências psíquicas que dinamizam seu ambiente laboral. Segundo Edna, “é uma carga emocional muito grande que vem junto com cada família e a gente de todo jeito tá ali lidando”

Como trazido anteriormente, sob um viés psicanalítico (Golse, 2003), pode-se aludir que questões relacionadas ao bebê e seus familiares ativavam gatilhos no psiquismo das profissionais. Esse é um dado preocupante, uma vez que se trata de fator de risco para potencializar o sofrimento de uma equipe, caso esta não esteja acionando seus recursos protetivos individuais e coletivos, além de poder refletir diretamente na dinâmica de trabalho.

Nesse sentido, as profissionais relataram construir relações de amizade, de cumplicidade, sob estilos relacionais assertivos entre as mesmas. Entretanto, nos equívocos de suas narrativas, pode-se detectar situações vividas nas contradições dos laços afetivos. Edna, ao se referir a uma colocação de uma colega de trabalho, que teria dito algo insuportável de se ouvir, logo se defendeu: “Na brincadeira, eu sei que ela fez na brincadeira”. Ao narrar a situação em detalhes, ela parece ter revivido no contexto da pesquisa o traço de desafeto que a suposta "brincadeira" lhe provocou. Ela realmente precisava interpretar deste modo, para seguir sua rotina na interprofissionalidade colaborativa, suportando sua realidade.

Contudo, os serviços que atendem bebês estão suscetíveis a editarem modalidades de funcionamento relacional muito próxima do que caracteriza a função materna - as ambiguidades afetivas. Os próprios profissionais exercem uma dupla função com os pais e familiares de uma criança: ora aliviando fantasias destruidoras, sob uma posição maternante; ora com condutas investidas de controles, sob uma posição paternante. Essas exigências psíquicas para um trabalho de cuidado com os bebês promove também que os profissionais reproduzam a dinamicidade entre o amor e ódio, que são próprias das relações primitivas, no começo da vida humana (Botega, 2006). Então, como um recurso de autocuidado, também sob a dinâmica da adaptabilidade ao sistema (Vasconcellos, 2018), restava à Edna amenizar os impactos que a fala da colega repercutiu em seu emocional: “ela fez na brincadeira”.

As três profissionais desenvolviam por conta própria estratégias de enfrentamento, a fim de promover o autocuidado, como pode ser visto na fala de May “já existiram casos (...) por exemplo que a gente pediu pra trocar de terapeuta, (...) então é uma estratégia que, às vezes, a gente usa, quando a gente percebe que, talvez, essa aproximação pode não ser tão benéfica, pra a família e a criança e pra gente”. Pepper também traz em sua narrativa uma das estratégias que utilizava ao perceber que a vinculação com o bebê estava interferindo na dinâmica do seu atendimento “sem deixar que essa relação se abra demais, porque a gente sabe que quando entra numa relação mais aberta com paciente a gente fica com uma dificuldade maior nesse âmbito”.

Outro aspecto percebido nas narrativas é de como lidar com essas famílias algumas vezes às impactam de forma pessoal. Se torna então uma linha tênue diferenciar até que ponto o vínculo terapêutico permanece apenas no espaço físico do CER-IV. Sobre isso, Pepper traz que “eu tento deixar o que é do trabalho no trabalho, pra que eu consiga dar continuidade assim, independente do que aconteceu naquele dia”

Na análise geral, o tema que parece se sobrepôr nos discursos é a respeito de um olhar atento do CER-IV para além dos usuários do sistema, como podemos observar na fala de Edna, “a primeira pesquisa em psicologia no PEP (...) a gente nunca tinha feito, e a gente sabia da necessidade”, onde a profissional reconhece a necessidade desse olhar da psicologia direcionado aos profissionais, percebendo que já haviam sido realizadas pesquisas em outros campos, mas nunca no campo que envolvesse a psicologia.

Diante da percepção das profissionais sobre a importância de um olhar da psicologia para a equipe atuante no PEP, percebe-se como estas necessitam de um olhar cuidadoso do CER-IV para com elas. As profissionais, ao exercerem a função de cuidado com os bebês, tal qual uma mãe, necessitam do *holding*, como uma contenção protetiva que as ampare frente às afetações pessoais desenvolvidas na relação profissional-bebê. Edna, May e Pepper exerciam uma função maternante com os bebês e suas famílias, mas pareciam carentes da habilidade maternante do serviço de saúde. Esse gratificante trabalho junto aos bebês com MMC, mas não menos exaustivo psicologicamente, indicou demandar da instituição ações maternantes, ao que se poderia interpretar como um “ambiente suficientemente bom”, parafraseando Winnicott (2020), no que ele considerou de “mãe suficientemente boa”.

Conclusão:

A Saúde Mental do Trabalhador da Saúde é fundamental para manter a qualidade no cuidado com os usuários. Promover a saúde requer ações interprofissionais colaborativas, as quais são disponibilizadas por meio da condição de saúde mental do próprio profissional de saúde. Tratando-se dos profissionais da Estimulação Precoce, como observado nos resultados, é importante que esses cuidadores estejam preparados com competências profissionais, e que suas questões emocionais estejam amparadas não apenas pelos recursos individuais, como

Edna, May e Pepper faziam (como sua equipe de saúde fazia por conta própria). Os Centros de Reabilitação precisam incluir na rotina do cuidado integral aos usuários ações de cuidado com a saúde mental dos trabalhadores, não sendo esta uma ação supérflua, mas igualmente indispensável.

Nesse sentido, os objetivos desta pesquisa foram alcançados, uma vez que as narrativas biográficas das profissionais revelaram o cotidiano de seu trabalho: práticas de cuidados interprofissionais, funcionamento do serviço, interações com familiares, preparação técnica, teórica e atitudinal para suas tarefas em Estimulação Precoce com bebês com MMC. Além disso, este trabalho pode captar o modo como estas profissionais compreendiam os bebês, colocando-os como interlocutores dos seus atendimentos. Edna chegou a negociar com a mãe de um bebê, para que o atendimento fosse realizado em outro dia, somente por observar a indisponibilidade daquele neném para o encontro com sua terapeuta. Este estudo apontou para condutas humanizadas de excelência, no que toca à sensibilidade que os bebês exigem dos adultos.

Ao falar destas demandas psíquicas que surgiram dos cuidados do bebê com MMC, pode-se compreender, em uma perspectiva psicanalítica, como o profissional de saúde, enquanto sujeito, constituiu-se diante da relação com o outro através da linguagem, tendo sua ordem simbólica constituída a partir deste vínculo (Torezan & Aguiar, 2011). Sendo assim, as questões subjetivas das profissionais de saúde implicaram na forma que promoviam saúde e cuidado ao bebê assistido. Em consonância, percebeu-se o PEP como um sistema aberto dinamizado pela interação das partes envolvidas (Vasconcellos, 2018).

Acredita-se que este trabalho possa ser útil ao fortalecimento das práticas de saúde desses serviços voltados à pessoa com deficiência, também ao bebê com MMC e suas famílias.

Referências

1. Angerami, V. A. (2014). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. (2a ed). São Paulo: Cengage Learning. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-315605>
2. Brasil. (2020). *Banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC), 2014 a 2018*. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
3. Brasil. (2016). Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de Zero A 3 Anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor decorrente de Microcefalia/Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoc e.pdf>
4. Boscolo, L., Bertrando, P., Novick, C., Campbell, D., & Draper, R. (2018). *Systemic therapy with individuals*. Routledge. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780429480676/systemic-therapy-individuals-lui-gi-boscolo-paolo-bertrando-carolyn-novick-david-campbell-ros-draper>
5. Camponogara, S., Miorin, J. D., Dias, G. L., de Lima Rodrigues, I., Vasconcelos, L. S., & Pinheiro, A. L. U. (2020). A morte da criança hospitalizada: estratégias defensivas e de enfrentamento da equipe de enfermagem. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, 5(9), 161-172. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9592>
6. Campos, J. R., Souto, J. V. O., & de Sousa Machado, L. C. (2021). Estudo epidemiológico de nascidos vivos com Espinha Bífida no Brasil. *Brazilian Journal of Health*

Review, 4(3). Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/29154>

7. Cardozo, P. S. (2017). Pessoas com deficiência e o protagonismo nos movimentos sociais. *Revista de Iniciação Científica*, 15(1), 39-54. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/2982>

8. Vasconcellos, M. J. E. (2018). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. 11ª ed. Campinas SP: Papyrus Editora.

9. Ferreira, F. R., Bexiga, F. P., Martins, V. V. D. M., Favero, F. M., Sartor, C. D., Artilheiro, M. C., & Voos, M. C. (2018). Independência funcional de crianças de um a quatro anos com mielomeningocele. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25, 196-201. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/mR4p5ykKXf6jKT9pqd3HTfk/?lang=pt>

10. Fatori, D., Brentani, A., Grisi, S. J. F. E., Miguel, E. C., & Graeff-Martins, A. S. (2018). Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3013-3020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fhGKyYWLvkGdjH4NMYmMvGR/?lang=pt>

11. Golse, B. (2003). *Sobre a psicoterapia pais-bebê: narrativa, filiação e transmissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

12. Hubert, K., Steffanni, L., Lacerda, M., Galdino, P., & Brízida, R. (2020). *O processo de ressignificação do autismo na criança pela família a partir da contribuição da psicanálise*. *TCC-Psicologia*. Disponível em:

<http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/download/631/628>

13. Lazzari, A. C., Ferrari, M., & Zacharias, D. G. (2018). Análise de caso clínico: papéis, limites e fronteiras no contexto familiar. *Boletim Entre SIS*, 3(1). Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/boletimsis/article/view/18001>

14. Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1990). Técnicas de terapia familiar (C. Kinsch & M. E. F. R. Maia, trads.). Porto Alegre: Artes Médicas.
15. Moises, R. R., & Stockmann, D. (2020). A pessoa com deficiência no curso da história: aspectos sociais, culturais e políticos. *History of Education in Latin America-HistELA*, 3, e20780-e20780. Disponível em: <https://www.periodicos.ufrn.br/histela/article/view/20780>
16. Moré, C. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *CIAIQ2015*, 3. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158>
17. Oliveira, B. S. B. D., Melo, F. M. D. S., Oliveira, R. K. L. D., Figueiredo, J. F. D., Monteiro, F. P. M., & Joventino, E. S. (2019). Estimulação precoce diante do desenvolvimento da criança com microcefalia: percepção materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 139-146. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7xjZmww6W7cQmzqtKTjr3WC/abstract/?lang=pt>
18. Pereira, M. G., Silva, B. N., Vieira, L. R. F., Quaresma, F. E. L., Cesário, P. F. O., & Silva, C. R. D. V. (2021). Saúde mental de mulheres profissionais de saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Nascimento ARS, Rodrigues ARGM, Castro AP e Medeiros NM. Saúde mental e suas interações: rompendo paradigmas*, 24-29. Disponível em: https://www.poisson.com.br/livros/individuais/Saude_Mental_Paradigmas/Saude_Mental_Paradigmas.pdf#page=24
19. Pontalis, J. B., & Laplanche, J. (2001). Vocabulário da psicanálise. *Santos: Martins*. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/40717600/Laplanche_e_Pontalis_-_Vocabulario_de_Psicanalise-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1632101812&Signature=E89XjI5dzEUVsXh~R1wflMyxpkzmJbMm5hP98E58GOQ0Smzf4ljVBsUUg8nTYkD8DNPNI5J0w0kqSSM1eg6sH

lovOCXXQtcaKe82utQaJH7fHRD30MHxr9wlgNGVUEpeBE-TpcStCmmSp5qs8iq1Xrtf9Y
f70hR6kB6GXIHCO84fgqJ6gYvTq7~5C6hveJOtwu615L0nvQ~cFV3DSuGbavF3uBNvh
aE2HkVzCls-0aPCVaNUgS2tCAqGp1EHEBHxdK0I3CMjanJvtkfrDA0r2yrxVCElinlrJheFP
wCIaPckf9ouqfvQNiOJU7X4ZKLF6vIdeHmPWVjmVzKaVOQA_&Key-Pair-Id=APKAJ
LOHF5GGSLRBV4ZA

20. Sangalli, L. C., & Rinaldi, D. (2018). Pesquisa social interpretativa alemã: os métodos de entrevista narrativa biográfica e de reconstrução biográfica de caso. *Em Tese*, 15(2), 107-136. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/1806-5023.2018v15n2p107>

21. Souza, R.A.C. (2017). *Narrativas orais como fontes para uma compreensão histórica da experiência vivida*. Revista Maracanan. n. 17, p. 118-129, jul./dez. DOI: 10.12957/revmar.2017.28212. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/maracanan/article/view/28212>

22. Tavares, L. R., Barros, F., Santos, I. B., Pereira, L. G., de Souza Cabral, L., de Siqueira, L. T., & da Cruz Cerqueira, D. (2021). A importância do diagnóstico precoce da bexiga neurogênica secundária à mielomeningocele na sobrevida renal: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(7), e8247-e8247. Disponível em:

<https://18.231.186.255/index.php/saude/article/view/8247>

23. Torezan, Zeila C. Facci, & Aguiar, Fernando. (2011). O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(2), 525-554. Recuperado em 15 de setembro de 2021, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200004&lng=pt&tlng=pt.

