

Narrativas Maternas sobre Bebês com Mielomeningocele

em Centro de Reabilitação

Maternal Narratives about Babies with Myelomeningocele

in a Rehabilitation Center

Narrativas Maternas sobre bebês com Mielomeningocele

em un Ciento de Rehabilitación

Maria Fernanda Pedrosa Pereira Lima

Estudante do Curso de Psicologia e Bolsista de Iniciação Científica da Faculdade

Pernambucana de Saúde

Tathyane Gleice da Silva Lira

Docente do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde

Vanessa Nazário Cordeiro

Docente do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde

Resumo:

Introdução: O bebê com Mielomeningocele é acometido por uma malformação congênita, com falha na junção dos elementos da coluna vertebral. Enfocando a constituição psíquica e a dinâmica familiar destes bebês, esta pesquisa qualitativa em Psicologia da Saúde interseccionou conceitos psicanalíticos e sistêmicos. **Objetivo:** Analisar as narrativas biográficas construídas em torno de bebês com Mielomeningocele, acompanhados em um CER-IV. **Método:** Foram

utilizados prontuários; entrevistas; genetogramas; fichas sociodemográficas e observações, considerando relatos biográficos, tratados por análise de conteúdo. **Resultados e Discussões:** Quatro mães e seus bebês contribuíram com as categorias: Reorganizações psíquicas na chegada do bebê com MMC; Afetos Maternos e Posturas familiares diante do bebê com MMC. **Conclusão:** Foi proporcionado um espaço de fala para as mães, posicionando o bebê como interlocutor e reconhecendo-o como futuro sujeito, inserido no seu sistema familiar.

Palavras-chave: Mielomeningocele; Saúde Mental; Centros de Reabilitação; Psicanálise;
Análise de Sistemas.

Abstract:

Introduction: The baby with Myelomeningocele is affected by a congenital malformation, with failure to join the elements of the spine. Focusing on the psychic constitution and family dynamics of these babies, this qualitative research in Health Psychology intersected psychoanalytic and systemic concepts. **Objective:** To analyze the biographical narratives built around babies with Myelomeningocele, followed up in a CER-IV. **Method:** Medical records were used; interviews; genetograms; sociodemographic files and observations, considering biographical reports, treated by content analysis. **Results and Discussions:** Four mothers and their babies contributed to the categories: Psychic reorganizations in the arrival of the baby with MMC; Maternal Affections and Family postures in front of the baby with MMC. **Conclusions:** A space for speech was provided for the mothers, positioning the baby as an interlocutor and recognizing him as a future subject, inserted into their family system.

Keywords: Meningomyelocele; Mental Health; Rehabilitation Centers; Psychoanalysis;
Systems Analysis.

Resumen:

Introducción: El bebé con mielomeningocele se ve afectado por una malformación congénita, con falta de unión de los elementos de la columna. Centrándose en la constitución psíquica y la dinámica familiar de estos bebés, esta investigación cualitativa en Psicología de la Salud cruzó conceptos psicoanalíticos y sistémicos. **Objetivo:** Analizar las narrativas biográficas construidas en torno a bebés con Mielomeningocele, seguidos en un CER-IV.

Método: Se utilizaron historias clínicas; entrevistas; genetogramas; Expedientes y observaciones sociodemográficas, considerando reportes biográficos, tratados por análisis de contenido. **Resultados y Discusiones:** Cuatro madres y sus bebés contribuyeron a las categorías: Reorganizaciones psíquicas en la llegada del bebé con MMC; Afectos maternos y Posturas familiares frente al bebé con MMC. **Conclusiones:** Se brindó un espacio de habla para las madres, posicionando al bebé como interlocutor y reconociéndose como un sujeto futuro, insertado en su sistema familiar.

Palabras clave: Meningomielocelo; Salud Mental; Centros de Rehabilitación; Psicoanálisis; Análisis de Sistemas.

Introdução

Situado no campo de discussão da Psicologia da Saúde e da Primeira Infância, este estudo enfocou as narrativas maternas construídas em torno de bebês com Mielomeningocele (MMC). É uma malformação congênita do Sistema Nervoso Central, estabelecida no período embrionário e conhecida como espinha bífida. Manifesta-se por falhas que expõem as meninges, a medula e as raízes nervosas, implicando em deficiência no início da vida, sendo multicausal, ao incluir fatores hereditários e/ou ambientais. No Brasil, a prevalência de casos de bebês nascidos com MMC é de 16:10.000 nascidos vivos, sendo a segunda maior causa de deficiência motora infantil. Em julho de 2021, Pernambuco teve média de 5 mil internações

(DATASUS, 2021). O tratamento é cirúrgico, podendo acontecer nos períodos pré ou pós-natal, com riscos de comorbidades como: hidrocefalia, bexiga neurogênica e questões psicossociais (Brasil, 2010; Pedreira & Bevilaqua, 2018; Melo, 2019; Ferreira et al, 2020).

Amparados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, esses bebês têm direito à habilitação/reabilitação das capacidades funcionais, contribuindo para a saúde integral e a inclusão na vida social (Brasil, 2010). Em se tratando do Sistema Único de Saúde, contam com Centros Especializados em Reabilitação (CER). CER-IV são os Centros que disponibilizam de quatro ou mais serviços de habilitação/reabilitação, englobando os vários tipos de deficiência (Portaria nº 793, 2012). O acompanhamento de bebês com MMC é sistemático, interprofissional e inclui a família no processo de Estimulação Precoce, valorizando as singularidades. Tais intervenções na Primeira Infância tendem a minorar atrasos no desenvolvimento e aprimorar as competências familiares (Brasil, 2016).

No CER-IV, o psicólogo integra-se à equipe, visando o cuidado da saúde mental dos bebês com deficiência (Brasil, 2016), e isso requer uma reinvenção de sua escuta clínica (Angerami, 2014). Afinal, a renovação da prática psicológica em saúde mental no começo da vida inclui um olhar sensível, para antecipar o bebê como um futuro falante (Szejer, 2016), reconhecendo suas competências (Winnicott, 2005). Além disso, é importante para o bebê precisa de que psicólogos da saúde assumam certa abertura aos diálogos com os profissionais de outras especialidades e, também entre psicólogos, ainda que de abordagens teóricas distintas. Sem confusões epistemológicas, considera-se possível interseccionar diferentes olhares para visibilizar a biografia dos bebês com MMC e suas famílias, à luz do cuidado humanizado.

Por valorizar uma prática psicológica dialogada, uma das teorias trazidas nesta pesquisa é o Pensamento Sistêmico, ao compreender as famílias como sistemas abertos. Os

familiares formam uma rede de interações e regras, suscetíveis a mudanças, que repercutem em estabilidades e instabilidades nos integrantes. Essa abertura interativa permite que seus modos de vida sejam qualificados por interdependências intra e intersistêmicas. (Carter & McGoldrick, 1995; Lima et al, 2018; Sanchez, 2020). Esta teoria é pertinente para pensar os grupos familiares dos bebês com MMC, reconhecendo as trocas interativas mútuas, que compõem seu ambiente social e afetivo.

As condições ambientais em que os bebês se inserem são também de interesse da abordagem psicanalítica, ainda que sob outro olhar (Winnicott, 2005; Szejer, 2016). Na história de um casal parental, inscrevem-se conteúdos conscientes e inconscientes que norteiam a pré-história de um filho. Uma vez que a construção da parentalidade (processo de se tornar pai ou mãe) reedita fantasias infantis arcaicas no homem e na mulher, isso influenciará o modo como o casal parental fará função constitutiva para o psiquismo do bebê. Assim, não só a mãe, como a família inteira pode influenciar o desenvolvimento emocional dos bebês, enquanto ambiente potencialmente protetivo ou hostil, gerando as defesas psíquicas no começo da vida humana. Esta teoria é pertinente para se pensar nas primeiras experiências afetivas como protótipos que darão contorno ao psiquismo dos bebês com MMC.

A Psicanálise e o Pensamento Sistêmico defendem que as famílias influenciam e são influenciadas pelas competências interativas dos seus bebês, a depender dos estilos parentais e dos contextos de vida. Concordam que a formação psíquica dos pais recebe o nome de Parentalidade, tendo início antes mesmo da concepção do bebê, ao passo das reorganizações psíquicas do casal parental e das mudanças de sua posição na família, tornando-se pais. Nesse caminho, aponta-se como diferença central, que o olhar psicanalítico não se concentra nas trocas interacionais vividas na realidade do sistema familiar; a relação afetiva permeia

também questões inconscientes implicadas na constituição psíquica do bebê (Junqueira, 2014; Vasconcellos, 2018; Szejer, 2016).

Este estudo objetivou analisar narrativas biográficas construídas em torno de bebês com MMC acompanhados em um CER-IV de Pernambuco. Os objetivos específicos foram: Identificar o perfil sociodemográfico dos familiares de bebês com MMC; Descrever os significados que os familiares compartilham no cotidiano acerca do bebê com MMC; Compreender a relação dos familiares com os bebês com MMC.

Método

De estilo qualitativo e exploratório, a pesquisa utilizou-se do aporte teórico-metodológico de relatos de histórias de vida (Gil, 2018). O estudo qualitativo tem uma amostra com notória variação, esperando-se que os indivíduos tenham perspectivas diferentes sobre um único fenômeno. Já o estudo exploratório permite maior proximidade com o problema, com planejamento flexível e objetivos mais gerais, podendo incluir métodos múltiplos. Quanto às narrativas biográficas, permitem conhecer as interpretações que as pessoas estabelecem de suas experiências compartilhadas. O sujeito narra sua vida conforme o modo como a experimentou na relação com o outro, por via da interpretação, independentemente de sua ocorrência cronológica.

Esta pesquisa foi construída no CER-IV de um complexo hospitalar de referência em Pernambuco. Neste serviço, havia um Programa de Estimulação Precoce, de onde mães e bebês com MMC foram escolhidos para esta pesquisa, por conveniência. Ao aceitarem a participação, essas mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). O uso deste foi decidido pelo grupo

da pesquisa, visibilizando a posição subjetiva do bebê como um protagonista narrado em terceira pessoa por essa cuidadora primordial. Como critério de exclusão, o bebê não poderia ter outros diagnósticos congênitos, nem estar clinicamente instável, e seu familiar não poderia ser pessoa com deficiência intelectual ou apresentar um estado de sofrimento mental que comprometesse a sua participação.

Mãe e bebê participaram de entrevista em profundidade, sendo esta individual e audiogravada. Nas narrativas, sob um olhar psicanalítico, observaram-se os equívocos da linguagem e as ambiguidades afetivas próprias da relação materna, com ênfase no modo delas serem mães de um bebê com deficiência. Como o objeto de estudo – narrativas maternas em torno do bebê com MMC – pede por uma organização metodológica mista, utilizou-se outras técnicas e instrumentos, no intuito de complementar e contextualizar essas entrevistas. Para mapear a territorialização existencial, aplicou-se um questionário sociodemográfico; sendo também consultado o prontuário hospitalar dos bebês, este último para compreensão da realidade clínica deles. Houve a oportunidade de construir com as mães o genetograma familiar de cada bebê. Segundo Carter e McGoldrick (1995), este instrumento favorece uma visão do ciclo de vida familiar, ao representar a evolução familiar ao longo do tempo e a forma como ocorrem as relações entre os membros. Permite conhecer as circunstâncias em torno do nascimento de uma criança, também sua posição subjetiva atual.

No mais, foi realizada observação não-participante de uma cena no ambiente doméstico, com os bebês e suas mães, e o local da casa foi escolhido livremente pela mãe. As observações foram sistemáticas, com foco nas trocas interativas em ambiente natural, para perceber a dinâmica do sistema familiar no qual o bebê estava envolvido. Estas observações também se inspiraram nos eixos norteadores do Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil (Kupfer & Bernardino, 2018), para fins de verificar condições constitutivas para o psiquismo

dos bebês. Durante a cena, a observadora manteve-se com a câmera desligada, a duração foi definida pela disponibilidade da mãe e do bebê. Vale salientar, que apenas 1 bebê não foi observado devido a uma suposta recusa materna. Ao final das 3 observações, registros em um diário de campo foram feitos pela observadora.

Devido à Pandemia do COVID-19, todo contato com mãe e bebê aconteceu on-line, pela Plataforma de Telessaúde do hospital ao qual o CER-IV se integrou. Apesar dos impasses de observar bebês através da tela de celular, a inventividade do grupo de pesquisa e a gratuidade dos participantes implicados na coprodução de conhecimento psicológico sobre as realidades vividas em contexto de MMC, fez jus à importância da subjetividade do pesquisador para o redirecionamento do método.

Após transcrição das entrevistas e organização dos demais dados, foram atribuídos nomes fictícios aos participantes e realizada uma Análise de Conteúdo, seguindo as etapas da leitura flutuante à interpretação dos dados, tal como indicado em Minayo (2014). Importa dizer, que esta pesquisa teve duração de 12 meses e foi financiada pelo Programa de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde. O início da coleta dos dados ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 40849320.7.0000.5201.

Resultados e Discussão

Na intersecção entre o pensamento psicanalítico e o pensamento sistêmico, os resultados obtidos alinharam-se em eixos analíticos: 1) **Reorganizações psíquicas na chegada do bebê com MMC**, que incluíram vivências, nomeações maternas endereçadas ao bebê; 2) **Afetos Maternos**, relacionados à comunicação de notícias difíceis no pré-natal, à

relação de cuidados com os profissionais de saúde e à condição de ser, além de mulher, mãe de um filho com MMC; 3) **Posturas familiares diante do Bebê com MMC**, sugerindo a posição subjetiva ocupada pelo bebê, na família. Antes de explicar estes eixos, compreendeu-se relevante discorrer brevemente sobre suas biografias.

Histórias de Vida de mães e Bebês com MMC

Através de suas mães, quatro bebês expressaram seus modos de vida, em contexto de Estimulação Precoce no CER-IV, devido à MMC. As verbalizações manifestaram recortes de as histórias vividas, os estilos familiares e a realidade socioeconômica. A interpretação desses aspectos foi construída na complementaridade do genetograma, da ficha sociodemográfica e do prontuário hospitalar.

Diana (um ano) era a única filha viva de Frida e João (24 anos, cada), viviam uma relação consensual. Nascida de gravidez desejada, fruto de uma segunda gestação deste casal, logo após história de aborto espontâneo. O bebê teve a MMC descoberta na 20ª semana de gestação, por ultrassom morfológica. Frida submeteu-se a um procedimento cirúrgico intra-útero, por volta da 25ª semana gestacional para a correção da MMC. Diana possuía duas comorbidades: além da MMC, apresentava Hidrocefalia (desde o nascimento) e Bexiga Neurogênica, tendo iniciado o acompanhamento no CER aos quatro meses. A renda familiar era menor do que um salário mínimo. Seus pais eram agricultores, residiam em um sítio, no interior do Estado de Pernambuco. Através do relato de Frida, na construção do genetograma, observou-se que a família materna funcionava como uma rede de apoio significativa na vida de Diana. Já a família paterna, foi indicada como pouco próxima do bebê.

Bruce (um ano) era o filho mais novo do casal Judith (23 anos) e José (28 anos), que tinham uma criança de 6 anos, e de acordo com Judith, este irmão amava Bruce de um jeito

que nem ela mesma sabia explicar. Os pais já eram casados, quando faleceu sua filha na primeira semana de vida. Bruce nasceu após uma terceira gravidez planejada, havendo a descoberta da MMC na 22ª semana de gestação, e não possui comorbidades. Não se obteve acesso à data de entrada no CER-IV. Residentes do interior de Pernambuco, Judith era do lar e José era agricultor, a família vivia com uma renda de um a dois salários mínimos, com moradia própria. No genetograma, construído a partir de relatos de Judith, percebeu-se que a família nuclear era próxima da família materna, e que a paterna se distanciou após o falecimento da mãe de José.

Oliver (dois anos) era filho de Michele (38 anos) e Pedro (30 anos), que não eram casados e tiveram a gravidez não planejada. Com 28 semanas de gestação, a partir do exame de ultrassonografia, houve a descoberta da MMC, confirmada a partir de duas repetições do mesmo exame. Oliver nasceu de parto normal na 37ª semana gestacional, e deu entrada no CER-IV com pouco mais de um mês. O bebê tinha duas irmãs de 14 e cinco anos, a família morava na região metropolitana do Recife e possuía renda menor do que um salário mínimo. De acordo com o genetograma, relatado por Michele, raramente Oliver tinha contato com o pai ou a família paterna, ficando a mãe responsável pelo cuidado dos três filhos, contando com ajuda da filha mais velha. Michele foi criada pelos avós, presentes na vida de Oliver.

Kara (cinco meses) filha de Elizabeth (31 anos) e Felipe (32 anos), casados. A bebê nasceu de parto natural com 37 semanas, após uma gravidez planejada. Elizabeth, antes de Kara, passou por duas gravidezes embrionárias. Kara tinha um irmão com nove anos, filho de outro pai. A MMC foi descoberta aos cinco meses de gestação, a bebê não possuía comorbidades, foi encaminhada ao CER-IV por indicação do neurocirurgião, data de entrada desconhecida. A família residia no interior de Pernambuco em casa própria, com renda de mais de dois salários mínimos. Elizabeth trabalhava em uma clínica, Felipe era encarregado

de manutenção. Este assumia sua paternidade ativa com Kara, sendo descrito pela esposa como bem prestativo e amoroso. O genetograma, relatado por Elizabeth mostrou que, da família paterna, apenas a avó tinha contato com Kara. A família materna tinha contato com o bebê, exceto seu avô, que era afastado.

Frida e Michele escolheram a sala da casa para a observação, deixando Diana e Oliver na frente da TV, como se intencionassem que seus bebês fossem vistos assistindo desenho animado. Feriam orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) sobre o uso de telas na infância. Por outro lado, engajaram-se em exibir algo de melhor nos filhos, supostamente interessados em desenhos, como quaisquer crianças. Kara também se encontrava na frente da TV, embora fosse sua mãe quem já estava assistindo antes de iniciar a observação.

Nestas histórias, foram identificadas perdas significativas, como abortos, rompimento de laços familiares e ausência paterna. Entretanto, houve um pai participativo nos cuidados do bebê, um irmão apaixonado, famílias próximas e atuantes no suporte socioafetivo em torno do bebê. Notaram-se vários estilos familiares, em consonância com as singularidades de cada mãe e seu bebê, assim legitimados nas suas complexas formas de existência, nas intersubjetividades. As evidências ratificaram o entendimento de que os conflitos familiares não são somente desorganizadores de psiquismo, mas também o são constitutivo, colocando os bebês imersos nas histórias dos acontecimentos familiares, como defendem as duas perspectivas teóricas usadas nesta análise (Vasconcellos, 2018; Golse, 2003). No mais, as histórias sinalizaram o contexto relacional e existencial em que esses bebês estavam inscritos, através do qual eram produzidas as narrativas maternas em torno deles, mediante as organizações, desorganizações e reorganizações dessas mulheres-mães.

1º Eixo: Reorganizações psíquicas na chegada do bebê com MMC

As narrativas maternas teceram timidamente sobre um bebê de um tempo anterior à notícia do diagnóstico, o bebê idealizado. Quase não houve lugar para esses bebês, ou já tinham elaborado seu luto, ou provavelmente o silenciaram nas entrevistas, como uma defesa de autoproteção materna. Elas falaram de uma história que se iniciava no choque da notícia do diagnóstico. Seu novo bebê nascia no pré-natal, sob promessas e perigos, como Golse (2003) afirma que nascem os bebês. No caso dos bebês participantes, nasceram na promessa de serem maternados por suas mães, mas no perigo de uma relação de filiação marcada pela MMC. Elizabeth realçou: *“Eu não queria que Kara fosse daquele jeito”*. Durante a cena observada, porém, estão presentes trocas de carinhos entre mãe e filha, indicando ter ocorrido a tempo certa inscrição psíquica do bebê na mãe, diferente de seu discurso acerca da gestação.

A fala de Michele *“E poder até retirar ele, caso você deseje assim, porque vai ser um grande problema.”*, teria sido a definição do médico sobre o bebê com MMC. *“Um grande problema”* a ser exterminado, tornou-se uma expressão que minava de certo modo as expectativas desta mulher em relação ao futuro de Oliver. O que se sabe é que, segundo Golse (2003), todo bebê vive à espera de uma narrativa que não o condene - seja por parte da família ou dos profissionais, mas que lhe promova uma historicidade.

Além desse não lugar subjetivo atribuído ao bebê Oliver, houve o anúncio de um sutil risco colocado aos bebês, perante a um não saber materno preliminar. Elas também narraram sobre a falta de informações por parte do profissional para resolver as dúvidas maternas, como no trecho *“Da parte dele (do médico) eu senti uma falta de informação em relação a tudo, sabe? (...) não soube me explicar o que realmente poderia ser.”* (Frida). E esse vazio de informações acerca do bebê Diana pareceu ter sido atormentador para sua mãe. Ela gestava

um feto tão estranho, que o desconhecia não só por estar em desenvolvimento, no seu ventre, mas também por não estar definido em “*o que realmente poderia ser.*”

Ressalta-se, somadas aos fatos vividos na realidade, existem as afetações maternas a serem consideradas. Supõe-se haver a possibilidade de uma parte dessa narrativa de Michelle e de Frida poder ter sido também oriunda de suas fantasias, perante o choque pela perda do filho idealizado. Afinal, a história materna tem certa influência no recebimento da notícia. De acordo com Szejer (2016), a mãe pode vivenciar as palavras dos médicos de várias formas, mas uma coisa em comum entre essas mulheres é que sempre há um significado. Existe uma interdependência entre a maneira como a notícia é comunicada e como é recebida. As palavras e a forma de comunicar fazem uma inscrição na construção do bebê imaginário da mãe, devido a como ele irá ser submetido ao banho de linguagem.

Adotando um olhar sistêmico, compreende-se que as relações interpessoais em um hospital se tratam de um sistema aberto, onde a comunicação humana se torna um complexo processo de interações que produz significados, que podem ser mantidos ou alterados. As famílias atuam como coparticipantes no processo saúde/doença e experimentam a circularidade dos discursos modificando a percepção das interações e do local das intervenções. A teia dos discursos abrange aspectos que extrapolam a dimensão individual da pessoa que recebe a notícia de um diagnóstico. Dessa forma, a queixa materna torna-se complexa, mostrando enlaçamentos que podem estar ocultos ao compreender somente o fenômeno pessoa-doença (Carneiro, 2015).

Acerca do diagnóstico, destaca-se os sentimentos experimentados diante da falta de informações concretas sobre a MMC, o que gerou um sentimento em Frida, como ela mesmo traz: “*No ultrassom, o que me abalou mais foi a falta de informação também, tá entendendo?*”. Segundo o relato das mulheres, palavras negativas lhe foram comunicadas a

respeito do futuro dos bebês, por profissionais de saúde, gerando desesperança para as famílias sobre o futuro dos seus bebês. Judith refere assim: “*Eu não tenho nem o que falar pra você, apenas esteja preparada para mais coisas ruins, porque é difícil.*” A preparação para a chegada de um filho representava se preparar para um horror ainda não sabido. A relação da mãe e seu bebê com MMC já passa a ser previamente descrita e significada de forma antecipada e taxativa como uma relação de desafios e infelicidade ao longo do tempo. Na prática pediátrica, para além do diagnóstico, deve-se levar em consideração quais consequências a comunicação deste irá produzir na vida do bebê, e de seus familiares, pois as mesmas podem produzir transformações definitivas. O momento da notícia pode ser visto como um marco simbólico, em que há uma descontinuidade, que se divide entre o antes e o depois. O diálogo poderá ocorrer de forma horizontalizada, ou seja, em vários momentos juntamente com um acompanhamento longitudinal, e não de forma verticalizada, em um único momento. Durante o momento do diagnóstico, não há mudanças corporais no bebê, porém, para os pais ocorre uma nova realidade. Se os profissionais de saúde não escutarem os pais, desinteressando-se pelo saber e pelo desejo inconsciente destes, pode vir a instaurar uma ruptura na relação afetiva pais-bebê (Jerusalinsky, 2020).

A descoberta de uma deficiência no filho, ainda intra-útero, já provoca em si as fantasias destrutivas que os pais estabelecem por conta própria. Elizabeth manifestou seu desejo de morte do filho (“*era melhor eu ter perdido*”) que lhe sufocava, tanto quanto seu sentimento de culpa (“*eu fiquei me culpando*”). Por outro lado, as falas maternas sobre o bebê pareceram ceder espaço para a maternagem, a dedicação e o carinho que essas mães dirigiam aos seus filhos, e a importância que eles têm para elas.

Elizabeth verbalizou que sua menina “*é normal (...), ela só tem detalhes*”, mostrando-se uma mãe que faz função maternante, o que é imprescindível à vida psíquica do bebê. Elas

reconheceram seu amor materno, mostrando que seus bebês são diferentes, mas não devido à MMC, e sim por serem “uma criança de muito amor”, como afirmou Michele. Além de demonstrarem uma aceitação e acolhimento ao bebê por parte de toda família, Elizabeth reitera que *“Ela é linda, é normal, é perfeita do jeito que ela veio. Ela veio exclusivamente para mim.”* Judith significou seu bebê como *“o combustível (...) pra continuar.”*. Algumas mães sentiram a necessidade de descrever diversas vezes que seus filhos eram “normais”, outras, sobre relatos de preconceitos sociais. Dentro da perspectiva sistêmica, sabe-se que cada membro familiar ocupa uma posição no sistema e função de modo que cada membro (presente ou ausente) transforma o sistema, necessitando ser reconhecido como pertencente. Tais relatos demonstram ser uma necessidade de garantir o pertencimento do bebê ao sistema familiar.

Intervenções terapêuticas em estimulação precoce com o bebê e seus pais, tornam-se necessárias, quando há uma interrupção no processo de desenvolvimento, que impossibilita ao bebê revelar-se um sujeito a ser. O cuidado interdisciplinar no cenário da clínica precoce com bebês com deficiências, precisa atentar-se para a maneira como estes bebês são tomados ou não como pertencentes à linhagem familiar. Para Jerusalinsky (2020), o diagnóstico de uma patologia pode ter influências na forma como o bebê é falado e idealizado pelos pais, gerando sentimentos e emoções, apontando para um tempo psíquico de formação do luto pelo bebê que não se pode ter, supostamente perfeito.

As mães vivenciaram um tempo psíquico invadido por ódio, culpa e projeções, mas foram capazes de uma reorganização psíquica, reanimando-se na empreitada pela maternagem, reeditando suas expectativas sobre os filhos. Talvez, essas mães estivessem transbordando tais questões inconscientes e interativas no CER-IV. Sendo assim, indicaria necessidade de intervenção interprofissional por via de reconhecimento e amparo. Supõe-se

que seja neste tempo de flagelamento - quando os filhos são narrados como alguém que não deveria existir, que as equipes precisam estar aptas a suportar esse desejo mortificante e intervir na reorganização psíquica dessas famílias.

Afinal, para Jerusalinsky (2020), ao falarem dos filhos, os pais exprimem sua própria história de vida implicada em sua função junto ao bebê. Pela palavra, histórias são revividas, reativando uma parte não simbolizada do inconsciente dos pais, nisso estando incluso o bebê que eles foram, também suas representações paternas e maternas. Do ponto de vista sistêmico (Vasconcellos, 2018), esse processo de reorganização está a serviço de uma trama intergeracional familiar complexa, contínua e difícil de vivenciar.

2º Eixo: Afetos Maternos

Ainda seguindo a perspectiva sistêmica, desta vez considerando o princípio da equifinalidade em que os membros de um sistema adotam caminhos singulares, ainda que direcionados a um mesmo propósito, pode-se afirmar que as quatro mães e seus quatro bebês seguiram ao seu estilo, no esforço de se conhecerem, estando os filhos submetidos aos efeitos do inconsciente de seus pais. Nesta categoria então, serão destacados os afetos maternos, partindo-se também do pressuposto psicanalítico de que, mesmo que as mães sofram, é possível que os bebês sobrevivam psiquicamente, havendo outras pessoas ou até mesmo essas próprias mães que se reorganizam, amenizando a tempo as falhas ambientais (Szejer, 2016).

Como dito antes, as narrativas evocaram o sentimento de luto, disparado pela notícia do diagnóstico. Esse contexto reeditou na fantasia materna a perda de um filho, devido às gestações anteriores, como foi no caso de Elizabeth, com duas situações anteriores de gravidez embrionária. Expressões como “pra morrer”, “desabei” e “turbilhão de sentimentos”

surgiram nas falas de Michele, Frida e Judith, sobre um mesmo momento, representando diferentes sensações e vivências. No caso delas que receberam no pré-natal a notícia de diagnóstico, o bebê da realidade foi assim antecipado antes do nascimento. Enquanto o diagnóstico precoce é uma ação médica de ponta para a prevenção em saúde, por permitir estimular precocemente o desenvolvimento, aproveitando o tempo sensível e a plasticidade cerebral dos bebês, existe um outro lado, que não desvalida a importância deste avanço, mas surge como seu efeito. Quando as mães conhecem e são apresentadas à deficiência de um filho, geram ideias sobre o futuro dele, como sugeriu Elizabeth: *"Quando eu soube todas essas informações (...) Eu não queria estar mais grávida, eu não queria que Kara fosse daquele jeito. (...) Foi uma notícia que eu fiquei (...) quase depressiva; (...) eu não aceitava (...) eu não vivia, eu só chorava, então, para mim não existia vida"*. Conforme Lima et al (2018), o contexto da gravidez - com seus conteúdos conscientes e inconscientes - repercute no psiquismo materno, fazendo impressões psíquicas no próprio feto. Então, importa aos profissionais considerarem isso.

Palamin et al (2014) evidenciou reações semelhantes em pais que descobriram a deficiência auditiva de um filho. Uma parte fica chocada e deprimida, os sentimentos oscilam entre aceitação e rejeição, o que não representa falta de amor parental. Por um olhar sistêmico (Carter e McGoldrick, 1995), existem comprovações de que os estresses familiares ocorridos na transição de ciclos de vida, criam rompimentos e disfunções, como forças internas legítimas para uma nova homeostase.

Quando mães de bebês com deficiência fixam-se no diagnóstico do filho, dedicadas a viver centradas no que há de "estranho", elas podem restringir suas projeções sobre o futuro dos filhos: tornando-se inexprimível falar de outras experiências que não do viver orientado pelas falhas de seu bebê. Antes do diagnóstico, as mães pensam no seu filho como igual a

todos os outros, com os projetos de futuro indispensáveis ao psiquismo dele. A partir desta notícia difícil, elas perdem brutalmente o bebê idealizado, frente a frente com seu próprio fracasso feminino, sentindo-se culpadas e incompetentes diante da estranheza de seus bebês. Nascidos em contexto de deficiência, mães e bebês tornam-se estrangeiros um para o outro (Battikha, 2008). Há um risco de fraturar a fusão mãe-bebê, quando o bebê imaginário (do inconsciente materno) dá lugar ao bebê da realidade de modo traumático (Junqueira, 2014). Salvá-los deste risco requer respeitar o tempo subjetivo materno e intervir precocemente.

Eis um processo a ser suposto como sistêmico, pela recursividade (Vasconcelos, 2018), pois encontros e des(encontros) pareciam alternar entre essas mães e seus bebês, em repetições autorreguladoras das experiências maternas no contexto da notícia difícil, da cirurgia intraútero, das consultas que foram memorizadas como traumáticas. Todavia, mesmo que essa exaustiva função recursiva intrassistêmica seja inerente às adaptabilidades sucedidas entre mãe e bebê, nas desorganizações e reorganizações psicobiológicas, ambientes externos dessensibilizados podem incorrer em efeitos psíquicos nocivos. Ao que sugeriu Michele, podem constituir violência institucional na anterioridade do nascimento do bebê:

“o médico tratava muito mal a gente, porque ele não dava (...) expectativa de cirurgia e dizia que... principalmente o meu, né? (...) por ser mielo, (...) na cabeça dele, (...) não tem expectativa de marcha para andar, então, ele me tratava (...) muito mal mesmo, eu fiquei mal.”

Chamou atenção a fala de Michele, ao atribuir ao médico um ato desumano, pela repetição da palavra “mal”, dando a perceber o quanto isso a machucou. Ela se queixou de que ele não a deu expectativa sobre a marcha do bebê, parecendo nisso que ela significou o tratamento como mal. Porém, de fato, não é previsível no prognóstico da MMC prever o futuro dos bebês. Faz pensar na possibilidade das emoções de Michele, impactada diante do

diagnóstico, sendo este em si mesmo um fator que influenciou a interpretação materna sobre esta experiência. Pelo viés psicanalítico, é provável que as mães estivessem sob um mecanismo de defesa inconsciente, chamado de Projeção. Neste mecanismo de proteção do ego, o sujeito não reconhece a própria acusação, e como forma de recompensa, fica sem uma proteção contra as mesmas, de modo tais acusações retornam por meio de suas representações mentais, direcionando-as para o outro (Freud, 1986). Assim, essas mães podem ter projetado nos médicos o que elas não suportariam se direcionassem para si mesmas. Todavia, a agressividade que os pais direcionam para obstetras, médicos de ultrassom e pediatras contam com dados de realidade, mas incluem suas histórias primitivas inconscientes, sua relação com os próprios pais, também seu modo de lidar com os pais que são e com os filhos que têm.

Essa projeção pode ser influenciada por várias questões. Judith diz que *“o médico me falou da forma mais pura possível. (...) Mas assim, as palavras que ele me deu, não ‘foi’ uma palavra positiva.”* A notícia difícil de ouvir colocou-a em contato com o horror de estar gerando Bruce com deficiência, ferida no seu suposto fracasso feminino, para não tomar consciência do ódio por si mesma (o que seria insuportável), ela então projetou suas questões inconscientes no médico que não teria outra palavra a dar, a não ser aquela que ela odiou ter escutado - Bruce estava para nascer com MMC. Esta teria sido sua realidade imutável.

Além da projeção, essas mães usaram do mecanismo de esquiva, evitando o apego com o bebê, ou então se protegiam por via do esquecimento da experiência gestacional, anulando em sua memória o período em que as mulheres - em outras condições - costumam sentir-se completas e realizadas. Para Elizabeth, experimentar a maternidade nessas condições era legitimar as fantasias horrendas, de modo que ela resistia a tornar-se mãe (recusou produzir fotos de gravidez e cancelou um chá de revelação), interconectando-se com o atual subsistema (Elizabeth-Kara) e os subsistemas anteriores (Elizabeth-Gestações Embrionárias):

“Eu não queria me apegar e depois ter que passar novamente aquela dor da perda pela terceira vez. Então achei melhor fingir que não estava grávida (...) até quando ele disse que ela tinha evoluído normal... que ela ‘tava’ normal.” Parece que o inconsciente de Frida a defendeu, sabotando sua memória de gestação com Diana: *“Tenho recordações? Tenho! Mas são fracas, não são aquelas recordações tipo... Nossa durante o quinto mês, isso, isso e aquilo. É como se fosse uma coisa que aconteceu bem distante.”*

Talvez tenha sido deste modo que foi possível para Frida se ocupar de seu bebê. Como já exposto no eixo temático anterior, elas encontraram seu modo singular de reorganização psíquica, o que também foi vislumbrado pelo princípio da equifinalidade. Michele mudou seus afetos em relação a Oliver. Não se reconhecendo mais sem o mesmo, disse sentir o que nem esperava que fosse sentir algum dia: *“Eu me sinto realizada (...) um preenchimento que me dá na minha alma (...), um conforto que era aquilo que eu nem sabia que era meu sonho que era esse. (...) Uma coisa dentro de mim que precisava ser preenchida e eu encontrei.”* De modo parecido, Elizabeth compartilhou: *“Eu aceitei que minha filha tinha que ser minha. A Kara tinha que tá no nosso lar, tinha que ser nossa, é nossa. É uma dádiva, é uma dádiva minha filha”.* E foram essas saídas psíquicas maternas que pareciam permitir a formação do elo entre essas mães e seus bebês com MMC, ainda que fosse um elo registrado por tantas ambiguidades, desejo de que o bebê não existisse e outros afetos.

3º Eixo: Posturas Familiares Diante do Bebê com MMC

Como evidenciado nos eixos anteriores, as mães de bebês com MMC vivenciaram reorganizações psíquica, apesar das experiências traumáticas com o desaparecimento abrupto do filho idealizado, para receberem o filho com deficiência, antecipado na gestação. Desenvolveram mecanismos defensivos, protegendo-se e protegendo seus bebês - como um

direcionamento da função materna, elas se moveram para a vida, como narrou Frida: “*Vou lutar do começo ao fim, não quero saber quem eu encontre, quem eu não encontre.*”

Observado a relação disso com a função da rede de apoio sociofamiliar nesse processo de construção da maternagem de um filho com MMC. Segundo Frida, os “*cuidados de Diana é geral [risos] cada um ajuda um pouquinho (...) é uma vilazinha familiar, sabe?*”. Na leitura sistêmica (Vasconcelos, 2018), a vila familiar de Diana compunha seu ambiente protetivo, sob um processo de autorregulação do sistema familiar, através do que os membros cooperavam uns com os outros nas práticas de cuidado do bebê, mesmo que a mãe fosse vista como a cuidadora principal, na organização das hierarquias intrafamiliares (“mas assim, diariamente, é comigo que ela fica.”). Este sistema familiar era composto por tios e avós, sendo a avó materna a sua vizinha. Significativamente, a observação da cena doméstica foi realizada na casa desta avó, por uma escolha materna que revelou em si o princípio da globalidade do sistema, quando este se comporta como um todo (“uma vilazinha”). Sob uma perspectiva psicanalítica, os laços familiares são o próprio ambiente afetivo potencial para um bebê, a influenciar seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 2005).

Isso foi observado também na cena doméstica de Kara, em que estavam presentes Elizabeth, Felipe e um irmão. O pai brincava com a filha, dirigindo-lhe a palavra e convocando o bebê à fala: “*Tá conversando com papai? (...) Diz para eles: quem é a princesinha de papai!*” Nesta cena, a mãe permitia os jogos interativos da relação paterna no começo da vida, incitando esta relação, o que é próprio da função maternante; também o pai parecia assumir um lugar contextualizador da relação mãe-bebê, o que é próprio da função paternante (Golse, 2003). Enquanto isso, Kara reagia ativamente: gritava, sorria, colocava a mão na boca, deixava-se capturar pelos adultos, demonstrando interesse pelo brinquedo colorido com som. Curiosamente, o irmão mais velho surgiu de costas na cena, limitada pelo

enquadramento do celular, mas logo se retirou, deixando curiosidades sobre o seu lugar subjetivo na família, em contexto de uma irmãzinha com MMC. À luz dos eixos norteadores do IRDI, detectado que o casal parental antecipava no bebê a condição de sujeito, ao perguntar e responder por Kara. Neste sistema familiar, havia paternidade ativa.

Não foi o que ocorreu com Oliver e Michele. Esta mãe foi a única a se enxergar sozinha nos cuidados com o bebê, na ausência da rede sociofamiliar, contando apenas com o suporte afetivo da sua filha adolescente, que inclusive, era vítima de suposto estupro de vulnerável, praticada pelo pai de Oliver. Ao que parecia, ela precisava do amparo da rede intersetorial, não somente de que seu filho fosse acompanhado pela equipe interprofissional do CER-IV. Michele não fez referência à rede socioassistencial e de saúde, mas expôs sua resiliência diante da historicidade cruel: *“Eu me sinto realizada”*.

As narrativas mostraram diferentes formas de enfrentamento da realidade, desde o momento da notícia à execução da pesquisa. Fatores como “rede de apoio social” foram protetivas para essas mulheres – mães, além de estratégias de enfrentamento ligadas ao *coping* religioso, como expressou Judith: *“A gente encontra a vida na fé, que é o modo que a gente encontra de superar tudo.”*. Este recurso serve para que os indivíduos atuem frente ao estresse, ativando saídas criativas (Dalgarrondo, 2008). Eram assim suas saídas psíquicas individuais, também familiares, desenvolvidas nas situações adversas e nos sofrimentos.

Frida, Judith, Michele e Elizabeth protegeram Diana, Bruce, Oliver e Kara. Elas se mobilizaram para lutar por seus filhos, na escrita de histórias de vidas vividas com MMC.

Conclusão

As duas perspectivas teóricas mostraram-se relevantes para nortear a prática psicológica nos Centros de Reabilitação, que carecem de maior investimento científico. Apesar da incidência de MMC em bebês, são escassas as pesquisas em Psicologia neste tema. É urgente uma maior atenção, ampliando o saber sobre as dinâmicas familiares desses usuários, para proporcionar ao bebê e sua família um maior protagonismo e visibilidade.

Esta pesquisa obteve sucesso nos seus objetivos, ao ter sido possível entrar em contato com as vivências biográficas construídas pelas mães com seus bebês com MMC, acompanhados por um CER-IV. Foi possível evidenciar a dinâmica do sistema familiar no processo de constituição do psiquismo no começo da vida.

Nas historicidades, os dados sociodemográficos mostraram pontos em comum entre as mães, por exemplo, a orientação sexual, descrevendo-se na heteronormatividade familiar. As observações acessaram os afetos na prática: mães trocaram carinho com seus filhos, com olhares e sorrisos. Os bebês foram descritos de formas ambíguas, ora situados sem adjetivação (“não queria que Kara fosse daquele jeito”), um jeito horrível de ser constatado, desejando “ter perdido”. Contudo, foram também significados como “dádivas”. Nesses endereçamentos aos bebês, as mães defenderam-se com projeção, esquiva e esquecimento.

O banho de palavras em torno dos bebês com MMC interrelacionou com as evidências dos genetogramas: os sistemas familiares contavam com vitalidades ou fragilizações. Havia cooperação familiar no caso de Diana; mas havia também o distanciamento da família extensa de Oliver, inscrito nas fronteiras rígidas intrafamiliares, que contextualizaram suas primeiras experiências afetivas com a mãe e suas irmãs. Foram identificadas várias performances paternas: o pai de Diana (João), de Bruce (José) e de Kara (Felipe) participaram ao seu estilo do acompanhamento no CER-IV, mas houve também o pai de Oliver, afastado por medida protetiva, na judicialização da vida familiar. Salienta-se que os pais foram convidados à

entrevista, por intermédio das mães, mas se recusaram, assim como outros familiares. Oliver parecia demandar ao CER-IV a ativação da Atenção Primária em Saúde, também ações básicas de proteção social, para fortalecimento de vínculo em rede. Ainda sobre as redes, foi evidente os efeitos da relação com os profissionais. Elogiaram a equipe do CER-IV e acusaram de despreparo no manejo de notícias difíceis os médicos que noticiaram o diagnóstico.

O diálogo entre as abordagens sistêmica e psicanalítica permitiu desenvolver a temática em um contexto amplificado, pautado na interdisciplinaridade de saberes. Com esta pesquisa, estima-se contribuir para uma assistência integral ao bebê com MMC. Sugere-se atenção para ativar a intersetorialidade em saúde e em assistência social, também contínua atenção na promoção de saúde mental no começo da vida, na via de legitimar o protagonismo do bebê e de suas famílias. Outra sugestão está em promover pesquisas que escutem os irmãos de bebês com MMC, para melhor entender as implicações da relação fraterna na subjetividade de irmãos como o de Kara, que se recusou a brincar em uma cena de observação. Acredita-se na relevância deste estudo, que deu voz às mães e reconheceu o bebê com MMC como interlocutor – sujeito a advir, e desde já, inserido na complexidade do seu sistema familiar.

Referências:

Angerami, V. A. (2014). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. (2a ed). São Paulo: Cengage Learning.

Battikha, E. C. (2008). A inscrição do estranho no familiar. In: Kupfer, M. C. M., Teperman, D. *O que os bebês provocam nos psicanalistas*. (pp.135-145). São Paulo: Escuta.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*.

Brasília: Ministério da Saúde. 184p.

Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*.

Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niPE.def>.

Carneiro, T. F. (2015). *Família e casal: Parentalidade e filiação em diferentes contextos*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, Prospectiva.

Carter. B., McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Dalgalarondo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

Ferreira, J.Z., Biezus, D.T., Pfau, M. E., Silva, R.F., Brandão, S. S., Françaço, H. G., Diegues, M. E. M., Adamowski, E.V. (2020). *Prevalências dos casos de Espinha Bífida com diversas variáveis em Recém-Nascidos entre os anos de 2015 a 2017*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.31, n.2, pp.28-32 (Jun–Ago). Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200704_160043.pdf>

Freud, S. (1896). *Análise de um caso de paranóia crônica*. In: Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. Imago.

Gil, A. C. (2018). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (6a ed.). São Paulo: Atlas.

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

Jerusalinsky, J., Melo, M.S. (2020). *Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce*. (pp 39-53). (1a ed). Salvador: Ágalma.

Junqueira. M. F. A. (2014). *Parentalidade contemporânea: encontros e desencontros*. Primórdios, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 33-44.

Kupfer, M. C. .M; Bernardino, L. M. F. (2018). *IRDI: Um instrumento que leva a psicanálise à Polis*. *Estilos da Clínica*, 23(1), 62-82. Disponível em:<
<https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p62-82>>

Lima, C.C. N., Cortinaz, T., & Nunes, A. R. (2018). *Desenvolvimento Infantil*. Porto Alegre: SAGAH.

Melo, J.R.T. (2019). Mielomeningocele: Diagnósticos pré e pós natal. In: Caselato, G.C.R. (2019). *Neurocirurgia Pediátrica - Da Simulação à Prática*. (pp.188-193). (1a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier. Disponível em:
<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595150614/epubcfi/6/2%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dcover%5D!/4/4/2%5Bcover01%5D/2%4050:48>>

Minayo, M. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec.

Palamin, M. E. G. et al. (2014). *A ansiedade materna durante o diagnóstico da deficiência auditiva: contribuição da intervenção psicológica*. *Revista Brasileira de Educação Especial* [online], v. 20, n. 4, p. 569-580, out./dez. Marília. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1413-65382014000400008>.

Pedreira, D. A. L, Bevilaqua, N. (2018). Cirurgia fetal na Mielomeningocele. In: Fonseca, E. B, Sá, R. A. M. *Medicina Fetal*. (pp. 222-229). (2a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier. Disponível em:<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595154834/epubcfi/6/2%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dcover.xhtml%5D!/4/2/2/4%5B3153f94e-b2c2-41ba-d076-88a79b5ded4f%5D%4050:46>>

Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. (2012). Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

Sanchez. F.A. (2020). A família na visão sistêmica. In Teodoro, M.L.M, & (Org.), Baptista, M.N. *Psicologia de Família: Teoria, Avaliação e Intervenção*. (pp. 15-25). (2a ed.). Porto Alegre: Artmed. Disponível em:<<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582716038/epubcfi/6/22%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter2.xhtml%5D!/4/2/2/2/4%4050:15>>.

Sociedade Brasileira de Pediatria (2019). Manual de Orientação. Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital. #menos telas #mais saúde. Rio de Janeiro: SBP. 12p. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22246c-ManOrient_-_MenosTelas_MaisSaude.pdf

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.

Szejer, M. (2016). *Se os bebês falassem*. São Paulo: Instituto Langage.

Vasconcellos, M.J.E. (2018). *Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência*. (11a ed).
Campinas, SP: Papirus.

Winnicott, D. W. (2005). *A família e o desenvolvimento individual*. [3. ed]. São Paulo:
Martins Fontes. 247 p.