

Dossiê

Investigações sobre as possibilidades de operação de suposição de sujeito na situação de internação do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal

Lívia Suisso Lourenço e Laguna; Carolina Valério Barros

Resumo. A prematuridade e internação do bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal compreendem situação potencialmente traumática, capaz de fragilizar o exercício da função materna e estabelecimento do laço afetivo mãe-bebê, fundamentais para a constituição subjetiva da criança. Esta pesquisa investigou a constituição subjetiva do bebê prematuro hospitalizado a partir do referencial teórico-clínico psicanalítico e aplicação da primeira faixa etária (0 a 4 meses incompletos) do protocolo IRDI – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. Tomou-se como foco de investigação as possibilidades de operação de suposição de sujeito na situação de hospitalização do recém-nascido pré-termo. Verificou-se que foi possível para o agente da função materna produzir a antecipação de sujeito no filho, mesmo na situação atípica de internação do bebê.

Palavras-chave: prematuridade; internação em UTI neonatal; IRDI; suposição de sujeito.

Investigaciones sobre las posibilidades de operación de asunción del sujeto en la estancia del recién nacido prematuro en la UCI

Resumen. La prematuridad y la hospitalización del bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales incluyen una situación potencialmente traumática, capaz de debilitar la función materna y establecer el vínculo afectivo madre-bebê, fundamental para la constitución subjetiva del niño. Se investigó la constitución subjetiva del bebé prematuramente hospitalizado a partir de la referencia teórico-clínica psicoanalítica y la aplicación del primer grupo de edad (0 a 4 meses incompletos) del protocolo IRDI - Indicadores Clínicos de Riesgo para el Desarrollo Infantil. La investigación se centró en las posibilidades de operación de asunción del sujeto en la situación de hospitalización del recién nacido prematuro. Se comprobó que era posible que el agente de la función materna produjera la anticipación del sujeto en el niño, incluso en la situación atípica de hospitalización del bebé.

Palabras clave: prematuridad; admisión en la UCI neonatal; IRDI; asunción del sujeto.

*Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica Institucional (Modalidade Residência Hospitalar) pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Residência Multiprofissional em Neonatologia pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: liviasuisso@gmail.com

**Psicóloga. Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Preceptora e orientadora da residência multiprofissional em Neonatologia do Hospital Municipal Maternidade-Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva – HMEC, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: cvbps@hotmail.com

Investigations on the possibilities of subject assumption operation in the preterm newborn's ICU stay

Abstract. Prematurity and hospitalization of the baby in the Neonatal Intensive Care Unit include a potentially traumatic situation, capable of weakening the maternal function and establishing the mother-baby affective bond, which is fundamental for the child's subjective constitution. This research investigated the subjective constitution of the prematurely hospitalized baby from the psychoanalytical theoretical-clinical reference and application of the first age group (0 to 4 incomplete months) of the IRDI protocol – Clinical Indicators of Risk for Child Development. The focus of the investigation was on the possibilities of subject assumption operation in the preterm newborn's hospitalization situation. It was verified that it was possible for the maternal function agent to produce the anticipation of the subject in the child, even in the atypical situation of hospitalization of the baby.

Keywords: prematurity; neonatal UCI admission; IRDI; subject assumption.

Enquêtes sur les possibilités d'opération de supposition du sujet pendant le séjour en soins intensifs du nouveau-né prématuré

Résumé. La prématurité et l'hospitalisation du bébé dans l'unité de soins intensifs néonataux comportent une situation potentiellement traumatisante, capable d'affaiblir la fonction maternelle et d'établir le lien affectif mère-bébé, fondamental pour la constitution subjective de l'enfant. Cette recherche a examiné la constitution subjective du bébé prématurément hospitalisé à partir de la référence psychanalytique théorique et clinique et de l'application du premier groupe d'âge (0 à 4 mois incomplets) du protocole IRDI - indicateurs cliniques de risque pour le développement de l'enfant. L'enquête s'est concentrée sur les possibilités d'opération de prise en charge du sujet dans la situation d'hospitalisation du nouveau-né prématuré. Il a été vérifié qu'il était possible pour l'agent de la fonction maternelle de produire l'anticipation du sujet chez l'enfant, même dans la situation atypique de l'hospitalisation du bébé.

Mots-clés: prématurité; admission à l'USI néonatale; IRDI; supposition du sujet.

O presente estudo originou-se da prática clínica do psicólogo residente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, local privilegiado para a observação do nascimento do sujeito psíquico e de sua relação intrínseca com a construção do laço afetivo mãe-bebê. A partir do trabalho de escuta especializada às mães de bebês prematuros internados, surgiu o interesse por pesquisar a constituição psíquica na situação de prematuridade, tomando como ponto de partida a operação de suposição de sujeito.

A suposição de sujeito consiste em “uma antecipação, realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê, que ainda não se encontra, porém, constituída”. (Kupfer et al., 2010, p. 53) Esta operação representa um dos quatro eixos teóricos que fundamentam os indicadores IRDI – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil.

A Pesquisa IRDI delimitou 31 indicadores clínicos capazes de prever risco para o desenvolvimento infantil. De acordo com Kupfer et al. (2010), os indicadores IRDI foram construídos a partir de quatro eixos teóricos: suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença-ausência e função paterna. Os referidos eixos teóricos constituem quatro operações que deverão ser sustentadas pelo agente da função materna para o bebê. A sustentação dessas operações cria as condições para a instalação do sujeito psíquico, a partir do qual o desenvolvimento da criança se organiza.

O desenvolvimento humano compreende o “produto de uma dupla inscrição; de um lado incidem os processos maturativos de ordem neurológica e genética, e de outro lado, os processos de constituição do sujeito psíquico”. (Kupfer et al., 2010, p. 51)

Coriat e A. Jerusalinsky (2001) consideram que, ao tratar de desenvolvimento, deve-se fazer uma distinção entre os aspectos estruturais, as articulações que constituem o sujeito, e os instrumentais, os instrumentos (ferramentas) dos quais o sujeito se vale para realizar intercâmbios com o meio.

O sujeito é uma noção que não coincide com as noções do Eu ou de personalidade, mas uma instância psíquica inconsciente. Constrói-se, desde o início da vida de uma criança, a partir de um campo social preexistente – a história de um povo, de uma família, do desejo dos pais – mas também a partir dos encontros, intercorrências e acasos que incidem na trajetória singular da criança. (Kupfer et al., 2010, p. 51)

Kupfer et al. (2010) afirmam que o sujeito psíquico compreende um elemento organizador do desenvolvimento da criança em todas suas vertentes – física, psicomotora, psíquica e cognitiva. Coriat e A. Jerusalinsky (2001), por sua vez, referem que os aspectos estruturais – o aparelho biológico e o sujeito psíquico – ocupam lugar central no desenvolvimento da criança, pois determinam e oferecem a base para que os aspectos instrumentais se desenvolvam e sejam executados pelo sujeito.

Conforme mencionado, o agente materno, ou cuidador principal, deverá sustentar algumas operações – relativas à função materna – que irão instalar o sujeito psíquico no bebê. Pretende-se aqui destacar a operação de suposição de sujeito, de acordo com J. Jerusalinsky (2002b),

Ainda que as diferentes reações que um bebê apresenta ao nascer sejam involuntárias (na medida em que são regidas pelos automatismos dos reflexos arcaicos), a mãe as toma como produções de um sujeito, atribui a autoria das mesmas ao desejo que supõe no bebê. Trata-se aí de uma suposição, pois o bebê não se encontra de fato constituído como sujeito. Tal constituição depende justamente de que ela seja inicialmente suposta ou antecipada. (p. 248)

Conforme assinalado, ressalta-se a importância que as relações estabelecidas entre o bebê e seus cuidadores possuem para sua constituição psíquica e desenvolvimento. Para Freud (1895/1996), o bebê humano nasce marcado por um estado de desamparo primordial. O bebê ao nascer se encontra em um estado de dependência total de um adulto, na maioria das vezes a mãe, que será responsável por satisfazer suas necessidades (fome) e empreender as ações indispensáveis à sua sobrevivência e desenvolvimento.

Laplanche e Pontalis (2001, p. 112) destacam que “o estado de desamparo em correlação com a total dependência do bebê com relação à mãe . . . influencia assim de forma decisiva a estruturação do psiquismo, destinado a constituir-se inteiramente na relação com outrem”.

Portanto, de acordo com o proposto por Freud (1895/1996), o bebê ao nascer não possui a maturidade psíquica e orgânica necessárias para sua sobrevivência. Justamente por nascer nessa situação de desamparo e total dependência de um adulto, o bebê se constitui a partir da relação com o outro.

Desse modo, se o bebê nasce nesse estado de desamparo e dependência, tampouco a maternidade constitui função garantida por condições naturais e biológicas. A função materna é decorrente do estabelecimento de um vínculo, laço simbólico, entre mãe e bebê. (Iaconelli, 2015; J. Jerusalinsky, 2002b)

A experiência de gerar um bebê não basta para que uma mulher se reconheça como mãe, pois a construção da maternidade implica um longo processo a ser percorrido na apropriação da figura do bebê (filho) pela mulher. De acordo com Iaconelli (2015), a função materna se

constitui no corpo-a-corpo entre a mãe e o bebê, no reconhecimento pelo laço social do valor da maternidade e assunção do desejo na mulher de ser mãe. Esse contato corpo-a-corpo, destacado pela autora, é fundamental para a constituição psíquica do bebê.

Assim, se nas gestações levadas a termo a mulher dispõe de tempo para elaborar e dar continuidade à construção da maternidade, na situação de prematuridade o parto é permeado pela urgência e pode envolver um trauma para mãe e bebê. (Gomes, 2004; Mathelin, 1999)

A situação de prematuridade compreende os bebês nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas completas. Alguns bebês prematuros nascem com uma condição clínica instável e necessitam de cuidados técnicos constantes. Esses bebês geralmente são direcionados à unidade de terapia intensiva neonatal imediatamente após seu nascimento, o que provoca uma separação precoce e muitas vezes prolongada entre mãe e bebê.

Vale lembrar que, de acordo com Agman, Druon e Frichet (1999, p.18), o trauma "é um evento que, em função de sua intensidade afetiva, ultrapassa as capacidades do sujeito de responder a ele adequadamente e pode, então, provocar efeitos patológicos duráveis".

Portanto, por se tratar de uma situação com potencial traumático, o nascimento prematuro pode vir a dificultar as primeiras interações entre mãe e bebê. E, através da escuta destas mulheres que se tornam mães prematuramente e se deparam com a situação de hospitalização de seus bebês, podem ser identificadas, de forma precoce, dificuldades no estabelecimento dessa relação.

A situação traumática à qual os pais são expostos também atinge o bebê que, desde um momento primordial de sua vida, passa por vivências de desamparo, por intervenções que o expõem à dor, estresse, vulnerabilidade e risco. (Wanderley, 1999)

De acordo com Gomes (2004), nas situações de parto prematuro, a mulher pode experimentar sentimentos de perda em função da separação que se impõe no nascimento e das dificuldades que envolvem a situação de prematuridade. Segundo a autora, para que a mulher possa se aproximar do bebê ela terá que elaborar o impacto que o parto prematuro lhe impõe, de forma que os primeiros contatos com o recém-nascido se darão através da equipe de saúde.

Wanderley (1999) afirma que o bebê prematuro pode ser vivenciado pela mãe como uma criança dos médicos, o que coloca em dúvida o saber materno sobre os cuidados com o filho. Esse saber é construído na interação entre mãe e bebê, no corpo-a-corpo entre eles e é fundamental para a constituição subjetiva do infans e reconhecimento da mulher enquanto mãe.

Winnicott (1956/2000) conceituou o saber materno e propôs que o que sustenta esse saber não é uma deliberação intelectual (Dias, 2003), mas, uma identificação com o bebê que se torna possível porque a mãe adentra em uma condição organizada, um estado de exacerbada sensibilidade que lhe permite "sentir-se no lugar do bebê, e assim corresponder às suas necessidades". (Winnicott, 1956/2000, p. 403) Essa capacidade materna provém da própria experiência do bebê que a mãe foi e dos cuidados por ela recebidos: "ela guarda memórias corporais de conforto e segurança, além de experiências de intimidade pessoal". (Dias, 2003, p. 135/136) Essas memórias, portanto, também são transmitidas no corpo-a-corpo com o bebê.

Essa condição organizada materna, segundo Winnicott (1956/2000), implica um estado psicológico que se aproxima de uma condição psiquiátrica, e que o autor chega a pensar em termos de um adoecimento, caso uma gravidez não estivesse em curso e, posteriormente, não existisse um bebê.

A esta condição Winnicott deu o nome de Preocupação Materna Primária e assinalou que, apesar de necessária – já que possibilita a adaptação sensível às necessidades do bebê nos primeiros momentos de vida (Winnicott, 1956/2000) –, deve ser temporária, iniciando ao final

da gravidez e perdurando semanas após o parto. E, nesse contexto, o que se assinala é que a separação muito inicial, resultante da situação de internação em UTI do bebê prematuro, pode dificultar esse estado de fusão emocional/identificação em que a mãe é o bebê e o bebê é a mãe, o que, por sua vez, pode fragilizar o saber materno.

Portanto, a experiência de prematuridade pode produzir consequências para a mãe e bebê. A mulher terá que lidar com a separação que se impõe logo ao nascimento e com um bebê que, em virtude de sua imaturidade e delicado estado clínico, muitas vezes não é capaz de responder aos seus apelos de contato. Desse modo, a mulher terá que lidar com a questão da morte e com as possibilidades de perda do filho. (Gomes, 2004)

Pode-se dizer então que a prematuridade constitui situação de risco para o desenvolvimento infantil, pois a separação precoce mãe-bebê pode interferir na construção do laço afetivo entre eles. Diante da separação imposta pela situação de prematuridade, mãe e bebê terão que descobrir uma maneira de aproximação e contato, a fim de promover a constituição e desenvolvimento do bebê enquanto sujeito. Desse modo, na situação de prematuridade e hospitalização, o exercício da função materna pode ficar inicialmente prejudicado. O bebê se encontra privado das ações e cuidados maternos em um momento precoce e de extrema dependência.

É assim que se pretendeu, com este estudo, investigar as possibilidades de operação de suposição de sujeito em recém-nascido pré-termo em situação de internação em UTI neonatal.

Percebeu-se que, mesmo na situação de prematuridade e internação do recém-nascido, a construção do laço afetivo entre mãe e bebê é possível. O trabalho do psicólogo junto à díade mãe-bebê visa permitir que o agente da função materna elabore a situação de hospitalização e se aproprie dos cuidados com o bebê, retomando as interações com o filho, fundamentais para que ocorra a antecipação no bebê de um sujeito ainda não instalado.

Método

Este estudo compreendeu uma pesquisa transversal descritiva, de natureza qualitativa, desenvolvida durante o período de junho a setembro de 2020. As participantes da amostra foram recrutadas por conveniência em uma maternidade pública localizada na Zona Norte da cidade de São Paulo, referência para atendimentos obstétricos e neonatais de alta complexidade.

A amostra abrangeu oito participantes mulheres cujos recém-nascidos prematuros se encontravam internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Foram excluídas do estudo mulheres não brasileiras, usuárias de substâncias psicoativas e com comprometimento mental ou cognitivo, assim como bebês com malformação congênita, recém-nascidos pré-termo extremo, sedados e em processo de acolhimento.

As mães foram convidadas a participar da pesquisa de forma voluntária e manifestaram concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após obterem informações detalhadas sobre os procedimentos da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: inicialmente por meio de entrevista semiestruturada, e posteriormente a partir de duas observações da interação mãe-bebê através da aplicação da primeira faixa etária (0 a 4 meses) do Protocolo IRDI – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. A aplicação do instrumento ocorreu com intervalo de uma semana (sete dias), dentro do período de internação do bebê em unidade de terapia intensiva neonatal.

Os dados foram avaliados através da análise de conteúdo, utilizando as seguintes fases de análise: pré-análise (ordenação dos dados), exploração do material (classificação dos dados), tratamento dos resultados obtidos e interpretação (articulação entre os dados obtidos na entrevista semiestruturada, os resultados da aplicação do IRDI e os referenciais teóricos utilizados no estudo).

De acordo com Campos (2004), a análise de conteúdo compreende um método de análise utilizado em pesquisas qualitativas cujo objetivo é a busca dos sentidos de um documento. Esta técnica investiga os conteúdos manifestos pelo entrevistado, assim como os conteúdos expressos nas figuras de linguagem, silêncios e entrelinhas. Desse modo, buscou-se investigar o conteúdo subjacente ao manifesto a fim de responder às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

Resultados

A amostra foi composta por 8 mulheres, elegíveis de acordo com os critérios de inclusão do estudo. As participantes tinham idade entre 18 e 38 anos e seus bebês haviam nascido com idade gestacional entre 31 e 34 semanas, caracterizando um parto prematuro. No momento da entrevista, os bebês encontravam-se entre o 2º e o 41º dia de internação. Tratava-se do primeiro filho vivo de quatro participantes. Três participantes haviam sofrido aborto anterior. Uma participante havia sofrido um óbito neonatal anterior. Três participantes haviam vivenciado parto prematuro anteriormente.

O nascimento prematuro do bebê foi percebido pelas participantes como um momento de intenso sofrimento, gerador de medo, ansiedade, sentimento de impotência e culpa.

“Terrível. Chorei na hora que nasceu, chorei quando eu vi, chorei no quarto, chorei acho que uns dois dias, nos dois primeiros dias eu só chorava.” (L., 29 anos)

“Medo e desespero. Principalmente medo e ficava me perguntando por que isso aconteceu comigo.” (C., 38 anos)

“Eu me senti . . . culpada, angustiada e triste por ver ela daquele jeito e não poder fazer nada.” (F., 34 anos)

Uma das participantes referiu que inicialmente percebeu o nascimento prematuro do bebê como positivo, esta foi uma resposta desviante dentro do total da amostra. Este relato parece revelar a ansiedade materna para conhecer o bebê e também um desconhecimento sobre as possíveis consequências da prematuridade.

Vou dizer pra você que quando a médica disse assim: você vai ganhar neném, eu fiquei super feliz porque meu sonho era ver logo a carinha dela, levar ela pra casa, passear. Então ganhar ela antes do tempo, saudável, pra mim era bom. Mas hoje eu vi que não foi bom né. (I., 38 anos)

O bebê prematuro foi percebido pela mãe como uma criança frágil que necessita de cuidados redobrados e desde cedo precisa lutar pela vida. Algumas mulheres referem que o primeiro contato com o filho prematuro trouxe insegurança e questionamentos.

“Foi uma surpresa né, porque quando eu vi ele pela primeira vez ele tava todo murquinho, magrinho, todo cheio de aparelhinho, assim bem delicado, bem sensível né. Ai eufalei: ah meu Deus, será que é meu filho mesmo?” (C., 38 anos)

“Eles vêm apressadinhos, então eles são especiais, né. É como falam, os cuidados têm que ser redobrados.” (G., 22 anos)

Deve-se assinalar, contudo, que ainda que o bebê prematuro seja visto como frágil, percebeu-se que as mães não deixaram de antecipar sobre o filho uma potência de vida, identificando-o como uma criança que está lutando pela vida.

Ele já é um guerreirinho, porque desde que nasceu já vai passando por um monte de coisas, é um jogo de vida né, mesmo que esteja tudo bem, ele tá ali lutando pelo bem dele, e por isso é importante ter a mãe sempre ali acompanhando. (G, 22 anos)

Ele não tinha nem um quilo quando nasceu, era uma coisinha muito pequenininha. Vendo a evolução dele até agora eu penso: é um milagre. Eu falo todo dia pra ele: você é um guerreiro, é um valente, você é lutador. (C., 38 anos)

A situação de internação do bebê em UTI neonatal pareceu promover tensão e medo constantes de que o bebê tenha uma piora do quadro clínico. Observou-se que, nesse contexto, muitas vezes o exercício da função materna se mostra fragilizado ou ocorre de modo atípico, sob constante ameaça de perda do bebê.

“Então é muito mais tenso, é muito mais preocupante, é o triplo do cuidado porque toda hora você tem o risco de ter uma infecção.” (L., 29 anos)

“Toda vez que eu tô aqui e vem alguém falar comigo eu já fico com um aperto no coração. Tenho medo de chegar aqui e falarem que meu filho tá com algum problema, sabe?” (S., 18 anos)

Constatou-se que a internação do bebê provocou a separação precoce entre mãe e filho. O contato restrito entre mãe e bebê foi descrito como uma das maiores dificuldades enfrentadas durante a internação do bebê.

É difícil né, dá vontade de ficar segurando, de você sentir, porque você vê nos hospitais . . . que o contato do filho com a mãe é um remédio e eu não tive como dar esse remédio para a minha filha. (I., 38 anos)

“Não é fácil porque eu não posso fazer o papel de mãe, eu não posso dar banho, não posso trocar, não posso amamentar. Tudo isso por conta da prematuridade dele.” (A., 19 anos)

Ainda que as possibilidades de contato corpo-a-corpo entre mãe e bebê internado sejam poucas, inicialmente restritas a abrir a incubadora, tocar e falar com bebê, esse contato foi fundamental para a mãe sentir-se próxima ao bebê e perceber que é capaz de cuidar do filho. As possibilidades de contato com o filho permitiram à mãe interpretar as ações do bebê como uma resposta ao seu toque e voz. Desse modo, verificou-se que as mães puderam antecipar um sujeito no bebê, interpretando a atividade espontânea do mesmo como uma resposta à sua presença.

Sempre que eu falo com ele, ele aperta com força a minha mão, olha pra mim, e dá um suspiro bem forte, assim aliviado. Então acho que ele sente que é a mãe e o carinho da mãe por ele. Eu fico feliz, fico aliviada, qualquer detalhe mínimo que ele fizer pra mim já é uma alegria muito forte. (C., 38 anos)

Durante o exame do pezinho ele tava chorando e aí eu comecei a acariciar, mas ele não melhorou, ele continuou com a agitação, mas no momento que eu comecei a falar ele já parou para prestar mais atenção... Talvez esse tenha sido o momento mais emocionante que eu tive com ele. Ele parou de chorar, como se fosse um conforto pra ele ouvir a minha voz. (A., 19 anos)

Observou-se que as possibilidades de contato entre mãe e bebê permitiram a introdução do bebê na linhagem familiar, a partir da apreensão materna de características do bebê que remetem à personalidade ou às características físicas da mãe, pai ou irmãos. Desse modo, mesmo com as limitações e situação atípica assinaladas, percebeu-se o exercício da função materna em sua operação de introdução do bebê na família, cultura e linguagem.

“O jeito dele... É um jeito meio que preguiçoso, mas frescurento também, porque eu era assim também quando eu era mais nova.” (S., 18 anos)

“Ela puxou eu. Pode ser que seja bom, porque ela vai ter uma personalidade forte, mas imagina duas pessoas iguais, uau, vai ter atrito, vai ter conflito.” (A., 20 anos)

Algumas mães destacaram a importância de manter uma relação de confiança com a equipe de saúde responsável pelos cuidados do bebê, pois, deste modo, elas puderam sentir-se menos inseguras e angustiadas em se ausentar da unidade neonatal.

“Eu venho de manhã e à noite para pegar amizade com a enfermeira e ver se ela tá tomando conta dela direito . . . tem que pegar confiança nelas né.” (F., 34 anos)

Verificou-se a relevância do trabalho da equipe de saúde e das falas relacionadas ao bebê para a apreensão deste enquanto sujeito pela mãe. Essas falas parecem influenciar a maneira como a mãe percebe o bebê e interpreta sua personalidade. Percebeu-se que as falas da equipe podem favorecer a antecipação de um sujeito no bebê pela mãe em um ambiente hospitalar, onde o corpo orgânico é privilegiado em detrimento do psiquismo incipiente do bebê.

“Eu acho que ele é bravinho, nervoso... Pelo menos as enfermeiras falam pra mim que ele é bem bravinho, bem nervoso.” (C., 38 anos)

Converso muito com ela. Inclusive ela é brava . . . E é agitada, tem que ser do jeito dela. Toda vez quando eu entro na sala a enfermeira fala: mãe, a sua filha é muito brava, tem que ser do jeito dela. (A., 20 anos)

Em relação aos resultados da aplicação do protocolo IRDI, foram realizadas ao todo doze observações da interação entre mãe e bebê em situação de hospitalização do bebê prematuro em UTI neonatal. Quatro duplas mãe-bebê foram observadas duas vezes e quatro duplas foram observadas apenas uma vez. Um dos limites encontrados pela pesquisa foi a variabilidade do tempo de internação do bebê, em alguns casos a internação foi breve, inviabilizando a possibilidade de fazer a segunda observação com o intervalo de uma semana.

A aplicação do IRDI ocorreu quando os bebês estavam entre o 7º e 77º dia de internação, com idade gestacional corrigida entre 33 e 41 semanas.

Dentre as doze observações, duas ocorreram enquanto os bebês se encontravam internados em incubadora, fator que pode limitar o contato entre mãe e bebê e por consequência reduzir as trocas entre eles. Dez observações ocorreram quando os bebês se encontravam no berço, o que permitiu à mãe contato e proximidade com o bebê, favorecendo as trocas entre eles.

Utilizou-se a primeira faixa etária de aplicação do Protocolo IRDI (0 a 4 meses incompletos) e observaram-se os seguintes indicadores:

1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer

2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)
3. A criança reage ao manhês
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação
5. Há troca de olhares entre a mãe e a criança

Apresentam-se a seguir os resultados de cada indicador isoladamente. O primeiro indicador – Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer – foi observado sete vezes e não foi visualizado em cinco observações. A ausência do indicador parece estar relacionada às particularidades do bebê prematuro que, por sua imaturidade orgânica, apresentou-se sonolento durante a aplicação do protocolo.

Uma das participantes referiu perceber que o filho fica com a face vermelha quando vai começar a chorar ao que ela responde conversando com o bebê e, caso a conversa não funcione, ela lança a hipótese de que o filho esteja com fome ou com a fralda suja. Tal comentário feito pela participante durante a aplicação do instrumento revela o investimento materno no bebê e nas possibilidades de troca com o filho, mesmo no contexto restritivo da UTI neonatal.

O segundo indicador – A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês) – foi observado onze vezes e não foi visualizado uma vez. A fala e o toque são importantes recursos que as mães dispõem como forma de aproximação e contato com o filho hospitalizado. A presença quase absoluta desse indicador revela que as mães puderam superar os obstáculos iniciais ao exercício da função materna que a situação de prematuridade e internação do bebê impõem. Desse modo, observou-se que as mães exerceram o manhês com o bebê durante a internação, convocando o filho a entrar na linguagem e no circuito de prazer e desejo expresso por meio dos picos prosódicos presentes na fala dirigida a ele.

O terceiro indicador – A criança reage ao manhês – foi observado oito vezes e não foi visualizado em quatro observações. A ausência deste indicador também está relacionada ao estado de sonolência que os bebês prematuros por vezes apresentam em decorrência de sua imaturidade orgânica. Em razão da sonolência do bebê durante a aplicação do IRDI, não foi possível realizar a observação direta do indicador em dois casos, assim, optou-se por realizar inquérito para averiguar a presença ou ausência do indicador, resultando em resposta positiva por parte da mãe.

Uma das participantes referiu que o filho responde ao manhês segurando forte o dedo dela, o que ressalta a importância do contato entre mãe e bebê durante a situação de internação, além de indicar que nesse contexto a mãe busca realizar interpretações e construir significações acerca dos reflexos motores espontâneos do bebê, antecipando uma resposta do filho aos seus apelos de contato.

O quarto indicador – A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação – foi observado sete vezes e não foi visualizado em cinco observações. A ausência do indicador também está relacionada ao estado de sonolência do bebê conforme descrito anteriormente. Em alguns casos, observou-se a tentativa materna de acordar o bebê durante a aplicação do protocolo, porém, percebendo o estado de sonolência do filho, a mãe deixou o bebê continuar a dormir.

Durante a aplicação do protocolo, no momento em que o bebê se encontrava na incubadora, e a mãe estava passando o leite pela sonda nasogástrica, ao perceber uma agitação motora do filho, a mãe interrompeu a passagem do leite, tentou acalmar o bebê e aguardou até que ele estivesse menos agitado para voltar a ofertar o alimento.

Observou-se também que durante a amamentação uma das mães foi capaz de perceber o cansaço do bebê em sugar, retirando o seio da boca do filho e voltando a ofertá-lo após o bebê

recuperar o fôlego. Dito isso, pôde-se perceber que este indicador é observado nas sutilezas da interação mãe-bebê quando se trata do contexto de hospitalização do prematuro em UTI neonatal.

Por fim, o quinto indicador – Há troca de olhares entre a mãe e a criança – foi observado nove vezes e não foi visualizado em três observações. A não observância do indicador está relacionada ao estado de sonolência do bebê prematuro durante as aplicações, conforme relatado.

Discussão

A noção de função materna se destaca a partir do ensino de Jacques Lacan (1969/2003) e se refere às operações constituintes do sujeito psíquico. Por se tratar de uma função, seu agente não se restringe à genitora do bebê, ainda que a mãe biológica ocupe este lugar na maioria dos casos.

De acordocom Garrafa (2020)

Lacan desenvolve a noção de função materna para situar como um adulto estabelece com um bebê uma relação privilegiada, por meio da qual lhe transmite a linguagem, de modo a possibilitar sua constituição subjetiva. Essa relação privilegiada estrutura-se sobre o que Lacan designou como ‘um desejo não anônimo’ (1969/2003, p. 369), que pode ser lido como a designação do lugar absolutamente singular que cada sujeito ocupa na vida psíquica daquele que se encarrega de sua entrada no universo das relações humanas. (p. 61)

A maternidade constitui uma função não garantida por questões biológicas, mas fruto da construção de um laço afetivo entre mãe e bebê. Esse laço é construído desde a gestação e após o nascimento do bebê os cuidados corporais que a mãe empreende com o filho ocuparão lugar privilegiado na construção da relação entre eles.

A prematuridade e hospitalização do bebê provocam uma separação precoce e por vezes prolongada entre mãe e bebê que impossibilita a mãe cuidar do filho. Essa situação pode fragilizar o exercício da função materna e conseqüentemente ameaçar a operação de suposição de sujeito no bebê. (J. Jerusalinsky, 2000a)

A partir dos resultados desta pesquisa e da prática clínica do psicólogo residente em unidade de terapia intensiva neonatal, verificou-se que a situação de prematuridade e de hospitalização do bebê exige grande trabalho de elaboração psíquica por parte de seus cuidadores.

O nascimento prematuro e a hospitalização do bebê compreendem situação geradora de ansiedade, insegurança, sentimento de impotência, medo e culpa para as mães. Essas terão de lidar com um parto inesperado e um desfecho antecipado da gestação, interrompendo o trabalho psíquico de construção imaginária do bebê e da maternidade. (Mathelin, 1999)

Mathelin (1999, p. 65) afirma que o nascimento prematuro pode ser vivido como um traumatismo e “dá à mãe um sentimento de irrealidade”. O parto prematuro torna difícil para a mãe falicizar seu bebê e lhe dá a sensação de ser perigosa para o filho, intensificando a ambivalência presente em todo o nascimento. O luto pelo filho imaginário, tarefa a ser feita pela mulher ao nascimento do bebê, nos casos de parto prematuro, parece tornar-se ainda mais difícil.

O primeiro contato da mãe com o bebê ocorre depois de horas do nascimento e costuma ser intermediado pela equipe de saúde da unidade neonatal. Segundo Mathelin (1999), as mães perto da incubadora parecem ter dificuldade de pensar o bebê, é como se o filho ainda

continuasse em seu ventre. A presença do psicólogo nesse momento permite à mulher falar, buscar palavras para simbolizar o traumatismo do nascimento prematuro e hospitalização.

A hospitalização do bebê confronta a mulher com o medo constante da morte e da perda do filho. O bebê prematuro é visto pela mãe como um bebê frágil e, por sua imaturidade orgânica e delicado estado de saúde, não poderá receber os cuidados maternos assim que nasce. A situação de separação imposta pela prematuridade e internação do bebê ocasiona uma fratura no saber materno. (J. Jerusalinsky, 2000a)

A impossibilidade de contato corpo-a-corpo entre mãe e bebê foi relatada como a maior dificuldade a ser enfrentada durante a internação do bebê. Durante esse período, mãe e bebê terão de encontrar maneiras de se aproximar e retomar as trocas entre eles. Isso permitirá à mulher resgatar seu saber inconsciente sobre a maternidade e o filho.

A mãe exerce junto ao bebê um saber, que não é de ordem instintiva ou técnica, mas inconsciente, construído ao longo de sua vida a partir das inscrições que foram se fazendo em seu psiquismo. Não se trata apenas de um saber racional, mas inconsciente, que se estabelece segundo as marcas que a mulher traz consigo de como foi para ela ser um bebê e da relação com a própria mãe. (Mathelin, 1999)

Neste trabalho, verificou-se a importância para as mães das falas da equipe de saúde sobre o bebê nesse movimento de apropriação materna do filho e identificação com ele. Para Mathelin (1999, p. 99) “as enfermeiras tranquilizam as mães, autorizam-nas a ver o bebê, permitem conversas mais ‘leves’ e a cumplicidade”. Destaca-se a importância da relação de confiança estabelecida entre mãe e equipe de saúde para a retomada do exercício da função materna e identificação no bebê de uma potência de vida.

Como assinalado, o exercício da função materna consiste em sustentar para um bebê as operações constituintes do sujeito, a saber: a suposição de sujeito, o estabelecimento da demanda, a alternância presença-ausência e a função paterna (alteridade). (J. Jerusalinsky, 2002b) Essas operações compreendem os eixos teóricos a partir do qual o protocolo IRDI fundamentou seus indicadores. Os indicadores correspondem à expressão fenomênica desses eixos teóricos.

Investigaram-se as possibilidades de operação de suposição de sujeito em bebês prematuros internados em UTI neonatal. A suposição de sujeito consiste em uma antecipação realizada pelo agente materno de um sujeito no bebê, contudo, o bebê ainda não se encontra de fato constituído enquanto sujeito. Ainda que a investigação tenha focado na operação de suposição de sujeito, ao aplicar o instrumento verificou-se a articulação entre os demais eixos constituintes, pois, sem essa articulação, não seria possível compreender o desenvolvimento e a estruturação subjetiva em curso.

Conforme mencionado, foi aplicada a primeira faixa etária do instrumento (0 a 4 meses incompletos). Segundo Pesaro (2010), os indicadores:

1. Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês)

Apontam para a operação de suposição de sujeito e devem ser apreendidos a partir da posição do outro materno enquanto operador das estruturas mentais do bebê.

O primeiro indicador trata do momento primordial em que a mãe atribui sentido ao grito do bebê. Trata-se da ação interpretativa a partir da qual o choro do bebê passa a ter o estatuto de mensagem para a mãe. Essa ação interpretativa inaugura a relação mãe-bebê e inscreve o bebê no campo da linguagem.

Pesaro (2010) refere que o primeiro indicador compreende expressão isolada da operação de suposição de sujeito. J. Jerusalinsky (2002b) e Kupfer et al. (2010) consideram, além da suposição de sujeito, a presença da operação de estabelecimento da demanda nesse indicador. De fato, o indicador está relacionado às operações de suposição de sujeito e estabelecimento da demanda, pois é a partir da suposição de sujeito que “o grito do bebê pode ser tomado como apelo, abrindo a possibilidade de vir a se estabelecer efetivamente como um chamado.” (J. Jerusalinsky, 2002b, p. 249)

Observou-se, a partir desta pesquisa, uma dificuldade inicial das mães em interpretar o grito, choro do recém-nascido em decorrência da separação mãe-bebê imposta pela situação de internação do recém-nascido. Ainda assim, a maioria das mães foi capaz de elaborar a situação e exercer a função materna. Acredita-se que isso foi possível porque a mãe já vinha supondo um sujeito no bebê, pensando e falando o bebê, durante a gestação, de modo que o corte realizado pelo parto prematuro e hospitalização, ainda que tenha fragilizado inicialmente o exercício da função materna, não foi determinante no que se refere à retomada da antecipação de um sujeito no bebê.

O segundo indicador expressa o estabelecimento do circuito de prazer e desejo por meio dos picos prosódicos presentes na fala materna (manhês) dirigida ao bebê. A prosódia da voz materna tem dimensão invocante para o bebê. (Pesaro, 2010) Verificou-se, a partir da aplicação do IRDI, a presença praticamente absoluta desse indicador, determinando a importância da fala materna dirigida ao bebê no contexto de internação do recém-nascido para a produção da operação de suposição de sujeito e possibilidades de entrada do bebê no campo da linguagem.

O terceiro indicador – A criança reage ao manhês – corresponde à expressão da operação de estabelecimento da demanda. O estabelecimento da demanda “consiste em que as diferentes produções do bebê possam ser supostas pela mãe como um pedido que o bebê dirige a ela e que a mãe se coloque em posição de responder.” (J. Jerusalinsky, 2002b, p. 250) Trata-se de um ato interpretativo em que a mãe traduz as ações do bebê em palavras.

Segundo Pesaro (2010)

A presença do indicador “manhês” depende da posição materna em sentir prazer no contato com a criança, mas também é preciso um movimento da criança no sentido de se deixar capturar por essa dimensão da relação com o outro materno. (p. 44)

A presença desse indicador expressa que o bebê dá mostras de que está deixando-se capturar pelo circuito de prazer e do desejo.

Durante esta pesquisa observou-se que as mães interpretam as atividades espontâneas do recém-nascido como uma resposta a sua presença, toque e voz. A maioria das mães pôde interrogar-se sobre as atividades reflexas do bebê, interpretando e dando sentido a elas. Os menores gestos do bebê, na maioria dos casos, foram interpretados pelo agente materno, indicando a operação da suposição de sujeito e apontando para possibilidades de estabelecimento da demanda.

O quarto indicador – A mãe propõe algo a criança e aguarda sua resposta – se refere à expressão do eixo alternância presença-ausência. Este indicador aponta a antecipação imaginária feita pela mãe (a partir dos ideais familiares e sociais) de uma função no bebê. Essa antecipação é colocada em ato pelo agente materno nos cuidados que dirige à criança, produzindo antecipações funcionais. A mãe, a partir de seu desejo, aposta na capacidade da

criança de efetuar uma nova realização. A criança, por sua vez, responde a essa aposta materna e se lança a tentar realizar a ação. (J. Jerusalinsky, 2002b; Pesaro, 2010)

No contexto desta pesquisa, verificou-se a presença desse indicador nas sutilezas da interação mãe-bebê. Mesmo no contexto restrito de hospitalização do bebê prematuro, observou-se que as mães antecipam realizações no bebê, possibilitando antecipações funcionais.

O quinto indicador – Há trocas de olhares entre a mãe e a criança – corresponde à expressão do eixo estabelecimento da demanda. Nesse indicador observa-se a passagem do funcionamento do órgão (visão) para o campo das trocas visuais (olhar), campo da pulsão escópica. Indica o início da inscrição do bebê no circuito pulsional e possibilidades de identificação futura a uma imagem corporal unificada. (Pesaro, 2010)

Trata-se do momento em que a criança começa a perceber refletida nos olhos e rosto da mãe a imagem de si mesma. A criança se identifica com essa imagem antecipada de um corpo unificado, organizado, que o agente materno oferece, enquanto que em termos reais sua vivência de corpo ainda é desorganizada. Esse indicador aponta para as possibilidades futuras do bebê ter imaginariamente um corpo, alienando-se na imagem ofertada pelo agente da função materna. (Pesaro, 2010)

A ausência de alguns indicadores nos casos observados não foi interpretada como risco para o desenvolvimento infantil por se tratar de um momento muito inicial da estruturação subjetiva. Seria necessário o acompanhamento longitudinal desses bebês a fim de verificar a instalação e estruturação do sujeito psíquico. J. Jerusalinsky (2002b) afirma que a ausência isolada dos indicadores não consiste necessariamente em risco para o desenvolvimento e possível instalação de patologia. Contudo, a ausência dos indicadores nessa fase pode ser considerada um alerta e deve ser interpretada tomando como base as produções do bebê em relação ao discurso parental.

Foi possível realizar a aplicação do protocolo IRDI, mas, tendo em vista a situação de hospitalização e particularidade do bebê prematuro (que por sua imaturidade orgânica muitas vezes se apresenta mais sonolento comparado ao bebê termo), alguns indicadores foram difíceis de serem visualizados. Nesse contexto, a verificação do funcionamento da operação de suposição de sujeito ocorreu predominantemente a partir do discurso materno.

Antecipar um sujeito no bebê não garante que haverá um sujeito instalado futuramente, mas, sustenta uma possibilidade. Portanto, foi possível perceber que mesmo numa situação atípica, onde a função materna pode ficar fragilizada, a operação de suposição de sujeito se produziu. Acredita-se que isso ocorreu de modo único para cada mulher na relação com seu bebê, a partir do que foi possível para cada uma simbolizar e pela aproximação e retomada dos cuidados com o filho. Percebeu-se que as operações constituintes do sujeito podem ser sustentadas desde estilos diferentes no exercício da maternidade.

Considerações finais

O trabalho com bebês no serviço de neonatologia permite a observação do nascimento do sujeito psíquico. Trata-se de um momento primordial, onde o sujeito ainda não se encontra instalado e o bebê ainda não possui um Eu constituído. Para que o bebê se torne um sujeito e se desenvolva é necessário que a mãe antecipe, suponha um sujeito no filho. A sustentação

dessa operação é fundamental para que as demais operações estruturantes do sujeito possam se produzir, resultando na instalação do sujeito psíquico na criança.

A prematuridade e hospitalização do recém-nascido podem fragilizar o exercício da função materna, porém, não devem ser associadas a um risco sistemático de desenvolvimento patológico. O que vai ser operante é o sentido que tomará para os cuidadores e posteriormente para a criança a hospitalização. Concorde-se com Mathelin (1999, p. 91) que a “perturbação biológica que atravessa o bebê não acarretará obrigatoriamente uma perturbação simbólica.”

A forma como a assistência às famílias que experimentam a situação de prematuridade e internação do bebê em UTI neonatal está organizada na instituição pode favorecer o contato entre mãe e bebê. A presença dos pais na unidade neonatal é valorizada e incentivada e a equipe representa papel importante na aproximação e retomada dos cuidados da mãe com o bebê.

A oferta de atendimento psicológico durante a internação do bebê consiste em um convite ao trabalho de elaboração psíquica da situação e retomada da paciente de sua história enquanto mulher, do bebê que ela foi e maternagem que recebeu, de sua construção enquanto mãe e reconhecimento do bebê enquanto filho. Desse modo, a mãe pode ressignificar o evento potencialmente traumático e simbolizar o lugar que o bebê ocupa.

“Transformar as coisas em palavra, eis o que resume bem a função do serviço de neonatologia. Não se trata do trabalho isolado do psicanalista. É o de toda equipe”. (Mathelin, 1999, p. 146) A autora considera que a equipe exerce uma função simbolizante. Favorecer a simbolização do sofrimento é tarefa de toda equipe de cuidados em neonatologia, não apenas do psicólogo.

A equipe de saúde deve tomar o bebê enquanto sujeito, pois, ao intervir desse modo possibilita a produção das operações constituintes do sujeito psíquico: suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância e alteridade. Assim, permite-se aos pais atribuírem valor fálico às produções do bebê, mesmo em um contexto difícil como o da hospitalização em UTI neonatal. (J. Jerusalinsky, 2002b) A partir dos relatos das mães de bebês hospitalizados percebeu-se que a equipe considerou o bebê enquanto sujeito e desse modo trabalhou enquanto agente da função simbolizante.

Referências

- Agman, M.; Druon, C. & Frichet, A. (1999). Intervenções psicológicas em Neonatologia. In B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (pp. 17-34). Salvador, BA: Ágalma.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem: Associação Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
- Coriat, L. & Jerusalinsky, A. (2001). Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. In *Escritos da criança N° 4*, pp. 6-12. Porto Alegre, RS: Centro Lydia Coriat.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1895/1996). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 335-397) Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1950)
- Garrafa, T. (2020). Primeiros tempos da parentalidade. In D. Taperman; T. Garrafa & V. Iaconelli, *Parentalidade*, pp. 55-79. Belo Horizonte, MG: Autêntica.

- Gomes, A. L. H. (2004). A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. *Psicologia Hospitalar* 2(2), 0-0. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Iaconelli, V. (2015). *Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna*. São Paulo, SP: Annablume.
- Jerusalinsky, J. (2000a). Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. *Estilos da Clínica*, 5(8), 49-63. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v5i8p49-63>
- Jerusalinsky, J. (2002b). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador, BA: Ágalma.
- Kupfer, M. C. M.; Jerusalinsky, A. N.; Bernardino, L. M. F.; Wanderley, D.; Rocha, P. S. B.; Molina, S. E.; Sales, L. M.; Stellin R.; Pesaro, M. E. & Lerner, R. (2010). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 31-52. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/Gstnw7NLC5KWJSj5b96GP6Q/?format=pdf&lang=en>
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In J. Lacan, *Outros escritos* (V. Ribeiro, trad. pp. 369-370). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969)
- Laplanche, J & Pontalis, J-B. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Mathelin, C. (1999) *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Pesaro, M. E. (2010). *Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-09112010-114133/pt-br.php#:~:text=10.11606/T.47.2010.tde%2D09112010%2D114133>
- Wanderley, D.B. (Org.). (1999). *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade*. Salvador, BA: Ágalma.
- Winnicott, D.W. (1956/2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Revisão gramatical: Thiago de Souza Amaral.

E-mail: tyrog2@gmail.com

Recebido em janeiro de 2021 – Aceito em março de 2022.