

Artigo

Tudo começa no hospital: narrativas maternas sobre a hospitalização do bebê cronicamente adoecido

Helena Battendieri Brotero de Castro; Carolina Valério Barros

Resumo. Esta pesquisa investigou narrativas maternas sobre a hospitalização de seus bebês cronicamente adoecidos em uma maternidade pública do município de São Paulo, no ano de 2022, a partir da análise temática de quatro entrevistas semiestruturadas. O material coletado foi discutido em articulação com as contribuições da psicanálise, organizado em três eixos centrais. As mães entrevistadas parecem ter encontrado caminhos possíveis para o exercício da função materna e constituição do laço com seus bebês. Suas experiências foram marcadas por sentimentos ambivalentes e relatos de sofrimento psíquico que demandam cuidados em saúde mental. Buscou-se criar aproximações com a realidade estudada, lançando um olhar para experiências originais de maternagem e para a importância da construção de dispositivos de cuidado atentos às necessidades das figuras parentais e de seus bebês em contexto de hospitalização e adoecimento.

Palavras-chave: doenças crônicas; bebês; hospitalização; unidade neonatal; função materna.

Hospital, nuestro punto de partida: narrativas maternas sobre la hospitalización del bebé crónicamente enfermo

Resumen. Se investigó narrativas maternas sobre la hospitalización de sus bebés crónicamente enfermos, en una maternidad pública de la ciudad de São Paulo, en el año 2022, desde el análisis temático de cuatro entrevistas semiestruturadas. El material recopilado fue discutido en articulación con los aportes del psicoanálisis, organizado en tres ejes centrales. Las madres entrevistadas parecen haber encontrado posibles formas de ejercer la función materna y construir un vínculo con su bebé. Sus vivencias estuvieron marcadas por sentimientos ambivalentes y relatos de sufrimiento psíquico que demandan atención en salud mental. Se intentó crear aproximaciones con la realidad estudiada, mirando experiencias originales de la maternidad y la importancia de construir dispositivos de cuidado atentos a las necesidades de las figuras parentales y sus bebés en el contexto de hospitalización y enfermedad.

Palabras clave: enfermedad crónica; bebés; hospitalización; unidad neonatal; función materna.

* Psicóloga clínica. Mestranda em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Residência Multiprofissional em Neonatologia pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: helenabrotero@gmail.com

** Psicóloga da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e Tutora da Residência Multiprofissional em Neonatologia. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: cvbpsi@hotmail.com

Hospital is where we start from: mothers' narratives about chronically ill baby hospitalization

Abstract. This study investigated mothers' narratives about their chronically ill babies' hospitalization at a public maternity hospital in São Paulo, during 2022, based on thematic analysis of four semi-structured interviews. The main qualitative data from interviews were analyzed concerning its psychoanalytic contribution, organized by three central themes. Interviewed mothers seemed to have found possible ways to perform the maternal function and bond with their babies. Their experiences were affected by ambivalent feelings and psychic suffering that demands mental health care. The aim was to come closer to this reality, remarking original motherhood experiences and the importance of developing caregiving practices worried about the needs of parental figures and their babies in the context of hospitalization and illness.

Keywords: chronic disease; babies; hospitalization; neonatal unit; maternal function.

L'hôpital, notre point de départ: récits maternels sur l'hospitalisation du bébé malade chronique

Résumé. Cette recherche étudie les récits maternels sur l'hospitalisation de leurs bébés souffrant de maladie chronique, dans une maternité publique de la ville de São Paulo, en 2022, à partir de l'analyse thématique de quatre entretiens semi-structurés. Le matériel collecté a été discuté en articulation avec les apports de la psychanalyse, organisés en trois axes centraux. Les mères interrogées semblent avoir trouvé des moyens possibles d'exercer la fonction maternelle et de créer un lien avec leur bébé. Leurs expériences ont été marquées par des sentiments ambivalents et des rapports de souffrance psychique qui exigent des soins de santé mentale. Nous avons cherché à créer des rapprochements avec la réalité étudiée, en s'intéressant aux expériences originales de la maternité et à l'importance de construire des dispositifs de soins attentifs aux besoins des figures parentales et de leurs bébés dans le cadre de l'hospitalisation et de la maladie.

Mots-clés: maladie chronique; bébés; hospitalisation; unité néonatale; fonction maternelle.

Esta pesquisa é um desdobramento da prática clínico-institucional de uma psicóloga residente em uma maternidade pública do município de São Paulo. O cuidado com as mães de bebês cronicamente adoecidos e hospitalizados instigou o interesse por uma pesquisa atenta às particularidades da situação de internação que não se encerra em questão de dias nem semanas. Uma situação na qual, além da patologia orgânica em curso no bebê, o ambiente hospitalar se impõe sobre o contato estabelecido com a sua mãe desde o dia do nascimento.

A palavra “crônico” marca a passagem do tempo e remete a algo permanente, duradouro e prolongado (Michaelis, 2015). Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu as condições crônicas como problemas de saúde persistentes que demandam cuidados continuados. Para Cohen et al. (2011), tratam-se de condições vitalícias, possivelmente incuráveis, geralmente severas e associadas a fragilidades clínicas. Em termos de gravidade, podem afetar múltiplos órgãos e sistemas do corpo. As crianças com condições crônicas complexas apresentam limitações funcionais relacionadas à capacidade de executar funções básicas e fazem um uso extensivo de recursos e serviços especializados da rede de saúde.

Azevedo e Pfeil (2019) investigam os desafios provenientes do cuidado de bebês cronicamente adoecidos, hospitalizados e submetidos à dependência tecnológica sob a perspectiva de profissionais de saúde. Neste cenário, trabalha-se menos com a urgência e mais com a sensação de previsibilidade, e é justamente a monotonia do ambiente de cuidado o que abre espaço para a presença de uma “sensibilidade e atenção especial” (p. 7) por parte dos

profissionais ali atuantes. Muitas vezes, este trabalho acaba sendo frustrante, visto que, embora haja a manutenção da vida, não se chega a uma cura no sentido biomédico.

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o direito ao diagnóstico precoce, à qualificação do manejo, às ações de prevenção e aos cuidados especializados em casos diagnosticados de agravos prevalentes ou doenças crônicas na infância. Pensando no adoecimento crônico instalado na primeira infância, considera-se a garantia do cuidado na rede pública de saúde do território nacional, que pode ser oferecido nos hospitais de referência com prioridade para o cuidado domiciliar (Brasil, 2015).

Dentre as instituições de saúde de nível terciário que detêm os recursos e as tecnologias adequadas para o cuidado ao bebê de risco, encontra-se o cenário de prática onde esta pesquisa foi desenvolvida: um hospital e maternidade público. O serviço compõe a rede de saúde do município de São Paulo e é responsável pelo cuidado obstétrico e neonatal de alta complexidade de um amplo território marcado por vulnerabilidades.

A Unidade Neonatal é o setor do hospital onde se encontram as condições necessárias para o cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, integrando recursos humanos e tecnológicos, sendo dividida em: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, Internação de Longa Permanência e Isolamento. Nos casos em que o recém-nascido passa ao estatuto de bebê¹ em uma situação de internação prolongada, profissionais de saúde e familiares deparam-se com a cronicidade dos problemas enfrentados durante o período de hospitalização.

Os pequenos pacientes conhecidos como “bebês crônicos” encontram-se na Unidade de Internação de Longa Permanência, que dispõe de quatro leitos de internação e quatro cadeiras para acompanhantes, a fim de possibilitar minimamente a permanência das figuras parentais e outros familiares. Os bebês ali internados apresentam condições crônicas complexas, que os tornam dependentes da tecnologia, e estão hospitalizados desde o dia de seu nascimento. Em contexto de internação prolongada, iniciam, percorrem e deixam o período neonatal² dentro do hospital, e ali inauguram a primeira infância.³ Nessa única casa conhecida, os brinquedos dão lugar às máquinas e aos dispositivos.

Em termos de desfecho, os bebês podem receber alta hospitalar, o que inclui todo o processo de desospitalização, ou ser transferidos para um hospital de retaguarda. Também não é possível descartar a possibilidade de falecimento durante a hospitalização. Os bebês cronicamente adoecidos e hospitalizados estão sempre, de alguma maneira, às margens do cuidado: habitam um ambiente chamado Unidade Neonatal, mas já não são mais recém-nascidos e, mesmo quando transferidos para um hospital de retaguarda pediátrico, ainda são lactentes.

A visita de familiares acaba sendo mais flexibilizada, levando em consideração a internação prolongada, mas aplica-se a regra institucional de que as figuras parentais não podem entrar simultaneamente na sala. Na realidade deste serviço, invariavelmente as figuras mais presentes são as mães dos bebês, enquanto os pais aparecem menos, seja porque trabalham, seja porque consideram que “o filho é responsabilidade da mãe”, entre outros motivos que não serão

1 Jerusalinsky (2000) pensa na passagem simbólica do neonato para o bebê, para além do sentido cronológico.

2 O período neonatal é compreendido como a fase que vai desde o nascimento até os 28 dias de vida (Brasil, 2002).

3 A primeira infância se desenvolve desde os 29 dias de vida até os 2 anos de idade, período no qual as crianças são denominadas de lactentes (Brasil, 2002).

aprofundados nesta pesquisa. Assim, tratamos de mulheres que dividem o tempo entre a própria casa e este lugar temporário, involuntário e inevitável.

Nesse recorte, o título deste artigo faz referência ao livro *Tudo começa em casa* (1967), edição póstuma de palestras e conferências do pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott (1896-1971), que se dedicou ao estudo dos primórdios da constituição psíquica humana e da relação entre a mãe e seu bebê. De acordo com o autor, a experiência do bebê está intimamente relacionada à provisão oferecida pelo ambiente de cuidados, mas não qualquer ambiente:

Temos certeza de que um bebê não se torna uma pessoa se houver apenas um ambiente não humano; nem mesmo a melhor máquina pode fornecer o que é necessário. Não, são seres humanos que são necessários, e seres humanos são, essencialmente, humanos – ou seja, imperfeitos –, livres de qualquer previsibilidade mecânica (Winnicott, 1968/2020, p.108-109).

O bebê precisa de um ambiente humano suficientemente bom, no qual existam condições para que seus cuidadores sejam capazes de se adaptar e atender às suas necessidades particulares. No início da vida, quando há saúde, a provisão ambiental é oferecida pela mãe,⁴ que é capaz de se identificar com seu bebê ao ponto de parecer adoecida, mas na realidade se encontra em um estado temporário, do qual se recuperará (Winnicott, 1956/2021).

O autor entende que a comunicação entre a mãe e o bebê é essencialmente dicotômica, uma vez que as mães carregam consigo um conjunto de experiências e memórias de cuidado relacionadas ao início da própria vida, em contraposição ao bebê: “Tudo é uma primeira experiência para ele. Não há referência. O tempo não é mediado por relógios, nem pelo amanhecer ou o entardecer, e sim pelas batidas do coração da mãe, pelo ritmo da respiração dela, pelo vaivém das tensões instintivas ou por uma série de outros dispositivos nada mecânicos” (Winnicott, 1968/2020, p. 111).

Surgem, assim, questões em torno dessas primeiras experiências do recém-nascido, quando o seu ritmo é estabelecido não pelas batidas do coração da mãe, mas por um monitor de frequência cardíaca. A situação de hospitalização envolve uma separação radical entre a mãe e o seu bebê, que antes habitava o corpo materno. Separado de sua mãe, o filhote humano é direcionado para um ambiente desconhecido e estressante, onde sofre manuseios excessivos e fica imerso em sensações provocadas por estímulos dolorosos, cheiros, ruídos e mudanças na iluminação.

Os cuidados ambientais oferecidos na Unidade Neonatal são, inevitavelmente, humanos, pois existem ali profissionais dedicados aos cuidados com os pequenos pacientes internados. Em contraposição, esses cuidados são sempre atravessados pelo uso de tecnologias, das mais simples às mais avançadas. Trata-se de um ambiente marcado pela presença humana, porém, diferente da proposta winnicottiana, não se trata de um ambiente “livre de qualquer previsibilidade mecânica” (Winnicott, 1968/2020, p. 109) por envolver cuidados altamente especializados em saúde.

Ao pensar no bebê hospitalizado, considera-se, sobretudo, o corpo orgânico, objeto de estudo da Medicina, pois é este que precisa passar por um processo de reanimação imediata e evidente. Mathelin (1999) reflete sobre uma outra necessidade que está em jogo, que é a reanimação do desejo de vida do bebê em articulação com o desejo dos pais. O psiquismo do bebê está em seus primórdios e produz efeitos sobre as próprias condições orgânicas para a vida ou para a

4 Esta pesquisa se dedica ao estudo da mãe no exercício da função materna, mas é importante sinalizar que outras figuras podem assumir essa função, desde que implicadas em uma relação de intimidade com o bebê.

morte. A reanimação do desejo de viver está relacionada à preservação ou ao resgate do laço familiar, razão pela qual a autora aponta a necessidade de o serviço criar espaço para que as figuras parentais possam falar sobre (e para) o bebê a respeito do seu lugar na história constituída até o momento.

Segundo Bernardino (2006, p. 29), a função materna é imprescindível para o surgimento das operações psíquicas fundamentais da estruturação do psiquismo humano. Para ela, a função materna é exercida por “um adulto que vive uma relação privilegiada com o bebê e que dele cuida em todos os sentidos, fornecendo cuidados básicos, palavras básicas, sustentadas por um desejo particularmente voltado para ele”.

Jerusalinsky (2000) amplia a proposta winnicottiana de que a função materna é exercida a partir de um saber inconsciente ao conceber que este saber só poderá operar mediante dadas condições, intrincadas nas situações de hospitalização do recém-nascido. A autora escreve sobre o contexto da UTI neonatal, mas é possível expandir algumas de suas construções para outras situações vividas na Unidade Neonatal. Dentre elas, o entendimento de que o bebê com uma patologia orgânica instalada produz um verdadeiro desencontro entre aquilo que a mãe supõe sobre as suas produções e aquilo que seria esperado, de forma espontânea, em um bebê saudável.

Quando se trata da função materna, esbarra-se em um conceito importante da psicanálise, que é o conceito de *holding* (do inglês, “segurar”). No início da vida, o *holding* é exercido pela mãe e envolve todo o sustento da continuidade da existência do bebê para além do manuseio de sua estrutura física. Esse é o terreno onde se estabelece a base da saúde mental de um indivíduo, sendo que, para Winnicott (1967/2020, p. 77), “Um bebê não se lembra de ter sido bem segurado – o que ele se lembra é da experiência traumática de não ter sido segurado bem o suficiente”. O trauma é então definido como “a quebra de continuidade na existência de um indivíduo” (Winnicott, 1967/2021, p. 23).

No decorrer do processo de amadurecimento e à medida em que o mundo vai se tornando mais complexo, a função de *holding* passa a ser exercida por toda a família, podendo também designar o cuidado oferecido por especialistas em sua prática profissional (Winnicott, 1967/2020). Na Unidade Neonatal, o *holding* materno acaba sendo afetado tanto pela separação física quanto pela condição de adoecimento e necessidade de cuidados técnicos especializados, o que não significa dizer que a função materna não pode ser exercida, mas que o contexto produz efeitos importantes sobre o laço mãe-bebê (Gomes, & Santos, 2020).

Diante dos aspectos destacados, esta pesquisa teve como objetivo investigar as narrativas maternas sobre a hospitalização do bebê cronicamente adoecido em situação de internação hospitalar desde o nascimento, com enfoque nas repercussões no exercício da função materna e nas vicissitudes da constituição do laço mãe-bebê. O material empírico foi articulado às contribuições teóricas da psicanálise, em especial, ao pensamento de D. W. Winnicott. No final, foram tecidas algumas considerações sobre a realidade estudada.

Metodologia

Foram realizadas quatro entrevistas com mães de bebês em condição de adoecimento crônico e hospitalizados há mais de dois meses na Unidade Neonatal de uma maternidade pública do município de São Paulo, no período de outubro a novembro de 2022.⁵

A amostra foi selecionada por conveniência e o número de participantes corresponde ao número de leitos da Unidade de Internação de Longa Permanência. Não seriam incluídas mães de bebês em processo de acolhimento institucional.

Norteadas por um roteiro semiestruturado, as entrevistas buscaram investigar as narrativas maternas no contexto em questão. Para Minayo (2014), estudar as narrativas de vida é uma das formas possíveis de se aproximar do sentido da experiência humana em lugares sociais específicos, retratando as particularidades dos fatos vividos.

As quatro participantes foram convidadas como voluntárias e manifestaram concordância, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em um ambiente seguro, com o mínimo de influências externas e após leitura detalhada do procedimento de coleta de dados.

As possíveis questões emergentes foram escutadas e acolhidas pela primeira autora, bem como trabalhadas com o profissional psicólogo de referência durante o período de hospitalização. Não houve necessidade de encaminhamento para a rede de saúde mental, pois nenhum dos bebês recebeu alta hospitalar durante o desenvolvimento da pesquisa.

Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo temática, que tem como característica a interpretação do material coletado a partir da leitura dos conteúdos manifestos, sem perder de vista os conteúdos latentes. Esse método permite identificar os núcleos de sentido que formam uma comunicação e é operacionalizado em três etapas: pré-análise, exploração do material coletado, tratamento dos resultados e sua interpretação (Minayo, 2014).

Sobre a população estudada, foram escolhidos nomes fictícios a fim de preservar suas identidades: Olívia (16 anos), Clarice (20 anos), Sofia (22 anos) e Laura (39 anos). Sofia se declara branca e as demais, pardas. Quanto à escolaridade, Sofia foi a única a completar o Ensino Médio; as demais concluíram o Ensino Fundamental. Elas exercem atividades relacionadas aos cuidados com a casa, com exceção de Olívia, que considera não ter ocupação. As quatro estão em um relacionamento com o pai do bebê, sendo Sofia, Laura e Clarice casadas. Olívia e Sofia são naturais de São Paulo, Laura é de outro estado brasileiro e Clarice é imigrante.

Esta é a primeira experiência de maternidade das participantes, com exceção de Laura, que tem outros três filhos. Os bebês de Laura e Clarice nasceram prematuramente. Os quatro bebês nasceram entre fevereiro e junho de 2022 e todos estão hospitalizados há mais de seis meses. Quando questionadas sobre a condição crônica de seus bebês, as respostas das participantes foram variadas, abrangendo: duas síndromes raras distintas, uma síndrome genética não especificada e uma cardiopatia complexa.

As respostas das participantes foram agrupadas e exploradas em três eixos centrais: Modos de Cuidado, Sentimentos Ambivalentes e Relatos de Sofrimento. Em seguida, o material coletado é apresentado de acordo com a organização proposta, no constante tensionamento entre teoria e prática.

5 Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente sob CAAE 60804522.8.0000.5454.

Modos de cuidado

Em geral, as mães entrevistadas parecem encontrar formas de se aproximar dos cuidados com seus filhos e do exercício da função materna. A partir da leitura das narrativas, foram elencados os principais modos de cuidado identificados pelas figuras maternas para estabelecer aproximações com seus bebês, a saber: cuidados afetivos, cuidados corporais e cuidados técnicos.

Seguindo essa linha, a dimensão do afeto aparece como modo essencial de oferecer cuidado ao bebê cronicamente adoecido e em situação de hospitalização, conforme ilustram as falas de Olívia, Sofia e Laura:

Só de estar ali, do lado dela, já é um cuidado. Só de estar ali, prestando atenção nela, vendo o que ela realmente está sentindo, já é o meu cuidado (Olívia).

Hoje em dia, eu vejo que eu tenho muito mais entendimento do que antes. Agora eu entendo que a minha filha precisa de mim e eu vou estar aqui para cuidar dela (Sofia).

Eu acho que essa parte do carinho e do afeto conta muito para o bebê. Eu acredito que essa parte fez ele conseguir. Você não desiste, né? Se você não acreditar no seu filho, quem vai acreditar? (Laura).

Retomando Winnicott (1956/2021), no início da vida do bebê, a mãe se encontra em um estado de elevada sensibilidade que a permite identificar e acolher as necessidades do próprio filho. No entanto, como essas necessidades são essencialmente corporais, surgem impasses nos casos em que o bebê apresenta uma patologia orgânica com necessidade de hospitalização e cuidados especializados, pois, além dos cuidados técnicos, os profissionais da Unidade Neonatal também oferecem toda a assistência corporal quando diante de instabilidade no estado de saúde do bebê.

Nesse sentido, as interposições entre a mãe e o bebê diminuem em decorrência da evolução do seu estado de saúde e na medida em que os profissionais dão espaço para que elas realizem os cuidados corporais, como demonstram as falas de Sofia e Laura:

Você quer seu momento com o neném, mas ele não está pronto para você pegar ele no colo ainda. Tem que esperar o momentinho dele. Esperar o momento para você trocar a fralda, para poder fazer essas coisas que a mãe quer fazer (Laura).

Há três meses, quando a Malu estava entubada, eu não podia colocar a roupa, porque eu poderia extubar ela. Trocar a fralda, as técnicas costumavam fazer e eu não. Depois, quando ela fez a traqueostomia, eu comecei a pedir para trocar ela e eu tenho trocado (Sofia).

As mães entrevistadas atribuem um lugar de destaque aos cuidados que envolvem a assistência corporal ao bebê, seja vestir, banhar, trocar a fralda etc. Em geral, elas não podem amamentar seus filhos devido aos fatores clínicos, e, por isso, parecem valorizar as outras formas de oferecer esse tipo de assistência.

Eu fiquei feliz com o que eu já consegui fazer: poder trocar ela, vestir, arrumar ela bonitinha, pegar ela no colo... principalmente, pegar ela no colo, porque no começo eu não peguei (Clarice).

No fragmento anterior, Clarice compartilha que ter pegado a filha no colo foi o que a deixou mais feliz em sua experiência de cuidado durante a hospitalização. Winnicott (1964/2020, 1967/2021) descreve o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos como três funções

maternas entrelaçadas ao desenvolvimento emocional primitivo. Como visto, *holding* significa segurar, mas não no sentido estrito da palavra. Trata-se de um segurar que envolve toda a sustentação da existência do bebê necessária à integração do *self*. O *handling* (do inglês, “manusear”) seria toda a assistência corporal que propicia o processo de estabelecimento da psique no corpo. O bebê é tão mais integrado quanto mais consegue estar alojado na própria corporeidade. Assim, por meio do *holding* e do *handling*, a mãe conserva a criança unida a si mesma, conferindo-lhe uma sensação de continência. No caso de Clarice, essas funções são afetadas, pois o contato como um todo é afetado pelo contexto hospitalar.

Além dos cuidados afetivos e dos cuidados corporais, estas mães parecem desenvolver a capacidade para cuidar em uma dimensão técnica, visto que seus bebês precisam de cuidados específicos e contínuos para manutenção da vida (Cohen et al., 2011). Com o suporte da equipe de saúde, aprendem a aspirar bebês traqueostomizados, administram medicamentos e detectam problemas nas máquinas e dispositivos.

Agora, eu consigo cuidar dela em tudo: consigo colocar a dieta, consigo trocar a fixação, limpar a fixação, consigo aspirar, dar banho, trocar... Então, hoje, depois do estresse que eu passei, hoje em dia eu tenho propriedade para fazer essas coisas (Sofia).

O momento que você está aqui, querendo ou não, é para que você aprenda a cuidar do seu filho. Observar tudo direitinho, né? Ficar atenta. Conhecer o seu bebê. É um bebezinho grave? Sim, porém, se os pais participarem, eles vão conhecer o neném (Laura).

A partir dos fragmentos anteriores, é possível notar como os cuidados técnicos também configuram a experiência de maternagem: no caso de Sofia, vemos como é importante para ela destacar uma mudança de posição objetiva e subjetiva em relação aos cuidados com a filha; e, no caso de Laura, ela descreve algo muito interessante que diz respeito à identificação das necessidades do bebê, visto que não se trata de um bebê saudável, mas sim com condições complexas de saúde. Também é importante assinalar que Laura menciona a figura paterna como sujeito ativo no processo de hospitalização, o que tem relação direta com o fato de que seu marido, pai do bebê, acompanha a internação do filho.

Para aprender a realizar alguns cuidados técnicos e científicos, os profissionais de saúde precisam realmente ensiná-las certos procedimentos, dado o grau de complexidade. No que diz respeito aos outros cuidados exercidos, Winnicott (1950/2020) sugere que estes não precisam e nem devem ser ensinados, apenas facilitados pelos profissionais de saúde, para que, espontaneamente, à sua própria maneira e em uma relação de intimidade com o seu bebê, cada mãe encontre um modo particular de exercer a função materna. Falando diretamente para as mães, o autor refere a importância do reconhecimento desse saber materno: “Se estiverem certas disso, podem aumentar o valor que possuem enquanto mães, aprendendo coisas que podem ser ensinadas” (Winnicott (1950/2020, p. 35).

Em relação às limitações que a situação de hospitalização e adoecimento podem impor para o exercício da função materna, Clarice relata que, de certa forma, não se sente genuinamente uma mãe neste contexto. Ao longo de toda a entrevista, ela narra sua história desde o nascimento da filha com tristeza e um sentimento de fracasso:

Eu não me sinto uma mãe, exatamente, uma mãe, né? Porque, quando o bebê vai para casa, é diferente. Eu... Nunca dei peito, nunca dei banho... (Clarice).

A história de maternagem de Clarice parece ser afetada pelo desencontro entre aquilo que havia imaginado e a realidade na qual se encontra, na medida em que teve a “*ilusão*” (Clarice) de ir embora para casa com a filha três dias após seu nascimento. Por isso mesmo, é preciso

levar em consideração os aspectos singulares, como história de vida, condições para saúde mental favoráveis ou desfavoráveis, possíveis vulnerabilidades, heranças culturais, vínculo estabelecido com a equipe de saúde, rede de apoio suficiente ou limitada, entre outras variáveis que afetam o modo como cada mãe significará e navegará a experiência de adoecimento e hospitalização.

Para mim foi a parte mais difícil: as limitações de tocar no bebê, de ter contato com o bebê. Depois, você compreende que, no momento, você realmente não pode tocar no bebê, mas vai ter o momento em que você vai fazer a primeira troca, entendeu? Quando ele estiver melhor... Porque, pelo menos no meu caso, devido à saturação dele ficar caindo muito no começo, eu não podia ficar tocando nele, né? Não podia pegar no colo (Laura).

Nesse fragmento, Laura também fala sobre as limitações vividas neste contexto específico, mas dá um tom diferente daquele colocado por Clarice: ela reflete sobre as dificuldades de contato no início, relacionando-as ao estado de saúde do bebê, o que implica dizer que, embora tenha sido uma situação turbulenta, ela encontrou um mecanismo de enfrentamento, que foi justamente entender o porquê de ela não poder manuseá-lo e segurá-lo naquele momento.

Sentimentos ambivalentes

A questão da ambivalência aparece de forma recorrente em diferentes falas das entrevistadas, principalmente em relação à situação de hospitalização, à equipe de saúde e aos recursos tecnológicos. Esses sentimentos conflitantes parecem estar associados ao desejo de cuidar de seus filhos e ao discernimento de que seus bebês apresentam necessidades de saúde complexas que, até o momento presente, somente o ambiente hospitalar pôde atender.

As falas das mães demonstram que há um reconhecimento da importância do cuidado oferecido pela equipe de saúde, embora, antagonicamente, observem-se raiva e desconfiança considerando o lugar privilegiado em relação aos cuidados oferecidos ao bebê por parte dos profissionais.

Eu fico um pouco revoltada com algumas coisas que acontecem com ela. Foram muitas coisas seguidas. Mas eu também agradeço, porque, mesmo que eu me revolte, é um lugar que a minha filha está bem, sabe? Tem as meninas que cuidam dela, cuidam muito bem e sempre estão perto dela (Sofia).

Não adianta nada você pegar o bebê no colo e ele não ficar bem. Ou você querer trocar o neném, mas correr o risco de desentubar ele. Demora para a gente compreender isso quando o neném está na UTI. Essa parte do cuidado mesmo, que você quer fazer, mas não vai poder fazer. Outra pessoa vai ter que fazer por você (Laura).

Tem vezes que elas trocam a fralda e o bebê está chorando... Eu não gosto muito disso. Eu troco a fralda, mas se ela estiver chorando, espero um pouco até ela se acalmar. Nesses momentos, eu tenho vontade de pegar a minha filha das mãos dela e ficar comigo. Só que eu entendo que elas estão fazendo o trabalho delas (Clarice).

Há um entendimento de que seus filhos dependem dos cuidados oferecidos no hospital até aquele momento, mas isso não significa dizer que essa experiência de internação prolongada seja atravessada sem conflitos. Olívia e Sofia, por exemplo, entendem a necessidade de hospitalização e ficam felizes por essa possibilidade existir, considerando que seus bebês poderiam nem estar mais vivos devido ao adoecimento.

Eu estou em casa, vejo as coisas dela e falo: “Poxa, filha, só falta você...” As coisas dela estão todas ali. Só falta ela lá. Mas, quando chego aqui de novo, eu já me sinto melhor, só de estar do lado dela, entendeu? (Olívia).

Eu só fico um pouco triste por ela estar crescendo em um hospital... Isso eu não imaginava. Quando me falavam sobre o tempo, eu não tinha noção. As coisas passam muito rápido. Os dias passaram, passam muito rápido. Mas, às vezes, eu também fico feliz dela estar em um hospital para eu ver ela, porque já aconteceu de eu achar que a Malu ia morrer (Sofia).

Em relação aos recursos tecnológicos, entende-se aqui que nenhuma máquina ou acessório pode fazer pelo bebê aquilo que suas principais figuras de cuidado lhe oferecem em termos de desenvolvimento emocional (Winnicott, 1968/2020). Dito isso, também é importante assinalar que a tecnologia desempenha um papel fundamental no que diz respeito à manutenção da vida do bebê cronicamente adoecido, e, como consequência, as suas mães parecem tentar se apropriar desses recursos, conforme ilustrado no seguinte fragmento:

O pulmão dela não tem trabalhado, quem tem trabalhado é a ventilação. A ventilação me mostra o que ela está precisando e isso é uma coisa boa para mim. Entender melhor a ventilação é um passo importante para mim (Sofia).

Além de aprender sobre o funcionamento das tecnologias que envolvem seus bebês, procuram entender qual o papel de cada uma delas na manutenção de suas vidas, o que implica ressignificações. Nos fragmentos a seguir, Laura revela que sentia raiva das máquinas e dispositivos conectados ao filho e Clarice comenta como o monitor de sinais vitais pode ajudá-la na leitura das necessidades específicas de saúde da filha, invisíveis em um primeiro momento:

No começo eu sentia muita raiva, mas, um dia Deus falou muito comigo. Falou a respeito do tubo, né? Dele estar entubado, da ventilação, tudo... Foi como se Deus falasse para mim ser grata por isso existir. Aí, eu comecei a ver tudo de outra forma (Laura).

Para mim, parece que ela está bem, mas quando vejo a saturação dela no monitor, já consta que ela não está respirando direito, que está forçando para respirar. Se eu não tivesse visto isso, para mim ela estaria normal (Clarice).

Continuando, é interessante retomar a noção de que o cuidado em saúde com o bebê hospitalizado não trata apenas de um corpo orgânico, mas também de um psiquismo em constituição. O estabelecimento do laço familiar influencia nas tendências orgânicas para a vida ou para a morte do bebê (Mathelin, 1999). Nesse sentido, Clarice e Laura contam as formas que encontram para estarem próximas de seus filhos nos momentos de dor e mal-estar:

Eu não gosto de ver quando ela vomita ou quando fica com falta de ar. Fico assustada, mas, ao mesmo tempo, não quero sair de perto dela (Clarice).

Dar carinho, afeto, conversar... Acredito que isso fez muito bem para o meu bebê. Quando ele estava passando por procedimentos, ficava agitado, a saturação caía e eu segurava a mãozinha dele. Ele segurava meu dedo e, aos poucos, ia voltando a respirar (Laura).

O gesto anterior, embora livre de palavras, envolve uma comunicação muito particular entre a mãe e o bebê que “segura” a sua mão durante procedimentos dolorosos. O gesto espontâneo é um dos pontos centrais da obra winnicottiana e está no cerne das manifestações criativas e do verdadeiro *self*. A expressão do verdadeiro *self* depende de certas condições no início da vida,

incluindo a organização das experiências em formas sensoriais no encontro com o corpo da mãe (Safra, 2005). A frase de Laura também ilustra a importância da leitura particular que faz das produções do seu bebê e dos acontecimentos em torno dele, extrapolando a patologia orgânica instalada.

Relatos de sofrimento

O nascimento de um bebê adoecido produz algumas repercussões na experiência de maternagem. Ao entrar na Unidade Neonatal, as mães se deparam com o constante tensionamento entre a vida e a morte, o que gera inseguranças e temores relacionados ao futuro do bebê. Ainda, veem-se diante de um ambiente completamente novo, rigoroso, que impõe exigências, como: compreender o tratamento que está sendo realizado no filho, esclarecer todas as dúvidas em relação ao seu estado de saúde, atravessar em segundo plano o próprio puerpério, adaptar-se às normas da instituição hospitalar, entre outras tarefas nada simples.

Sofia, Clarice e Laura relatam ter vivido o início da hospitalização de seus filhos com muita dificuldade:

Nos primeiros meses, às vezes, eu tocava na barriga e via que a Malu não estava mais lá. No meu quarto, eu montei o berço e a cômoda dela. Era uma das coisas que mais me deixava triste: voltar do hospital e não ter a Malu comigo (Sofia).

Eu não entendia as coisas que me falavam, do que ela precisava e as coisas que estavam acontecendo com ela. Também me falaram que eu tinha que estar preparada para tudo. Eu fiquei com muita coisa na minha cabeça. Nesse tempo, eu só chorava (Clarice).

Acho que durante uns dois meses eu ia embora chorando. Não tinha como não chorar. Aí, aos poucos, tudo vai mudando: você vai vendo que o bebezinho quer viver e ele está lutando (Laura).

Durante a gestação, a mãe vai se preparando para receber o bebê, imaginando-o e concebendo-o em sua realidade psíquica. Quando o bebê nasce e precisa de cuidados especializados, há uma espécie de descontinuidade dessa relação, o que pode ser vivido como uma experiência traumática para ambos (Winnicott, 1967/2021). Nos casos de internação prolongada, há um impasse provocado pela separação física entre a mãe e o seu bebê, que é vivida com intenso sofrimento por parte destas mulheres. O sofrimento psíquico aparece em falas como estas:

A partir do momento que eu chego em casa, eu fico triste de não ter minha filha. Às vezes, a gente coloca um desenho e não tem ela para assistir (Sofia).

As coisas que eu queria fazer com ela, eu não posso... [choro]... Tem vezes que eu falo que eu queria ficar no lugar dela, mas isso é mentira, porque eu não aguento ficar internada. Minha filha está internada desde que ela nasceu (Clarice).

No que diz respeito ao suporte oferecido pelo entorno social, Laura considera o marido uma figura de apoio durante o período de hospitalização e comenta sobre o isolamento do casal parental no que diz respeito ao enfrentamento dessa situação, o que a deixa bastante sensibilizada:

Ele [esposo] via que eu estava muito cansada, aí ele começou a vir um dia sim, um dia não. Aí, eu fui tendo mais tempo para cuidar das coisas em casa. Querendo ou não, a sua mente sai um pouco da rotina daqui, de estar dentro do hospital (Laura).

Assim... na verdade... [choro]... assim, sou eu e o meu esposo mesmo... Tipo, eu por ele e ele por mim, entendeu? (Laura).

Clarice também traz a questão da falta de apoio por parte do entorno social no seguinte fragmento da entrevista:

Minhas tias falam: “Você nem deve estar estressada, porque não tenho um bebê para cuidar”. Eu tento explicar: “Não é do jeito que você está falando”; “Eu faria até com gosto”; “Eu adoraria fazer essas coisas” (Clarice).

Sofia e Clarice lembram do suporte que recebem de suas mães. Em ambos os casos, elas são casadas com os pais de seus bebês, mas se lembram da mãe como principal figura de apoio para enfrentamento da situação de adoecimento e hospitalização:

Eu e o pai dela às vezes a gente se afasta por questões da Malu, mas depois a gente vê que tem que ficar juntos pela Malu. Eu vejo a minha mãe como meu ponto forte na internação. Ela é alguém que vai me ajudar, alguém que eu posso contar (Sofia).

Até agora só a minha mãe conhece ela. Às vezes, eu falo: “Vocês vão vir visitar minha filha?” para os meus irmãos. Eles falam que não querem vir, porque não querem ver um bebê na UTI (Clarice).

No último fragmento, Clarice também aborda o fato de que muitos familiares não querem visitar seu bebê por estar adoecido e hospitalizado, o que amplia o sentimento de solidão vivido, no caso, pelo casal parental. Além disso, parece que os familiares no entorno fazem perguntas relacionadas ao estado de saúde do bebê, mas não há um verdadeiro apoio emocional ou material.

As narrativas maternas trazem um ponto de intersecção no que diz respeito às mudanças na rotina: desintegra-se a antiga rotina doméstica e surge uma nova rotina hospitalar, na qual o hospital vira o centro de suas vidas. A própria casa, em contraposição, se transforma em um ponto de apoio: às vezes, um refúgio, às vezes, um lugar que as lembra da separação que vivem desde o nascimento do bebê.

Antes eu estudava, sabe? Eu fazia de tudo. Hoje, eu só tenho tempo para ficar aqui, no hospital... (Olívia).

A gente acaba não conseguindo ficar mesmo em casa. Quando a gente vê, a gente já está aqui para ver como ele está (Laura).

Essa transformação na rotina parece ser uma adaptação necessária a fim de estabelecer um contato maior com seus filhos hospitalizados; uma forma de participar do mundo que seus pequenos habitam desde o nascimento. É uma rotina desgastante, por vezes, exaustiva, com poucos momentos de prazer compartilhados.

Outro denominador comum entre três das quatro mulheres entrevistadas é que se dedicam aos cuidados com o lar, exceto Olívia, que mora com os pais. Elas não mencionam qualquer tipo de lazer, restando-lhes as atividades do lar e o trajeto que percorrem no deslocamento “*de casa para o hospital, do hospital para casa*” (Sofia).

As transformações no cotidiano de uma mulher que se torna mãe de um bebê cronicamente adoecido podem ser ainda mais profundas quando há uma rede de apoio frágil. Surge, então, a necessidade da criação de uma espécie de rede substitutiva formada por profissionais de saúde, a fim de promover uma restauração do ambiente original de cuidado. A função de *holding* é fundamental também na vida adulta, especialmente em períodos de maior vulnerabilidade.

Quando exercida pela equipe de saúde, contribui-se para que, gradualmente, as mães se sintam mais sustentadas no exercício da função materna (Winnicott, 1967/2020).

Considerações finais

As reflexões e os achados desta pesquisa se relacionam com os conteúdos provenientes do trabalho de escuta psicanalítica das mães de bebês cronicamente adoecidos e hospitalizados, desenvolvido pela primeira autora, servindo assim como um registro dessas narrativas tão pessoais acumuladas ao longo da prática clínico-institucional. Nesta Unidade Neonatal, observamos uma presença maior das mães dos bebês, embora ambos os pais tenham permissão para permanecer em período integral. É interessante lembrar que esse serviço compõe a rede de saúde pública e apresenta um recorte populacional específico, abrangendo territórios marcados por vulnerabilidades.

No que diz respeito ao exercício da função materna, consideramos importante discorrer sobre as possibilidades e limitações presentes nas falas das quatro mães entrevistadas. De certa forma, todas parecem traçar caminhos muito particulares para exercer os cuidados com os bebês diante da situação de hospitalização e adoecimento crônico. A partir da descrição da função materna de Bernardino (2006), podemos afirmar que as narrativas maternas estudadas abarcam experiências de cuidado que incluem desde os cuidados básicos às palavras básicas dirigidas ao bebê. Na medida do possível e com o apoio da equipe de saúde, estas mães aprendem a realizar alguns dos cuidados técnicos necessários para o cuidado ao bebê com condições crônicas complexas. Encontram, cada qual a sua maneira, modos de cuidado possíveis.

Na outra face disso, a separação física do bebê produz alguns impasses para o exercício da função materna e para o laço mãe-bebê em constituição. Essa separação é provocada tanto pela própria situação de hospitalização quanto pelo estado de saúde do bebê e a consequente necessidade de cuidados técnicos especializados oferecidos pela equipe de saúde. Em uma tentativa de se manterem próximas aos seus filhos, estas mulheres veem suas rotinas “viradas de ponta-cabeça”, dividindo o tempo entre o hospital e suas casas – sem mencionar o fato de que não há tipo algum de conforto durante a permanência na instituição, apenas o direito às refeições diárias.

A entrada na Unidade Neonatal foi vivida com muita dificuldade por algumas destas mães. No início, tudo costuma ser novo. Depois, com a demora da hospitalização, passam a compreender minuciosamente o estado de saúde de seu filho e tudo aquilo que precisam saber sobre o ambiente no qual estão inseridos, a fim de que possam, gradualmente, ir se apropriando de seu lugar de mãe. Trata-se de uma situação que exige um intenso trabalho de elaboração psíquica, marcada pela presença de sentimentos ambivalentes e relatos de sofrimento. As mães entrevistadas encontram maneiras de estabelecer uma relação de intimidade com seus bebês em um ambiente técnico e tecnológico, mas não passam ilesas pela dor e angústia. Em adição, quando não há uma rede de apoio suficiente, vivenciam sentimentos de solidão, inclusive nos casos em que há uma figura implicada na função paterna, uma vez que o casal parental pode atravessar esta experiência com um certo isolamento social.

Nas intervenções psicológicas, o cuidado oferecido às mães de bebês hospitalizados está relacionado à escuta e ao manejo das palavras e gestos que manifestam esse sofrimento psíquico. Na atenção ao bebê cronicamente adoecido e hospitalizado, torna-se imprescindível a promoção de dispositivos de cuidado que viabilizem reflexões sobre a parentalidade neste

contexto. A escuta daquilo que precisa ser simbolizado também produz uma ruptura em ciclos de silenciamento vividos por gestantes, puérperas e mães, frente a uma cultura que supervaloriza a maternidade, mas que deixa de colocar em jogo, muitas vezes, os entraves vividos durante essa fase tão sensível da vida.

A intimidade entre a mãe e o bebê se fortalece por meio de experiências compartilhadas, o que não é facilitado em situações de internação prolongada. Estas mães, não sem dificuldades, procuram estabelecer aproximações possíveis, o que particulariza ainda mais a experiência de maternagem neste contexto específico. Isso exige uma atenção especial às possibilidades de encontro entre as mães e seus bebês, ou, dito de outra forma, dar espaço para o saber fazer materno em meio ao ambiente controlado da Unidade Neonatal. Em alguns casos, os profissionais de saúde precisam exercer a função de *holding* para a dupla mãe-bebê, atuando como uma rede de apoio substitutiva para que estas mulheres se sintam minimamente amparadas.

Da análise das narrativas maternas, foi possível concluir que os conteúdos encontrados contêm semelhanças, mas principalmente carregam algo de muito único, que faz de cada uma das experiências uma experiência original. Olívia, Sofia, Laura e Clarice partem de histórias e circunstâncias de vida que afetam a forma como cada uma delas vem significando as experiências de maternagem, hospitalização e adoecimento. Sem mencionar as próprias características dos bebês, que agem sobre a leitura que as mães fazem de suas produções e no modo como o laço mãe-bebê foi sendo estabelecido desde o início do nascimento e internação.

Por fim, não restam dúvidas sobre o papel dos recursos tecnológicos e dos cuidados técnicos para a manutenção da vida dos bebês com condições crônicas complexas. No entanto, é imprescindível a formação de um ambiente essencialmente humano de cuidado. Esta pesquisa pôde construir aproximações com a realidade estudada, lançando um olhar sobre questões singulares às experiências maternas frente a uma situação tão difícil quanto intensa. Esperamos que os achados aqui presentes contribuam para a construção de dispositivos de cuidado atentos às necessidades das figuras parentais e de seus bebês em contexto de adoecimento crônico e hospitalização.

Referências

- Azevedo, C. da S., & Pfeil, N. V. (2019). No fio da navalha: a dimensão intersubjetiva do cuidado aos bebês com condições crônicas complexas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*, 29 (4). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290406>.
- Bernardino, L. M. F. (2006). *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica (2002). *Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130. (2015, 5 de agosto). *Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.

- Cohen, E. Kuo, D. Z., Agrawal, R., Berry, J. G., Bhagat, S. K., Simon, T. D., & Srivastava R. (2011). Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics*, 127 (3), 529-538. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0910>.
- Gomes, T. R. A., & Santos, A. F. de O. (2020). A relação mãe-bebê prematuro na UTI neonatal: um olhar winnicottiano. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12 (2). doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2422.2020>.
- Jerusalinsky, J. (2000). 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>.
- Mathelin, C. (1999). Da pulsão de morte ao desejo de vida, ou as vicissitudes de uma terapia intensiva. In D. B. Wanderley (Org.), *Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade* (2ª ed., pp. 17-34). Salvador: Ágalma.
- Michaelis. (2015). Crônico. In *Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. São Paulo: Editora Melhoramentos. Recuperado de <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/cronico/>.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_inovadores.pdf.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco.
- Winnicott, D. W. (2020). Saber e aprender. In D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (B. Longhi trad., pp. 493-501). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1950).
- Winnicott, D. W. (2021). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz trad.). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2020). O recém-nascido e sua mãe. In D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (B. Longhi trad., pp. 47-63). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (2020). O ambiente saudável na infância. In D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (B. Longhi trad., pp. 73-82). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (2021). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (P. C. Sandler trad., pp. 21-42). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (2020). A comunicação do bebê com a mãe e da mãe com o bebê, comparada e contrastada. In D. W. Winnicott, *Bebês e suas mães* (B. Longhi trad., pp. 104-123). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1968).

Revisão gramatical: Lia Buratto
E-mail: liaburatto@liaburatto.com.br

Recebido em agosto de 2023 – Aceito em julho de 2024.