

Dores crônicas na atualidade

Chronic pain in the present

Lilian Meneses Dacorso
Stetina Trani de Meneses e Dacorso

Resumo

Pretende-se com este trabalho fazer uma avaliação das dores crônicas na atualidade. Um sintoma cada vez mais frequente em nossa clínica, na forma de lombalgia, enxaqueca, fibromialgia. No momento em que vivemos o mundo dos excessos, a dor parece também excessiva em seu sentir e viver. Como escutar essa dor psicanaliticamente?

Palavras-chave: Dor, Atualidade, Psicanálise, Escuta.

Introdução

[...] E me vinguei assim daquela dor

Costume antigo

Mas um dia tudo volta

E bate na porta do esconderijo

Sentir é um risco e um presente

Que agora me pertence

E quero só pra mim

Sentir é uma prisão e uma saída [...]

ZÉLIA DUCAN. *Eu nunca estava lá.*

Este artigo é uma reflexão sobre um sintoma que se tornou recorrente em nossa clínica: a dor crônica. Pacientes com cefaleia, lombalgia, enxaqueca, dores abdominais lotam nossos consultórios. Após percorrer várias especialidades médicas, após tomar diversos medicamentos, chegam até nós e nos relatam um discurso de dúvidas, incertezas e medos.

Não sabem o que é isso que dói. Não sabem como os exames e os médicos não conseguiram descobrir nada. E nos perguntam: “Que dor é esta?” “O que é isto que estou sentindo?” “Será que é da minha cabeça?” “O que estou fazendo comigo?”

O triste é que não sabem o que fazer ou onde ‘instalar’ aquilo que sentem.

No presente trabalho não nos concentramos nas organizações psíquicas que têm a dor como fator principal. Analisamos a dor em sua essência, como ela se apresenta, como é analisada por vários teóricos, até para que possamos usar nossa análise para orientar cuidadores, enfermeiros e todos os profissionais que ajudam pessoas nesse sofrer.

Quanto ao estudo teórico do corpo, podemos pontuar dois grupos:

- Freud, Lacan e Klein, que analisam a relação sujeito/objeto; objeto da pulsão e representação, recalque. O estudo do corpo passa pelo *a priori* de que é passível de representação.

- Winnicott e Balint, que analisam a fusão mãe e bebê; integração e personalização/for-

mação do psiquismo. O continente é importante: a voz da mãe, a postura corporal mais que conteúdo.

O estudo do corpo é baseado na ideia de que ele se mistura com tudo que o cerca: vazio/cheio; aberto/fechado.

Na presente produção discorreremos sobre o corpo e a dor na companhia de um e outro teórico, sem nos atermos a uma única abordagem, na tentativa de aumentar nossa possibilidade de escuta e acolhimento independentemente da organização psíquica.

Desenvolvimento

Sentimos a dor, mas não a sua ausência.

ARTHUR SCHOPENHAUER

A dor é algo que sentimos, que nos incomoda, mas não somos capazes de defini-la. Podemos identificar o órgão. Mas a intensidade se trata de algo da ordem do subjetivo, entrelaçado com a visão que cada um tem de dor. Por outro viés, também se relaciona com o meio no qual se está inserido. Há o peso do legado familiar: dores que percorrem gerações, sem cura e sem explicação. E a dor relacionada a uma leitura sobrenatural, ao divino.

Nasio, em seu livro sobre dor, pontua a definição dada pela International Association for the Study of Pain (IASP) para dor:

[...] uma experiência sensorial e emocional, desagradável, associada a uma lesão tissular, real ou potencial, ou ainda em termos que evocam esta lesão (NASIO, 2008, p. 10).

Nasio analisa que os cientistas têm interrogações sobre a neurofisiologia da dor.

Ao falar de uma experiência emocional, a IASP reconhece o fator psíquico como uma das causas da dor. Mas não consegue explicar quais mecanismos envolveriam essa sensação. Esse mecanismo, sobre o qual ainda não há explicação, causaria uma dor corporal atípica, de origem psíquica, que é denominada

dor. Seria uma dor existente no plano do vivido e na queixa de quem o exprime (NASIO, 2008, p. 16).

Interessantes nessa definição da IASP são os três termos utilizados:

- Emocional, que nos remete ao termo “emoção”, que significa reação moral, psíquica ou física, geralmente causada por uma confusão de sentimentos diante de algum fato, situação, notícia, fazendo com que o corpo se comporte através de alterações respiratórias e circulatórias.

- Sensorial, que significa sensível, percebido através dos sentidos, referente ao processo por meio do qual um estímulo, interno ou externo, causa uma reação física ou emocional.

- Lesão tissular real ou potencial, potencial no sentido de que leva a uma possibilidade, que pode ou não acontecer.

A dor começa como uma ruptura que desencadeia uma comoção psíquica, culminando com uma reação defensiva do eu para rechaçar a comoção. Surgiria, então, uma dor típica da ruptura, uma dor inerente à comoção e uma dor suscitada pela defesa reflexa do eu em resposta à comoção (NASIO, 2008, p. 17).

A dor da comoção fica marcada no inconsciente e pode retornar como outra dor inexplicada, uma dor psicogênica, uma manifestação psicossomática ou transfigurada em outro afeto. Nossa primeira experiência dolorosa fica gravada em nosso inconsciente. É essa experiência dolorosa passada que faz com que eu viva cada uma das minhas dores de modo único e individual (NASIO, 2008).

Na verdade, não temos conhecimento de qual seria essa dor primária. Sabemos apenas que aquilo que sentimos no agora é uma repetição de algo já vivenciado. Podemos fazer um paralelo com a fumaça de fogo apagado: qualquer faísca pode causar novo incêndio.

No *Projeto para uma psicologia científica*, Freud ([1895] 1996) analisa os caminhos de facilitação para descarga. Resíduos das expe-

riências de satisfação e dor constituem afetos e estados de desejo. Esses resíduos podem ser ativados por uma excitação qualquer, da qual também não temos conhecimento por ser da ordem do individual, da percepção do mundo externo/interno.

A dor do mundo externo que nos invade se transforma em uma energia interna, devastadora e não controlada, mergulhando o Eu num choque traumático. Causa uma abertura na barreira de proteção, e essa energia devastadora irrompe no Eu inundando o psiquismo.

A homeostase do sistema psíquico é, então, rompida, e o seu princípio regulador, o princípio de prazer, é momentaneamente abolido. A autopercepção do Eu do seu estado de comoção interna vai criar a emoção dolorosa. A dor, então, seja física, seja psíquica, seria sempre um limite: entre corpo e psique, entre o eu e o outro, entre o funcionamento regulado do psiquismo e sua desregulação (NASIO, 2008).

Diante de um paciente com sofrimento físico sem causa orgânica, o médico vai diagnosticar esse sofrimento como dor psicogênica e prescreve um ansiolítico ou placebo. Se ele soubesse que o corpo é uma tela em que se projetam lembranças e que o atual sofrimento é a ressurgência viva de uma primeira dor esquecida, convidaria o paciente a falar de antigos choques traumáticos, psíquicos ou corporais, dos quais pudesse se lembrar.

Para a medicina, a dor é um sintoma; para a psicanálise, ela é uma afecção no real do corpo, que se organiza como uma compulsão à repetição, um estímulo contínuo, se utilizando do trilhamento em nossos neurônios. A dor se torna um objeto da pulsão de morte (FOGUEL, 2004), colocando o sujeito em situações dolorosas que se repetem.

Podemos ver a dor de três formas, segundo Nasio (2008):

- a dor enquanto afeto, um estado afetivo; a dificuldade seria definir a natureza desse afeto, que pode ser corporal ou psíquico;

- a dor enquanto sintoma, a expressão no corpo de um conflito psíquico inconsciente – a dor psicogênica; e

- a dor enquanto objeto de prazer, quando falamos em perversões sadomasoquistas.

A dor enquanto afeto só existe sob um fundo de amor. É uma reação afetiva de uma perda brutal e violenta. Se a perda não é brutal, falamos não de dor, mas de sofrimento. A dor está ligada ao tempo, no sentido de imediatismo, imprevisto. A dor remete ao corpo e à sensação; o sofrimento remete à psique e à emoção (NASIO, 2008).

Perguntamo-nos, então, sobre a dor crônica:

Que papel tem essa dor na economia psíquica do paciente?

Como usar essa dor na economia relacional?

É possível pensar a dor como uma resposta ao que não foi representado, isto é, como um efeito próprio do mecanismo de angústia?

Será que a dor crônica é realmente uma repetição?

Podemos ver a dor como a esfinge de Tebas. Ela nos instiga, nos provoca, nos conduz a um enigma sobre o ser humano. E se não a deciframos, ela nos devorará. Aos poucos toma conta de nosso corpo, e ficamos sem ação.

O corpo, este envelope

Pocas personas saben hasta qué punto
un cuerpo que se va disgregando
*Dia a dia es algo devastador
para una existência.*

*Ninguno de los que me
rodean, con seguridad,
es capaz de comprenderlo.*

FRIDA KAHLO

No texto *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud ([1926] 1977) reafirma a analogia da dor com a pulsão: assim como a pulsão, a dor teria sua origem entre o psíquico e o somático, não sendo completamente nem um e

nem outro. A dor poderia, então, se iniciar de uma lesão física que implicaria uma desordem emocional ou poderia se iniciar de um conflito psíquico não expresso verbalmente, mas expresso corporalmente. A dor atuaria como um estímulo pulsional contínuo, frente ao qual permaneceriam impotentes as ações musculares.

Essa afecção dolorosa se tornaria objeto de pulsões, ingressando em um circuito de repetição. O objeto dor nesse nível de repetição torna-se um objeto de gozo e pulsão de morte, implicando uma busca de satisfação mais além do princípio de prazer. A dor é condição de representação do próprio corpo.

A dor de origem orgânica esvazia narcisicamente o ego, e o mesmo ocorre na dor de origem psíquica. Como o corpo é suporte da função narcísica, a dor física causa um sofrimento psíquico não apenas porque o corpo dói, mas porque o eu entra em sofrimento narcísico.

Por isso, algumas vezes, quando pessoas sem sintomas neuróticos apresentam uma alteração corporal mórbida, essa alteração se torna a representação de todas as fantasias inconscientes no corpo. E, em contrapartida, durante um quadro de doença corporal real e grave, pessoas com sintomas neuróticos têm seus sintomas atenuados.

Estamos falando do investimento narcísico: o doente retira os investimentos libidinais do mundo e os retoma quando se cura. Para a psicanálise o corpo em que se inscreve a dor física, é o corpo erógeno, o corpo investido pela libido de ego.

Em *Estudos sobre a histeria*, analisando o caso clínico de Anna O., Breuer e Freud (1893) chegam à conclusão de que a dor somática não foi criada pela neurose, mas apenas usada, aumentada e mantida por ela. A fragilidade de um órgão se tornou uma abertura para a representação de conflitos psíquicos.

O corpo psicanalítico possui uma anatomia que se constrói a partir do cenário fantasmático de cada um. Nas dores corporais

intensas há concentração do investimento na representação psíquica do local do corpo dolorido.

No texto *O ego e o id*, Freud ([1923] 1996, p. 39) afirma:

O Ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente um entidade de superfície, mas é, ele próprio um entidade de superfície.

Isso significa que o eu e o corpo estão estruturados por uma lógica de superfície. Superfície que metapsicologicamente nos leva ao aparelho perceptivo, que captura o mundo pelos órgãos dos sentidos. O eu é derivado das sensações da superfície do corpo. O tecido cutâneo, a pele, tem aqui um importante papel já que o estímulo recebido externamente também provoca uma sensação/reação interna.

Grodeck, um médico alemão que se utilizava do referencial psicanalítico para o tratamento de doenças orgânicas, dizia que nenhuma doença aconteceria ao acaso. Todas comportariam um sentido e em um dado momento da vida se inscreveriam em seu percurso subjetivo. Por exemplo, um doente que se desorganizou em situações críticas de adaptação. A doença, que é a expressão máxima da crise existencial do indivíduo, espelha seu modo de ser e agir, numa concretização de suas atitudes.

Na dor psicogênica há duas instâncias clínicas: a dor de caráter histérico e a dor de caráter hipocondríaco.

No caso da dor de caráter histérico não quer dizer que o paciente tem uma organização psíquica histérica. O paciente tem vontade de falar de sua dor como se se tratasse de um personagem diferente que está dentro de seu corpo. O paciente vive a sua dor como algo que ele possui, e em sua explicação essa dor seria provocada por um conflito psíquico anterior não resolvido.

No caso da dor psicogênica de caráter hipocondríaco, o paciente não a vive como

uma dor que ele tem e que o habita. Ele é a dor. A dor do hipocondríaco é um objeto perseguidor no corpo. Por isso, a hipocondria se aproxima da paranoia.

Voltemos à contemporaneidade. Birman (2012) argumenta que, em consequência de um excesso, o mal-estar contemporâneo é evidenciado e inscrito em três registros: no corpo, na ação e no sentimento.

Hoje o corpo é público, está em evidência, é uma mercadoria econômica. Idealiza-se tanto o corpo que não o escutamais no seu real com suas sensações de prazer e de sofrimento. Usamos o corpo para vender de tudo, desde um curso de inglês a uma roupa. O corpo é exposto, desnudo, transvestido em puro objeto de uso.

Vivemos em um mundo de excessos. Tudo é possível e ao mesmo tempo tudo é proibido. Tudo é exigido, mas tudo é difícil de conseguir.

Todo esse excesso gera angústia, uma angústia simbolizada no afeto representativo do excesso de excitação. Para evitar a angústia resultante do excesso, o indivíduo contemporâneo cria saídas patológicas que servem como descarga pulsional: medicamentos, drogas, compulsão alimentar, dores.

Fatos externos incontrolláveis marcam nosso somático. Traumas inerentes à vida, dos quais não temos como escapar: lidar com a percepção das diferenças, crescimento, separação, doença e morte. Tudo que nos marca de alguma forma. As representações pulsionais do sofrimento são marcadas no corpo como dores.

Não somos responsáveis pelos golpes do destino. Não temos que carregar a carga em nós depositada pelos objetos importantes de nossa infância, mas somos sim, responsáveis pela maneira como escolhemos carregar ou não essa carga e pelo modo como manejamos o destino.

Esses sintomas que se apresentam nas ditas neuroses atuais, não têm nenhum sentido, nenhuma significação psíquica. Eles se manifestam predominantemente no corpo.

O conflito remete não a um conflito da sexualidade infantil, mas sim a um conflito atual. O sintoma, enquanto substituto de uma satisfação pulsional, ocorre de maneira distorcida em função do recalque.

Ora, o mal-estar é próprio do sujeito da cultura, na medida em que a civilização é construída sobre a renúncia das pulsões, buscando a sublimação no contexto civilizatório.

Num mundo de excessos, construímos barreiras psicológicas contra diversas emoções e investimos tão forte nessa construção que não conseguimos mais sentir o que é se deixar inundar pelo seu desejo. Ao tentar abolir a dor e o sofrimento psíquico, reforçamos nossa intolerância contra a dor.

Algumas ideias finais

A dor é companheira indelével do prazer.

PROVÉRBIOS ITALIANO

A dor crônica, como algo de ordem psíquica que se manifesta como uma descarga no corpo, não se configura como um sintoma para a psicanálise. Aqui não está em jogo a transformação de moções pulsionais, tampouco a construção de uma metáfora via retorno do recalado. Clinicamente não se interpreta uma manifestação que não remete a nenhum sintoma.

No caso da dor crônica, o manejo clínico se baseia na sustentação do analista enquanto presença e alteridade, para que, assim, alguma coisa do sujeito possa emergir, a fim de estabelecer ligações psíquicas.

Deve-se ter cuidado ao achar que, tirando a dor física, estamos ajudando. Às vezes a dor tem como função manter a pessoa ligada à vida. Não queremos eliminar a dor, porque sabemos que ela é uma expressão que não conta com outras formas de representação, uma angústia impossível de representar – a dor.

A experiência do corpo não faz parte do mundo linguístico, designado como pré-verbal ou pré-linguístico. Sempre tentamos um

antídoto contra a dor. Dessa forma, o grito surge como uma forma de alívio, de catar-se. Nos consultórios o caminho pode ser do grito que se transforma em fala, e a fala se transforma em reelaboração.

A racionalização da escuta provocou discursos vazios, ausência de criatividade, resistências insuperáveis, depressões severas, recursos a psicotrópicos e uma surdez dos analistas aos movimentos pulsionais dos analisandos.

A prevalência doutrinária de certas concepções do campo psicanalítico se tornou um obstáculo para a escuta das novas formas de subjetividade que a cena contemporânea oferece. É necessário desracionalizar nossa escuta, escutar a dor corporal e as perturbações psicológicas por ela desencadeadas.

A crença de que a dor sempre representa algo pode desencadear uma busca incessante de sentido, fixar o analista e o analisando no sintoma médico.

Se o mal-estar faz parte de nosso viver, e a dor se tornou presente no nosso cotidiano, então em nossa clínica temos que reescutar o que nosso paciente nos diz. Ressignificar essa dor para além da complexidade humana.

Cabe a nós, enquanto analistas, atribuir um valor simbólico a uma dor que em si é puro real, emoção brutal. Acolher essa dor inassimilável do paciente e transformá-la em dor simbolizada. Não solucionar aquilo que não é nomeado. Não rotular o que não é sentido. Mas sim resignificar.

Nosso objetivo é não aliviar a dor, mas aliviar o sofrimento que envolve a dor.

Abstract

This work intends to make an evaluation of the chronic pains in the present time. Symptom that has appeared more and more in our clinic, in the form of low back pain, migraines, fibromyalgia. At a time when we live in the world of excesses, the pain also seems excessive in your feeling and living. How to hear this pain psychoanalytically?

Keywords: Pain, Actuality, Psychoanalysis, Listening.

Referências

BEZERRA JR., B.; PLASTINO, C. A. *Corpo, afeto e linguagem*. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CAMPOS, T. S. P. *A clínica psicanalítica na contemporaneidade*. 2008. 99 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade) - Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

DACORSO, L. M. *Dores crônicas no cotidiano*. Monografia (Formação em psicanálise) - Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama de Juiz de Fora (SOBRAP/JF), 2011.

FOGUEL, E. S. *Psicanálise e dor. O saber do psicanalista*, Salvador, 2002. Publicação da Associação Científica Campo Psicanalítico.

FOGUEL, E. S. *Psicanálise e dor: concentrada está a sua alma. Stylus: revista de psicanálise*. Rio de Janeiro: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, n. 8, p. 97-103, 2004.

FORMIGA, M. S. G. *Dor crônica ou um corpo deprimido? Reflexões sobre as dimensões psicológicas da dor corporal na contemporaneidade*. 2010. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2010.

- FREUD, S. Caso 1 - Srta. Anna O. (Breuer). In: _____. *Estudos sobre a histeria* (1893-1895). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 57-81. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 2).
- FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In: _____. *Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos* (1925-1926). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p.93-201. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).
- FREUD, S. O ego e o id (1923). In: _____. *O ego e o id e outros trabalhos* (1923-1925). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 11-83. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 19).
- FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1950 [1895]). In: _____. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (1886-1889). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.385-529. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: _____. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos* (1914-1916). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1977. p.83-119. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).
- FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). In: _____. *Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos* (1901-1905). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1989. p. 117-230. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7).
- JAMIS, R. *Frida Kahlo. Autorretrato de una mujer*. México: Diana, 1987.
- MAGALHAES, M. M. S.; AZEVEDO, F. G. S. A (De) pressão e contemporaneidade: notas sobre o sintoma social. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 5(2), p. 215-226, dez. 2016. Publicação trimestral da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
- MELLO, D. R. B. Nos limites da linguagem: uma leitura das doenças psicossomáticas à luz da psicanálise lacaniana. *Revista científica internacional*, ano 2, n. 8, jul./ago. 2009.
- MINATTI, S. P. O psicanalista no tratamento da dor. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 825-837, dez. 2012.
- NASIO, J.-D. *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- PEREIRA, P. S. *Dor e angústia: uma discussão psicanalítica*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - da Universidade Federal do Para, Belém, 2012.
- SANTOS, N. A.; RUDGE, A. M. Dor na psicanálise - física ou psíquica? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 450-468, set. 2014. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, Brasil.
- WINOGRAD, M.; TEIXEIRA, L. C. *Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas*, Rio de Janeiro, v. XIV, n. 2, p. 165-182, jul./dez. 2011.

Recebido em: 28/10/2018

Aprovado em: 05/12/2018

Sobre as autoras

Lilian Meneses Dacorso

Psicóloga.

Psicanalista pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama, Juiz de Fora (SOBRAP-JF).

Didata supervisora de psicanálise do Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama de Juiz de Fora (SOBRAP-JF).

Stetina Trani de Meneses e Dacorso

Psicóloga.

Psicanalista e Membro Circulo Brasileiro de Psicanálise - Seção Rio de Janeiro (CBP-RJ).

Mestre em literatura brasileira pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CESJF-PUC Minas).

Professora titular do curso de psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CESJF-PUC Minas).

Didata e Coordenadora da Formação em Psicanálise do Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de grupo e Psicodrama, Juiz de Fora (SOBRAP-JF).

Coordenadora da Formação em Psicanálise do Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama, Juiz de Fora (SOBRAP-JF).

Endereço para correspondência

Lilian Meneses Dacorso

E-mail: <lilianmdacorso@gmail.com>

Stetina Trani de Meneses e Dacorso

E-mail: <stetina-dacorso@ig.com.br>