

Uma artesanía provisória:
investimento, afecções e afeições para
e com o bebê que nasce diferente

*A provisional craftsmanship:
investment, fondness and affections for and with
the baby who is born diferente*

Martha Cristina Nunes Moreira*

Resumo: Como um ensaio exploramos a perspectiva do cuidado e da construção da esperança relacionados ao ambiente dos investimentos em bebês e crianças nascidos com condições de saúde crônicas, complexas e raras. Fundamental estarmos atentos ao que circula em termos da construção dos vínculos de cuidado, na forma de palavras, afetos e afeições.

Palavras-chave: Cronicidade. Deficiência. Esperança. Cuidado.

Abstract: *As a trial we explore the perspective of caring and building hope related to the environment of investments in babies and children born with chronic, complex and rare health conditions. It is essential that we pay attention to what circulates in terms of building care bonds, in the form of words, fondness and affections.*

Keywords: *Chronicity. Disability. Hope. Care.*

* Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Doutora em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IUPERJ). Professora e orientadora do quadro permanente do Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Professora das Residências em Saúde do Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Pesquisadora de Produtividade em Pesquisa do CNPQ.

A TÍTULO DE INTRODUÇÃO

Nossa proposta reside em trabalhar, de forma provisória, quase artesanal, a questão da diferença, como afirmação da existência. No entanto, a diferença à qual nos referimos, diz respeito a um corpo de um bebê muitas vezes radicalmente distinto do esperado: nas síndromes raras, nos equipamentos que a ele se ligam, na vida sustentada pela terapia intensiva, dos monitores, fios e sondas. Estes bebês nascem e seguem nos desafios que nos reenviam aos investimentos, construção de vínculos e produção do cuidado.

Ao nos referirmos à construção de vínculo evocamos o campo das ciências humanas, onde Marcel Mauss (2002) nos ofereceu uma interpretação do vínculo e sua circulação social a partir de uma tríade constitutiva: dar – receber – retribuir. Nas cenas de cuidado circulam bens oferecidos nas formas de olhar, tocar, embalar, confortar. Circulam como bens também a esperança, as palavras, os afetos, juntamente com medicamentos, diagnósticos, exames. Bens de cuidado, símbolos de afeto, investimento e esperança. O cuidado e a esperança se aliam, se friccionam, disputam. O cuidado e a esperança como categorias analíticas que se interceptam, nesses lugares institucionalizados que os hospitais representam. E nesses lugares desenvolvemos práticas de pesquisa e atenção à saúde com temas sensíveis, que podem ser interpretados como delicados e difíceis.

Um olhar para o cuidado necessita explorar seu ambiente relacional, que sustenta também as desigualdades sociais e valorações. O debate sobre *Cuidado* deve evocar e dimensionar as moralidades que recaem nos julgamentos sobre como e se deve agir, principalmente porque neste campo circulam mulheres. Sobre a esperança, esta figura fluida e tão necessária, que pode evocar um campo etéreo, de leituras intimistas; devemos perguntar como construí-la, a fim de promover investimento e afeição por bebês tão desafiadores. Há na esperança, assim como no cuidado, muita relação, interesse e assimetria. O que não significa viver sem eles, mas friccionar binarismos, e resgatar a complexidade.

Entendo que nas cenas de saúde com bebês, hospitalizados por nascimentos que podemos qualificar aqui como adversos, faz-se necessário compreender o lugar do que circula muitas vezes simbolicamente. O que circula pode “tocar”, no sentido de produzir um circuito, onde segundo Haraway (2022):

Minha premissa é que o toque ramifica e molda a prestação de contas. Prestar contas, cuidar, ser afetado e entrar na responsabilidade não são abstrações éticas; essas coisas mundanas e prosaicas são o resultado de nos envolvermos uns com os outros. O toque não torna alguém pequeno; salpica os parceiros com locais de vínculo para a mundificação. Tocar, considerar, devolver o olhar, devir-com... tudo isso nos torna responsáveis pelas maneiras imprevisíveis nas quais os mundos tomam forma. No toque e no olhar, os parceiros, querendo ou não, estão na lama miscigenada que infunde nosso corpo com tudo o que trouxe esse contato à existência (HARAWAY, 2022, p. 58).

A passagem anterior nos oferece elementos importantes para conectar vidas de bebês nascidos diferentes e a necessidade de vínculo para lhes fazerem existir. Esta existência que demanda vínculo, trocas, mediações entre elementos humanos e não humanos que habitam e conectam estes bebês em ambientes de hospitalização prolongada, onde o foco é o cuidado. Entendemos cuidado em acordo com Joan Tronto (1997, p. 187-188): “*cuidar implica algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos (...) Se cuidar envolve um compromisso, deverá, então, ter um objeto. Assim, cuidar é necessariamente relacional*” (O grifo é meu). Esta definição relacional se enlaça a responsabilidade, compromisso, carga e moralidades; o *Cuidado* ganha materialidade no âmbito do que as sociedades e culturas valorizam.

E aqui sobre esta cultura com seus símbolos do que é valorizado, esperado, “perfeito”, normalizado, vale refletir com Mattingly (2010) sobre o sofrimento que vem – segundo palavras da autora – com a aflição corporal e os esforços que as pessoas fazem para criar e – talvez mais importante – para reimaginar e cultivar a esperança, em situações de cuidado com diagnósticos difíceis. A esperança, segundo a autora, não é um problema existencial; tem raízes culturais e estruturais, uma vez que é moldada pela pobreza, pelo racismo e pelo sofrimento corporal endêmico de tantas das famílias com que ela teve a oportunidade de conviver em suas etnografias em hospitais.

A ideia, portanto, neste ensaio, é aconchegar a esperança no colo das narrativas comuns, dos diagnósticos e prognósticos, que podem ou não dialogar com investimentos, e provocar uma pergunta: seria possível uma narrativização da esperança nas encruzilhadas da dor, da cronicidade e dos desafios dos estigmas da deficiência?

UMA CONVERSA SOBRE ESCOLHAS E NÃO ESCOLHAS NOS AFETOS E AFEIÇÕES DO CUIDADO

Esta conversa nos leva a reconhecer que entrar em um hospital não é uma escolha para mães, pais, crianças e adolescentes cujas vidas foram marcadas pela cronicidade, raridade e deficiência. Essas pessoas não escolheram esse caminho de uma intersubjetividade construída nas mediações dos diagnósticos, incertezas, anúncios de uma diferença qualificada muitas vezes como incompatível com a vida, ou ao menos com a vida nos parâmetros “normais”, “esperados”, “típicos”. Não raramente, nas interações e atendimentos pelo Brincar e nas pesquisas realizadas e orientadas por mim e por colegas, elas nos dizem terem sido seus bebês nomeados como “monstros”, “vegetais”, palavras oferecidas e recebidas como veneno: elas não queriam, não deveriam escutar e recebê-las. Mas lhes eram imputadas quase como destino, convite ao desinvestimento.

Importante dizer que recebiam essa “dádiva envenenada” – como denomino as palavras de desengano, provocadoras de desamparo, desinvestimento, descrédito – da parte daqueles que, por princípio, como profissionais de saúde seriam compreendidos como “afeitos” a esse campo. E na quase totalidade das vezes recusavam, lutavam, reafirmavam os bebês que geraram, e reivindicaram o direito de eles serem cuidados.

Essa primeira distinção pode nos enviar às perguntas sobre investimentos parentais e profissionais frente ao que é adverso, surpreendente, inimaginável, supostamente inviável, incompatível com a vida.

Todos esses qualificativos podem cair por terra ou sofrer com abalos em suas estruturas frente ao possível. Aquilo que também se qualifica como humano, e como desafiador a um certo modelo de humanidade é desestabilizado. Porque em novas bases, em outras bases, esses bebês podem se estabelecer como afirmativos do modelo *dis-humano* de existir (GODDLEY; RUNSWICK-COLE, 2016). Cabem nesta rubrica os bebês com condições de saúde raras, crônicas e complexas, os bebês com deficiências e os bebês intersexo. Quero tensionar, friccionar uma certa afeição que aprendemos com nossas formações: uma afeição por corrigir, normalizar, a partir de um certo modelo ou *modus operandi* onde *pré*-supomos a estes corpos uma falta, falha, e não assumimos que a precariedade que nos constitui, neles, com eles e para eles, evoca a interdependência (KITTAI, 1999) que qualifica isso que chamamos de humanidade (BUTLER, 2018).

A experiência se configura como um acontecimento, que exige de nós o encontro com o que nos toca, nos acontece, como me inspira Jorge Larosa Bondia (2002). Nesse sentido, experiência não equivale à prática. Justamente pelo equívoco de fazer acreditar haver prática sem reflexividade, sem filosofia, sem conceituação. A experiência exige de nós reflexividade, um dobrar-se, um reinventar-se, um entrar em contato com.

E aqui preciso localizar que tive o privilégio de conhecer/entrar em contato com os bebês, as crianças e os adolescentes, aos quais faço referência acima, pelas mediações generosas do Saúde e Brincar com Eliza Santa Roza, Rosa Mitre, Marcelo Maciel, Denyse Lamego, Fatima Junqueira, Magdalena Oliveira, Priscila Menezes, Claudia Cunha, Luciana Mayrink. Como uma equipe, havia em nós um quê de “operadores transicionais”. Inspirada em Winnicott (2000) e em seus objetos e fenômenos transicionais, penso eu que as equipes de saúde, familiares, adultos – sim, os adultos – precisam de operadores transicionais. Que promovam trânsitos, que provoquem inesperados, que construam mediações, e que no ambiente da hospitalização infantil, esses operadores tenham por base a ludicidade, o Brincar encarnado. Esse Brincar (WINNICOTT, 1975) encarnado pode promover suportes para seguir, redescobrir, inventar, re-brincar. Essas lentes me permitiram o olhar que aqui provoço: o olhar do possível, do viável, do que nos movimenta a outros mundos que nós mesmos propiciamos. Com nossas tecnologias humanas e não humanas habitamos esse mundo. E é por isso que outrora, há cerca de três décadas, esses territórios, ambientes de cuidado, eram outros, com outras crianças.

Convido vocês a conhecerem Dan Goddley e seu grupo (2012). Em um artigo que aqui traduzo como *Interpretando Rosie*, com base nas interações de pesquisa etnográfica com uma menina autista de 11 anos; Rosie poderia ser submetida a ao menos quatro grandes chaves de interpretação: (1) do funcionalismo no cânone do autismo, onde predomina a visão do *déficit*, da deficiência como um defeito da pessoa; (2) do modelo social da deficiência onde o ambiente é que tem *déficit*, a falta; (3) o modelo relacional onde as barreiras são resultado das interações entre ambiente e pessoa com deficiência, e nada “está lá” ou “está na pessoa”, mas é algo que se concretiza na interação; (4) a lente sociocultural, da criança digital, onde as crianças podem nessas relações se reinventar inclusive nas estratégias de interação, de se fazer entender.

Há que se rediscutir, com os saberes incorporados, as estruturas de corpo-normatividade que embaçam nossos olhares para a diversidade. E que nos fazem operar com aquilo que, no curso *Os Anormais* do Collège de France, Foucault explicita como sendo a produção do desumano, pela via da biopolítica, que opera sobre a loucura, o hermafroditismo – como era à época chamado – e a deficiência, nas suas interpretações. Em outra linha relacionada ao sujeito e suas configurações, Canguilhem nos convida a reconhecer na doença uma norma de vida, e não uma anormalidade. A régua, a medida, é o próprio indivíduo. E, neste caso, não é a norma resultante da média, mas a capacidade normativa maior ou menor que vai estabelecer se o doente é anormal ou não. O anormal só pode ser apreciado em relação, primeiro em relação a si próprio, e complementarmente nas interações com seu meio.

Essa digressão que nos levou a autores do campo da filosofia, da discussão sobre poder, do campo dos estudos sociais, da deficiência na infância, nos ajuda a apoiar isso que aqui argumento sob a forma de pergunta: quem nos provoca afeição? Compreendemos, desejamos e reconhecemos a diferença, e, mais que isso, a diversidade humana como legítima? Como bebês com condições de saúde raras, crônicas e complexas, bebês intersexo e com deficiência nos falam sobre a condição humana, e nos ensinam sobre ela? Não devemos esquecer que as grandes narrativas totalitárias – do patriarcado, das estruturas de raça, gênero, medicalização da vida e da morte – operam a partir de *dualidades perigosas* (ZELINZER, 2009). Aprendemos a acreditar nesse mundo organizado em esferas opostas, rivais, separadas, e também em supostos universais. Binômios que, frente a esses bebês, sofrem desarranjos explicativos. Colocam em crise aqueles que compreendem que a formação dos enquadres não dará conta do que o trágico mistura e confunde no cotidiano. Ou reinventamos nosso olhar frente a esses bebês, ou sucumbiremos de tristeza ou de um olhar embaçado por uma necessidade de corrigir para caber no que aprendemos. Minha aposta é no *Brincar*, como constitutivo da dimensão intersubjetiva, do jogo humano, onde criações, diversificações, possibilitam reinvenções que reumanizam humanos e não humanos.

Em *O narrador*, Walter Benjamin (1983) pergunta por que os soldados que voltam da guerra não conseguem contar histórias. O que essa experiência da guerra retira do processo de criação, do compartilhar histórias, ao redor da roda, onde alguém crocheteia, costura e borda?

Penso aqui como nossos *fronts* do cuidado podem nos retirar a potência de narrativização. Ou como podem reduzir nossa narrativização a uma certa versão, feia, distante, impossível, triste de nosso *front*. Ou ainda, podem ficar correndo atrás de uma “suposta verdade” romântica, que desumaniza, não tensiona, não reconhece na humanidade suas incoerências, fricções de versões. E por fim, como pode encerrar e subtrair a narrativização das crianças, suas mães, seus pais e irmãos. Quando nos propomos a escutar – em *settings* de brincar as crianças (CASTRO; MOREIRA; SZAPIRO, 2018), ou em outras estratégias (WHEELER, 2003; COUGHLAN, 2020; SWAIN, 2021) – elas nos afirmam outras possibilidades. Redescobrimos que podemos imputar sofrimento, contribuir para as violências mais diversas (FANG *et al.*, 2022), quando desinvestimos da amorosidade. Ou quando elegemos a quem devemos nos afeiçoar.

Como temos narrativizado esses bebês, crianças e adolescentes? Acreditando que nos casos e sessões clínicas residem verdades sobre eles, ou uma certa versão possível do que os interpretamos? Acreditamos nas suas outras versões produzidas por suas mães e pais que reafirmam suas existências, legitimidade, expressões comunicacionais, como atípicos e atípicas? Aqueles e aquelas que não sucumbem, nem ao sofrimento que de alguma forma se constrói, nem à romantização que pode lhes ser imposta?

Interessante dizer que na véspera do início deste texto tenho um sonho. E nele uma criança, não exatamente um bebê, mas ainda nos seus dois anos, estava na piscina. Uma aula de natação talvez. Meu olhar era encantado. Pois fazia piruetas na água; mergulhava e voltava. Mas, em um determinado momento, ela teve uma dificuldade. Meu impulso era “salvar”, angústia de saber se conseguiria ou não fazer da brincadeira um retorno. E ela dá seu jeito e volta. Me pergunto o quanto esse sonho me ajudou a escrever este texto, a elaborar sobre minha própria implicação com o desacreditar essas crianças. Em uma cena clínica com um paciente, jovem com uma condição de saúde rara com um corpo com deficiência, usou um termo – que encontramos em Erving Goffman em seu clássico *Estigma* (1982) – para definir como se sentia interpretado pelas pessoas com quem tinha relação de interdependência: descredito.

Penso como nesse sonho há muito de mim. Mas dessa minha, nossa, tarefa de pensar formação. Uma formação que tem na base a clínica.

Já há alguns anos formando e orientando residentes, mestres, doutores e supervisionando pós-doutores, percebo que esses exercícios de narrativização

são necessários para a construção das versões de suas práticas clínicas, e versões outras, possíveis, não afogadas em perspectivas corponormativas.

Há na construção da relação orientadora e orientandas uma revisão de olhares, uma certa aflição por produzir, por quase poder ter alguém que lhe transmita a arte ou a feitiçaria da escrita narrativa. Que não seja com sofrimento, nem como iluminação. Mas um dobrar-se entre experiência, estudo e reconfiguração.

Percebo uma Artesania onde o processo envolve investimento, afecção e afeição. A afecção como a entendo em Jeanne Favret-Saada (2005), nos reenvia a algo que é ser enfeitado pelo ambiente, passar pela experiência, mas precisar reconhecer que não me torno nunca como o outro, nem posso “colocar-me no lugar do outro” (vulga máxima da empatia). Porque o lugar de que falamos aqui, de ter um filho/filha doente, não foi escolha, logo a soberba não pode também querer tomar-lhe esse lugar. Mas podemos ter afeição por essas pessoas, investir em suas vidas, acreditar que são possíveis, e encontrar com elas suas próprias medidas.

Essa construção do duplo “investimento/afeição” precisa ser cuidado para não se transformar em uma relação de “preferências/privilégios”, estas que se não refletidas podem ser resultado de um jogo complexo das emoções embriagadas de expectativas, visões de mundo, idealizações, não somente sobre os bebês, mas principalmente sobre suas mães e seus cuidados.

Como hoje não estou mais nesse *front* da atenção hospitalar, mas no front de receber quem de lá volta e vai, e volta e vai, acredito estar na posição de acionar/provocar, um circuito de dar/receber/retribuir onde o que recebi e ofereço vai alcançar quem não conheço e com quem não tenho vínculos. Isso que vai conjugar proximidade e estranhamento, faz-se na arte do vínculo social, da dádiva ao estranho.

Penso que a minha experiência de mais de vinte anos com bebês, crianças e adolescentes no IFF/FIOCRUZ, não é prerrogativa desta instituição. Recentemente em um acervo de pesquisa, a questão do suicídio de mães com filhos nascidos com condições de saúde raras, se faz presente. Assim como a emergência de condições de saúde mental de pais que sofrem com o nascimento desses filhos, e ainda equipes que não se fazem equipes em função dos distintos entendimentos/compreensões/interpretações do que sejam esses bebês, os projetos de vida. Bebês lançados para o futuro. Porque nossa lógica de ciência, de pessoa, de humano, é pautada na lógica do futuro, da produção, do preenchimento de um projeto de perfeição.

Ao certo este caminho de lançar-se em um futuro, projetar-se de forma distante e a longo prazo, coloca-se em suspensão quando estamos diante de outros bebês e crianças cujos corpos desafiam modelos de existência onde as presenças precisam de muita injeção de presente, em doses diárias, pequenas, mas firmes de esperança.

A TÍTULO DE CONCLUSÃO

A aproximação de um corpo que enuncia outras funcionalidades, outras expressões físicas, sensoriais, motoras, que expressa necessidades complexas e múltiplas, é também um corpo que negocia com os diagnósticos de condições de saúde raras e complexas, marcadas pelo curso crônico. Essa demarcação nos reenvia a cronicidade. Como uma categoria de entendimento, que não se reduz ou identifica à doença, ou seus tempos de curso e manifestação – agudo e/ou crônico – mas, evoca temporalidade na direção da experiência socialmente ancorada. Qual seja, uma experiência que é também trajetória negociada com: (1) uma gravidez onde comparece uma suspeita a ser investigada porque algo escapa como “falha” ou “erro” aos exames; (2) por um parto adverso, muitas vezes *locus* de violência obstétrica ou negligência, e o filho ou filha *a posteriori* se revela “diferente do esperado”; (3) pela notícia que ao nascimento, com internações prolongadas em terapia intensiva ou enfermarias de pediatria, o crescimento do filho/filha “não seguirá marcos esperados do desenvolvimento”; (4) a busca por diagnóstico e posteriormente por tratamento; (5) com reconfigurações de projetos de vida que significam incorporar custos familiares, reorganização de finanças, custos emocionais e de gerenciamento de cargas de cuidado.

No centro dos cinco pilares anteriores reside o reconhecimento de que cronicidade implica viver com, gerenciar a vida, reconhecer e retomar o cuidado como permanente, e desigualmente distribuído, e que a permanência, extensão temporal, de algo que não se extingue, possibilita assumir suas expressões como características mediadoras do viver a vida. Cronicidade e Deficiência são categorias que negociam suas fronteiras, em fricção permanente para bebês e crianças que vivem com uma condição de saúde crônica, rara e complexa. E vejam, no centro do que demarqueei acima convivem cenas onde os personagens reais estão negociando com a parentalidade, então temos

pais, mães, filhos e filhas, em esferas onde circulam os conhecimentos e atenção à saúde, muitas vezes especializada.

Tais bebês e crianças com situações de vida mediadas pela deficiência, cronicidade e raridade, têm seus corpos muito acionados, mobilizados, investigados, enunciados por muitos saberes e disciplinas, e acabam por desenvolver um conhecimento encarnado/incorporado. Neste tecido de cuidados a esperança se faz necessária, concretizada nos afetos e afeições que sustentam o investimento tão necessário para que a vida se realize e sustente.

Martha Cristina Nunes Moreira
marthacnmoreira@gmail.com

Referências

BENJAMIN, W. O narrador. In: _____. *Textos escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural, 1983. p. 53-85.

BUTLER, J. *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CANGUILHEM, G. Doença, cura e saúde. In: *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2009.

CASTRO, B. da S. M. de; MOREIRA, M. C. N.; SZAPIRO, A. M. Crianças e adolescentes com condições crônicas falam sobre saúde. *Revista Polis e Psique*, 7(3), p. 116-135, 2018.

COUGHLAN, C. *et al. Rethinking complex needs with patient and carer perspectives*. Disponível em: <www.thelancet.com/child-adolescent>. v. 4, p. 719-720, October 2020. Acesso em: 29 ago. 2023.

FANG, Z. *et al. Global estimates of violence Against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis*. March, 2022. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00033-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00033-5)>. Acesso em: 29 ago. 2023

FAVRET-SAADA, J. Être affecté. *Gradhiva: Revue d'Histoire et d'Archives de L'anthropologie*, n. 8, p. 3-9, 1990.

_____. Ser afetado. Traduzido por Paula Siqueira e Tania Stolze Lima. *Cadernos de Campo*, n. 13, p. 155-161, 2005.

FORUM DE SAÚDE INTEGRAL DE CRIANÇAS COM VARIABILIDADE DE GÊNERO, 1, *Núcleo TransUNIFESP*, 05 de fevereiro de 2022. Disponível em: <<https://sp.unifesp.br/epe/camgrad/eventos/1-forum-de-saude-integral-de-criancas-e-adolescentes-com-variabilidade-de-genero>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

FOUCAULT, M. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOODLEY, D.; RUNSWICK-COLE, K.; LIDDIARD, K. The DisHuman child. *Discourse: studies in the Cultural Politics of Education*, 37(5), p. 770-784, 2016.

GOODLEY, D.; RUNSWICK-COLE, K. Reading Rosie: The postmodern disabled child. In: BILLINGTON, T.; TODD, L. (Orgs.). *Narrative: approaches in research and professional practice. Educational et Child Psychology*, v. 29, n. 2, 2012.

HARAWAY, D. *Quando as espécies se encontram*. São Paulo: UBU Editora, 2022.

KITTAY, E. F. *Love 's Labor*. New York: Routledge, 1999.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20-28, 2002.

MATTINGLY, C. *The Paradox of Hope: journeys through a Clinical Borderland*. California: University of California Press, 2010. 288p.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. In: _____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2003.

SANTA ROZA, E. *Quando brincar é dizer: a experiência psicanalítica na infância*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. 151 p.

SWAIN, K. Spare a little time. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(2). p. 101–102, 2021.

TRONTO J. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: *Gênero, corpo, conhecimento*. Tradução de Brítta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997. p. 186-203.

WHEELER, V. Lauren aged 10 years: So you are thinking of having a gastrostomy? *Journal of Child Health Care*, 7(2). p. 85-88, 2003.

WINNICOTT, D. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. A criatividade e suas origens. In: _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZELINZER, V. A. Dualidades perigosas. *Mana*, 15(1), p. 237-256, 2009.