

O QUE HÁ ENTRE O CUIDAR E O MALTRATAR - RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DE UM CASO DE BABY-SHAKE

Amanda Miranda Tupiná
Bruno Volski Flóridi
Fernanda Elisa Ladaga
Marcella Bellini
Rafaella Bertipalha
Roberta Serra da Silva
Tatyana Lopoeh Campos

Introdução

A violência contra a criança representa temática importante no cotidiano dos profissionais de saúde pública, principalmente no Hospital Universitário sendo por isso relevante um olhar ampliado dos profissionais, devido às graves repercussões e consequências resultantes desta, que geram extenso comprometimento no desenvolvimento infantil abrangendo aspectos fisiológicos, psíquicos e sociais, podendo muitas vezes inclusive resultar em morte.

Essa situação preocupante muitas vezes ocorre sob a insígnia de Síndrome do Bebê Sacudido, situação em que parece haver uma cisão entre o cuidar e o maltratar a criança indefesa, gerando graves consequências para aquele que necessita de cuidados de forma intensiva nas primeiras etapas de sua vida.

Em função da gravidade deste quadro, que pode levar à morte da criança inclusive, existem medidas de proteção instituídas, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil (Brasil, 1990), principalmente descritos nos artigos 3, 4, 5, 7, 13, 17, 18, 70, 98 e 101. Todos asseguram a segurança e o bem estar da criança, garantindo o direito à vida. Este documento, além de prever direitos, define deveres à sociedade como um todo sendo que importa sobremaneira na situação descrita neste artigo a responsabilidade e as ações a serem adotadas pelos profissionais de saúde quando se deparam com uma (provável) situação de descumprimento deste direito da criança.

A Síndrome do Bebê Sacudido resultante da violência sofrida pelas crianças é também conhecida como Shaken Baby Syndrome, tendo sido descrita inicialmente em relatos na Medicina por Caffey (1972) quando este identificou casos de hematoma subdural em bebês e crianças resultantes de movimento de chicote, na maioria dos casos por consequência de abuso. Dois anos após essa atribuição, Caffey (1974) chegou à denominação conhecida atualmente por “Síndrome do Bebê Sacudido” ao quadro, pelo movimento anterior, posterior e rotacional, no qual a cervical age como um fulcro. Este quadro restringe-se a crianças abaixo de três anos de idade, majoritariamente até um ano (Duhaime, Gennarelli, Thibault, Bruce, Margulies & Wister, 1987). Estudos apontam que frequentemente, as vítimas têm menos de 6 meses, sendo que crianças do sexo masculino estão sob maior risco (Carbaugh, 2010).

A predisposição às lesões, provenientes do sacudir vigoroso, se relacionam às características anatômicas e fisiológicas da criança na faixa etária referida tais como: corpo pequeno; relação cefálica/corpo alta; musculatura do pescoço fraca e não totalmente desenvolvida, bem como a estrutura ligamentar da região; suturas não completamente fundidas; conteúdo hídrico elevado no cérebro; menor mielinização das células nervosas; grande espaço subaracnoide; pouco controle da cabeça (Carbaugh, 2010).

Crianças que choram mais têm risco mais elevado de sofrer sacudidas vigorosas. Fatores de risco também se relacionam com a pouca idade dos pais, situações de instabilidade familiar, baixas condições socioeconômicas, prematuridade e deficiências (Duhaime *et al.*, 1987), cuidado pré-natal deficiente durante a gravidez, isolamento social e falta de apoio social, pouca satisfação conjugal e família pouco funcional. Os preceptores em geral são pais, namorados, babás e, por fim, as mães (Duhaime, *et al.*, 1987).

Via de regra, o abuso físico contra a criança, em geral, chega ao hospital de forma velada, e esta tendência a ocultar o fenômeno, se deve por temor à punição ou por constranger a própria instituição familiar tida como sagrada (Azevedo & Guerra, 1987), o que intensifica a responsabilidade da equipe de cuidadores que, além de lidar com os agravos de saúde presentes da criança, acaba inferindo na relação familiar, visto sua obrigatoriedade de notificação de casos

suspeitos para instâncias oficiais que garantam a proteção da criança conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente no caso brasileiro.

Por isso, tendo um olhar psicológico sobre os cuidados com as crianças, retomamos alguns autores (Bowlby, 1984 e Winnicott, 2001) para apresentar a importância do vínculo e do apego, visto que estes dois conceitos estão na gênese das relações humanas.

As relações entre quem cuida e quem deve ser cuidado

A fim de compreender as respostas de uma criança à separação ou perda de sua figura materna é necessário o entendimento do vínculo que a liga a essa figura. Estudos psicanalíticos afirmam e concordam que dentro dos primeiros doze meses, quase todos os bebês desenvolvem um forte vínculo com a figura materna. Esse tema é abordado na teoria do apego sob a terminologia de apego e figura de apego (Bowlby, 1984).

De acordo com a teoria do apego de Bowlby (1984) todo recém-nascido tem uma tendência inata a se apegarem à figura que lhe confere cuidados durante o início da vida. Esta teoria baseia-se na teoria do comportamento instintivo, defendendo a ideia que o vínculo da criança com sua mãe é um produto da atividade de certo número de sistemas comportamentais que apresentam proximidade com esta última, ou figura materna, como resultado previsível. Seu desenvolvimento é lento e complexo assim como a ontogênese dos sistemas do ser humano, sendo pouco perceptível em seu primeiro ano de vida, ficando cada vez mais evidente até o terceiro ano. Sendo neste último, esse sistema facilmente ativado com respostas à partida e chegada da mãe, a estímulos visuais, som e contato da mãe, ou por estímulos assustadores.

Do terceiro ano de vida em diante, esses estímulos são ativados com menos facilidade e ocorrem algumas modificações que tornam menos urgente a sua proximidade com a mãe. Ao se atingir a adolescência e idade adulta, novas mudanças acontecem, entre elas, mudam-se as figuras para quem esse comportamento é dirigido.

O comportamento de apego é considerado social de importância equivalente ao comportamento de acasalamento e parental. É permeado por uma função biológica específica, na

qual o comportamento de apego ocorre quando são ativados certos sistemas comportamentais, e que esses últimos se desenvolvem na criança como resultado de uma interação com o seu meio ambiente, em especial com a principal figura desse meio, a mãe.

Para Bowlby (1984), a função do comportamento de apego, tanto nos mamíferos não humanos quanto nos seres humanos, está relacionado à proteção contra os predadores, devido ao perigo de morte contra um ataque ou agressão, sendo tão grande quanto o perigo de morte pela fome. Assim como também, não podemos deixar de levar em consideração a ideia de Freud (1926 apud Bowlby, 1984) de que o bebê em suas fases iniciais está sujeito a fortes estímulos de natureza interna como externa e que a figura com a qual ele se apegará será aquela que o ajudará a se defender dessa estimulação excessiva. Além disso, o apego do bebê à mãe garante a apreensão dos sistemas comportamentais da espécie.

No que concerne essa teoria, o que realmente faz com que uma criança se apegue a uma figura materna não está ligada essencialmente a satisfações das necessidades da criança. O que é considerado determinante nas figuras com as quais a criança se apegue é a rapidez com que a pessoa responde à criança e a intensidade da interação em que se envolve com essa. Isso corresponde a pesquisas que demonstraram que a recompensa com uma resposta incentivadora de outro ser humano é um método extremamente eficaz para aumentar o desempenho de uma criança em qualquer tarefa.

O comportamento de apego de uma criança pequena varia de dia para dia, assim como variações podem ocorrer durante o mesmo dia. Sendo assim, a intensidade e as condições desse comportamento estão associadas aquilo que o ativa e o finaliza. O papel da mãe como participante nesse processo tem muita importância, uma vez que o distanciamento assim como a aproximação, pode ser causado por esta ou pela criança. Os comportamentos de apego da criança; de afastamento da criança para comportamentos exploratórios; comportamentos da mãe em dispensar cuidados; e, comportamentos da mãe que são antítese aos cuidados maternos, alternam constantemente (Bowlby, 1984).

Esse comportamento de apego de uma criança constitui uma das quatro classes distintas de comportamentos, sendo que duas são intrínsecas nas crianças e duas na mãe. A primeira diz respeito ao comportamento que é tido como antítese ao comportamento de apego da criança, o comportamento exploratório e atividade lúdica que a afasta da mãe. O comportamento exploratório se dá na presença de um novo estímulo no meio ambiente da criança e ocorre em três fases: orientação da cabeça e do corpo na direção do objeto para melhor avistá-lo e com isso a ativação do sistema muscular e cardiovascular; o segundo é a aproximação ao objeto; e, em terceiro lugar a investigação do objeto através de sua manipulação e sua experimentação por outros meios. Tem a função de extrair informação do meio. Em crianças novas a presença de um estímulo diferente é suficiente para prender-lhe toda a atenção.

Os cuidados maternos são as atitudes parentais em relação ao filho como cuidados de higiene, alimentação e recuperação. A recuperação é entendida por Bowlby (1984) como uma das mais importantes e se refere à proteção parental. No entanto, esse significado da retenção é de reduzir a distância entre o bebê e a mãe, em manter o bebê em estreito contato com esta. Esse comportamento é tido como um impulso da mãe em ficar próxima ao seu bebê.

A terceira classe, diz respeito aos comportamentos antitéticos dos cuidados com o bebê. Tais referem-se a todos os outros afazeres da figura materna que não são os cuidados com o filho. Alguns afazeres podem ser facilmente abandonados para atender seus bebês, porém, outros nem tanto, como as exigências de outros membros da família, que podem interferir nos cuidados com o bebê. Assim como o comportamento de apego do bebê é balanceado pelo exploratório, o comportamento de recuperação da mãe é contrabalanceado por numerosas atividades que competem com este. Essa recuperação juntamente relacionada ao apego da criança concorre para formar a interação mãe-filho. A interação é acompanhada pelas mais fortes emoções e sentimentos, podendo ser satisfatórios ou não. Quando essa interação ocorre normalmente há prazer manifestado por cada participante à companhia um do outro. Quando, inversamente, a interação resulta em conflitos, apresentam-se manifestações de ansiedade ou infelicidade, principalmente ante a rejeição do outro.

Importante lembrar que o exposto acima ao se referir às atividades em que a mãe não se dispensa aos cuidados do filho, não está se referindo a comportamentos incompatíveis com esses cuidados, tal como aversão ao contato com o bebê entre outros. Estes ocorrem em quadros de mães perturbadas, e podem gerar sérias consequências e comprometer os cuidados com os filhos (Bowlby, 1984).

Ressalta-se que o comportamento de apego do bebê está inicialmente ausente ou é muito ineficaz, sendo assim, função da mãe em realizar a manutenção de proximidade entre ela e o seu filho. Essa figura se responsabiliza sumamente pelo seu filho e não tende a se afastar dele ao menos que alguém a substitua por um período curto. A partir do sexto mês, o bebê adquire mobilidade e sua tendência ainda que é exploratória, também é estimulada a presença da mãe, por ela mesma. Fase essa que prevalece até o terceiro ano de vida, no qual a criança passa a tornar-se mais independente e o comportamento de apego, embora ainda seja forte, não é sistematicamente eficiente. Essa regulação do comportamento de apego e da presença da mãe é dada cada vez mais pelo filho e menos pela mãe, na medida em que o primeiro cresce (Bowlby, 1984).

O apego, de acordo com Bowlby (1984), é mediado por muitos outros comportamentos como o chorar, o chamar, balbuciar, sorrir, agarrar-se, sucção não nutritiva e a locomoção. Desde o início do desenvolvimento esses comportamentos têm como objetivo a proximidade com a mãe. Mais tarde, passam a estar organizados com um ou mais sistemas superordenados e frequentemente corrigidos para a meta e para outros objetos.

Já na teoria sobre o vínculo entre mãe-bebê trás o papel da mãe é essencial para o desenvolvimento psíquico do bebê. O autor nos remete à compreensão dos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do ser humano, nesta perspectiva, torna-se fundamental compreender os momentos iniciais para a formação do vínculo mãe-bebê. Em sua prática, constatou que boa parte dos problemas emocionais parecia encontrar sua origem nas etapas iniciais do desenvolvimento. O cerne de seus estudos concentrou-se na relação mãe – bebê, e do meio ambiente fornecido por esta.

Muita coisa acontece no primeiro ano de vida da criança: o desenvolvimento emocional tem lugar desde o princípio; num estudo da evolução da personalidade e do caráter é impossível ignorar as ocorrências dos primeiros dias e horas de vida (e mesmo do último estágio da vida pré-natal, no caso de crianças pós-maturas); e até a experiência do nascimento pode ser significativo. Winnicott (2001)

Ainda para o autor citado acima, o mundo não parou de girar a despeito de nossa ignorância no que toca a estes assuntos, pois há algo na mãe de um bebê que a torna particularmente qualificada para proteger seu filho nesta fase de vulnerabilidade, e que a torna capaz de contribuir positivamente com as claras necessidades da criança. A mãe é capaz de desempenhar esse papel se sentir segura; se sentir amada em sua relação com o pai da criança e com a própria família; e ao sentir-se aceita nos círculos cada vez mais amplos que circundam a família e constituem a sociedade.

Na visão de Winnicott (2001), num exame do relacionamento existente entre uma mãe e seu filho, é necessário distinguir aquilo que pertence à mãe daquilo que já começa a desenvolver-se na criança. Estão em jogo dois tipos distintos de identificação do filho com a mãe. A mãe introduz na situação uma capacidade amadurecida, ao passo que a criança se encontra nesse estado porque é assim que as coisas começam.

O autor constata que na mãe grávida deve ocorrer uma identificação cada vez maior com seu filho. A criança é associada pela mãe à ideia de um “objeto interno”, um objeto imaginado para ser instalado dentro e aí mantido apesar de todos os elementos persecutórios que também têm lugar na situação. O bebê tem outros significados na fantasia inconsciente da mãe, mas é possível que o traço predominante nesta seja uma vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio *self* para o bebê.

Contudo, Winnicott (2001) ressalta que a mãe sabe como o bebê pode estar se sentindo. Ninguém mais sabe. Os médicos e enfermeiras talvez saibam muito a respeito de psicologia, e certamente conhecem tudo sobre a saúde e a doença do corpo, mas não sabem como o bebê está se sentindo a cada minuto, pois estão fora dessa área de experiência.

Para Winnicott (2001), uma mãe suficientemente boa deve desempenhar algumas funções, e propiciar condições adequadas para que haja uma “maternagem suficientemente boa”. Dessa forma, já nos primeiros meses da vida do bebê, a mãe suficientemente boa possui três funções básicas, sendo *holding* (sustentação), *handling* (manejo) e a apresentação dos objetos.

Para ele *holding* seria a forma que a mãe ou a substituta desempenham cuidados que demonstram a sua capacidade de identificação com seu bebê e se caracterizaria pela maneira como o bebê é sustentado no colo, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho. Um *holding* deficiente pode produzir extrema aflição na criança visto que produz sensações de desamparo e de fragmentação da realidade externa com a realidade interna do bebê. Já que nessa fase o bebê encontra-se no estado de dependência absoluta.

A etapa seguinte, o *handling*, compreenderia a maneira como o bebê é tratado, manipulado, cuidado. Na apresentação dos objetos, incluiria não só o início das relações interpessoais, mas também a introdução de todo o mundo da realidade compartilhada para o bebê.

Impregnados desta teoria, passamos a apresentar a ilustração clínica do tema.

Vinheta Clínica

Resumo clínico

Paciente masculino, sete meses de idade, deu entrada no Pronto Socorro de sua cidade devido a crises convulsivas pós-traumáticas. A história de internação referida pelos pais compôs um quadro accidental: a criança, juntamente com seu irmão gêmeo, estava no colo do pai, todos na rede, quando esta se rompeu e as crianças caíram, sendo que o paciente em questão sofreu um trauma cranioencefálico. Na avaliação inicial a criança apresentou apneia, sendo solicitado exame do liquor espinal e tomografia de crânio sem contraste. A presença de hematoma subdural na tomografia e ausência de processo infeccioso no liquor orientou a realização de drenagem cirúrgica do hematoma; transferido para a UTI, após drenagem, extubado com boa recuperação inicial; vinte e quatro horas após extubação evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, hipertensão arterial sistêmica, hiponatremia e crises convulsivas reentrantes controladas com uso

de fenobarbital e dormonid. Após correção metabólica evoluiu hemodinamicamente estável, sendo retirada gradualmente a sedação e extubado, todavia, evoluiu com insuficiência respiratória necessitando reintubação.

Transferido para a UTI Pediátrica do Hospital Universitário, chegou em franco processo de hipertensão intracraniana, anisocoria, convulsionando, com sinal de Babinsky bilateral, choro neurogênico, desvio do olhar conjugado para a direita. Instalado sensor de Pressão Intra Craniana foi possível melhor manejo terapêutico sendo instituído terapia farmacológica com manitol e tiopental. O paciente ficou hipotenso sendo necessário o uso de noradrenalina por sete dias. No nono dia de internação no Hospital Universitário foi extubado com sucesso e nutrido por dieta via oral com boa aceitação. Também, permaneceu em esquema antibiótico e em uso de benzodiazepínico.

Estabilizada a pressão intracraniana e controlada as crises convulsivas, após 19 dias de internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, o paciente recebeu alta para a enfermaria pediátrica do Hospital Universitário onde, permaneceu por 10 dias e a despeito da estabilidade do paciente, permaneceu com sequelas neuronais extensas: choro neurogênico, hiperreflexia e hipertonia muscular, babinsky bilateral, choro neurogênico, desvio do olhar conjugado para a direita, indicando extenso comprometimento encefálico com prováveis graves repercussões cognitivas.

Programado o retorno ambulatorial em um mês, porém não houve comparecimento da família e do paciente.

Indícios médicos de abuso infantil no caso em questão

A suspeita de abuso, violência ou negligencia geralmente se fortalece quando os achados clínicos divergem das narrativas apresentadas a respeito do evento inicial que gerou o agravo de saúde. Neste caso, a temática da provável violência foi levantada pela equipe de saúde ao longo da investigação clínica da criança, ao se identificar um quadro com extenso comprometimento encefálico provocado por uma queda, que promoveu um movimento translacional do encéfalo,

sem sinais externos do trauma (David & Chadwick, 2010) e incongruências entre as versões do pai e da mãe, associadas a uma postura apática de ambos frente ao extenso comprometimento da criança.

A primeira tomografia computadorizada não contrastada de crânio, antes da descompressão cirúrgica e da fundoscopia apontaram para lesões resultantes de sacudidas vigorosas: hemorragia subdural (em diferentes estágios de reabsorção, sugerindo eventos temporais distintos) e hemorragia retiniana (também resultante de processo hipertensivo relacionados à Síndrome do Bebe sacudido) na ausência de lesão externa expressiva.

Outros dados que contribuíram de forma importante para a formulação da hipótese de abuso infantil, foram os achados tomográficos do irmão gêmeo: a tomografia, solicitada devido crises convulsivas, revelavam extensa atrofia parenquimatosa do encéfalo sugerindo processos isquêmicos, que podem ser resultantes também de movimento rotacional da cabeça gerados pelas sacudidas violentas, que acarretam hipoxemia cerebral. Um processo de desenvolvimento, até então, normal, como peso, estatura e marcos do desenvolvimento psíquico e motor adequados, descartam a hipótese de uma atrofia cerebral de longa data, sugerindo um processo mais recente.

Muitas vezes, não há sinais exteriores de traumas e a apresentação clínica é variável, podendo ser vaga ou mimetizar distúrbios metabólicos, desordens neurológicas incomuns e até mesmo processos infecciosos. Os sintomas incluem apneia, parada respiratória, irritabilidade, fraqueza, diminuição do tônus, letargia, alteração do nível de consciência, convulsões, falta de apetite, vômitos e constipação, abaulamento de fontanela, incapacidade de sustentação da cabeça, hipotermia, coma.

Frente a suspeita de maus tratos, é importante que a equipe de saúde estabeleça uma rotina de investigação, a qual deve abranger exame físico completo e complementação com tomografia computadorizada de crânio não contrastada, fundoscopia e radiografia de ossos longos. Algumas vezes a punção lombar pode auxiliar ao descartar meningites.

A fundoscopia com uso de agentes midriáticos, na Síndrome do Bebe Sacudido (SBS), revela, em 65 a 95%, hemorragia retiniana uni ou bilateral, podendo ser visto dobras ou

descolamento de retina (Duhaime, Christian, Rorke & Zimmerman, 1998). Na SBS a retina pode variar do normal, passando por poucos pontos hemorrágicos até hemorragias extensas, quase confluentes, cobrindo toda superfície da retina até a ora serrata (David, 1999).

Tomografia computadorizada de crânio sem contraste é fundamental para condução do caso, não somente do ponto de vista diagnóstico, mas, especialmente, para intervenções emergenciais no caso de lesões expansivas do encéfalo. Presença de hemorragia sudural e/ou subaracnoide, hematoma sudrual crônico e bilateral, sangue no espaço interemisférico podem ser encontrados em crianças submetidas às sacudidas violentas (Duhaime, Gennarelli, Thibault, Bruce, Margulies & Wister, 1987).

Quando associado os achados tomográficos e de fundoscopia descritos deve-se, sempre, levantar suspeitas de que se trate da Síndrome do Bebê Sacudido, especialmente na ausência de sinais expressivos de trauma craniano.

Levantando-se a suspeita de abuso infantil, a radiografia de ossos longos, algumas vezes, pode revelar fraturas em diferentes estágios de consolidação, demonstrando outros traumas físicos que podem extrapolar às sacudidas violentas. Ainda, na avaliação do caso, solicitar exames de enzimas pancreáticas, hemograma completo, e parcial de urina pode ajudar no estabelecimento da extensão do agravo.

Consequências da SBS

Abusos na infância podem acarretar de forma imediata efeitos emocionais resultando em isolamento, retração, medo e desconfiança que, no decorrer da vida, baixa autoestima, depressão, dificuldades de relacionamento, ansiedade, distúrbios alimentares, tendências suicidas, distúrbios dissociativos, síndrome do pânico, déficits de atenção, hiperatividade, raiva, distúrbios pós-traumáticos, redução da capacidade cognitiva e de desenvolvimento da linguagem, baixa performance escolar e acadêmica, maior tendência à desenvolver traços antissociais, personalidade borderline e comportamento violento. A violência contra a criança também ameaça gerações futuras devido à tendência em reproduzir os padrões educativos recebidos (Azevedo &

Guerra, 1989), sendo que cerca de 30% das crianças que sofreram algum tipo de abuso vão reproduzir, futuramente, os maus tratos com seus filhos.

Danos causados especificamente pelas sacudidas violentas podem gerar diferentes lesões encefálicas, por efeito hemorrágico/compressivo e, principalmente, em consequência de distúrbios perfusionais, edema cerebral, gerando isquemia e dano no parênquima cerebral podendo gerar de déficits focais até a morte. Além disso, lesões em coluna e medula espinal, perfuração esofágica e fratura de ossos longos e costelas podem compor o quadro lesional.

Formulada a hipótese de abuso infantil, segundo preconiza o ECA, torna-se obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar, que consiste em

Uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor. A definição citada e o objetivo proposto significam, portanto, que notificação não é e nem vale como denúncia policial. O profissional de saúde ou qualquer outra pessoa que informa uma situação de maus-tratos está dizendo ao Conselho Tutelar: ‘esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!’. Ao registrar que houve maus-tratos, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima; e chama o poder público à sua responsabilidade (Ministério da Saúde, 2002).

As ações da equipe frente ao dever

Consolidada a hipótese e com base nos exames diagnósticos, define-se uma intervenção multiprofissional interdisciplinar com os pais, no sentido de atender o que preconiza a lei quanto à obrigação médica de notificar o Conselho esplanada na Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, onde torna obrigatória a notificação em 24 horas, de casos de graves.

A equipe médica retoma com os pais o histórico da doença, retomando as intervenções de equipes anteriores e associando o histórico familiar considerando que a criança objeto da atenção era gêmeo de outro. Durante esta comunicação, na presença da equipe de enfermagem e serviço social, a equipe de psicologia observava as comunicações verbais e não verbais dos pais, que não demonstravam sinais de estresse, angústia, medo ou agressividade ou indignação frente à hipótese levantada. Essa reação era consistente com os contatos anteriores da equipe de psicologia onde havia sido identificado durante a internação, um “distanciamento emocional” dos pais, expresso nos cuidados incipientes, ausente de emoções e com grande processo de negação da gravidade do quadro. Tal postura levou ao questionamento da capacidade cognitiva dos pais, dúvida que não se sustentou frente à escolaridade de ambos (mãe 3º grau completo e pai 2º grau completo).

Frente ao conjunto de informações e os dados clínicos, informou-se aos pais sobre a necessidade de comunicar ao conselho tutelar a condição da criança, sempre no intuito de esclarecer a ambos que tal comunicação não consistia numa acusação, mas sim, num dever fazer previsto em lei.

Na narrativa dos eventos anteriores do quadro atual da criança, havia uma confusão no discurso entre os filhos (gêmeos) e entre as providências tomadas. Os pais foram afastados provisoriamente das funções de acompanhantes e só podiam visitar o filho com supervisão. O qual ficou sob a tutela da avó paterna.

Considerações Finais

Casos como este, onde o paciente não tem como se comunicar e onde existe uma grande interrogação do evento que gera o agravo de saúde e as consequências graves advindas deste agravo, geralmente mobilizam as equipes de saúde. Entretanto, apesar dessas reações, muitas equipes não sabem como proceder ou dividem-se na hora de seguir as recomendações do Ministério da Saúde que definem o dever de notificar o Conselho Tutelar, no sentido de proteger os direitos da criança conforme preconiza a lei.

Geralmente o que se constata é uma divisão entre os que se sentem na obrigação de fazer e os que acreditam que comunicar outros órgãos judicialmente implica em trabalho extra e envolvimento extramuros, pois implicam em relatórios, audiências e outras ações que visam atender o preconizado na lei. Quando existe uma equipe multiprofissional, esta responsabilidade passa a ser compartilhada e mais viável de ser concretizada, pois quando a notificação se concretiza efetivamente, a equipe já se reuniu e discutiu o caso exaustivamente no sentido de validar ou invalidar a hipótese inicial. Com essa medida da notificação compulsória, garante-se também ao menor desprotegido, um sequenciamento que vai além das ações hospitalares afinal as relações afetivas perpassam toda a vida e ocorrem no âmbito doméstico.

Referências

- Azevedo, M.A., & Guerra, V.N.A. (1989). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu.
- Bowlby, J. (1984). *Apego: Apego e Perda*. (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*.
- Carbaugh, S.F. (2010). *Understanding Shaken Baby Syndrome: Advances in Neonatal Care*. Recuperado em 20 de abril de 2012, de <http://www.medscape.com>.
- Caffey, J. (1972). On the theory and practice of shaking infants: its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *J Dis Child* (124), 161-169.
- Caffey, J. (1974). The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by extremities with whiplash: induced intra cranial and intraocular bleeding, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics* 1974, 5(4), 396-403.
- David, T.J. (1999) Shaken baby (shaken impact) syndrome: non-accidental head injury in infancy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, (92).
- David, L., & Chadwick, M.D. (2010). *Can a Short Fall Produce the Medical Findings of Shaken Baby Syndrome?* Recuperado em 20 de abril de 2012, de <http://www.dontshake.org>

Duhaime, A.C., Christian, C.W., Rorke, L.B., Zimmerman, R.A. (1998) Nonaccidental head injury in infants – “the shaken-baby-syndrome”. *The New England Journal of Medicine*, (18).

Duhaime, A.C., Gennarelli, T.A., Thibault, L.E., Bruce, D.A., Margulies, S.S., Wiser, R. (1987). The shaken baby syndrome: a clinical, pathological, and biomechanical study. *Neurosurg*, (66), 409-415.

Ministério da Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Winnicott, D. W. (2001). *A família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes.