UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

HELIANE MARIA SILVA

SÍNDROME DE MUNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO E O PEDIATRA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE.

SÃO PAULO
2014

HELIANE MARIA SILVA

SÍNDROME DE MUNCHHAUSEN POR PROCURAÇÃO E O PEDIATRA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE

(VERSÃO CORRIGIDA)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica
Área de concentração: Psicologia Clínica
Línha de Pesquisa: Investigações em Psicanálise
Orientadora: Profª. Drª. Léia Priszkulnik

SÃO PAULO
2014

Nome: Heliane Maria Silva
Título: Síndrome de Munchhausen por procuração e o Pediatra: Contribuições da Psicanálise.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em:_____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Para minha família.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.ª Drª Léia Priszkulik, pela paciência, pelo cuidado, pela atenção, pelo interesse genuíno apresentado em todos os nossos encontros. Um interesse que me contagiava e me fazia entrar num estado de graça somente alcançável quando fazemos aquilo que gostamos e desejamos. Obrigada pela compreensão irrestrita em uma das fases mais singulares de meu percurso profissional e, sobretudo, pessoal. Sou muito grata por ter sido você a minha orientadora, que me deu norte e força.

Ao Prof.º Drº Avelino Luiz Rodrigues e à Prof.ª Drª Michele Cukiert, pela leitura, questionamentos e sugestões apresentados durante o exame de qualificação, que muito contribuíram para o encaminhamento deste estudo.

À Prof.ª Drª Maria Lívia Tourinho Moretto, por incentivar, desde o começo, o apreço pela pesquisa.

À Celeste Imaculada Conceição Gobbi, pela grandeza, cuidado, exigência e amizade com o qual me apresentou a clínica e o contexto hospitalar, lugar onde tudo começou.

Ao Profº Paulo Cunha Lima, agradeço pelas intensas aulas de inglês e pelo cuidado em me auxiliar, com seu saber, ainda no último minuto de construção.

Às Profªs Drª Silvia Maria de Macedo Barbosa, Drª Vera da Penha Ferrari Rego Barros e Ma. Neusa Keico Sakita, que viabilizaram minha entrada no ICr-HCFMUSP para a realização da pesquisa de campo, e aos demais profissionais do ICr-HCFMUSP, que gentilmente cederam um espaço em suas agendas e aceitaram o convite de um valiosíssimo diálogo que possibilitou a realização desta pesquisa nos moldes em que foi feita.

À CAPES, pela bolsa concedida.

Ao Prof. Me. Armando Rezende Neto - Coordenador do Curso de Psicologia da Universidade Anhanguera de São Paulo (Unidade ABC), agradeço por me acolher em sua equipe, pela atenção e cuidado diários que confere ao nosso trabalho e pela parceria constante que torna o exercício da docência um prazer imensurável.

À Fabiana Jacopucci, querida amiga, agradeço pelo cuidado e atenção que confere à nossa amizade, pelas ‘mágicas’ palavras proferidas nos momentos de maior tensão que, tantas vezes, me tranquilizaram e me deram impulso para seguir.

Aos queridos alunos, e ex-alunos, do Curso de Psicologia da Universidade Anhanguera de São Paulo (Unidade ABC), pelo exercício contínuo de construção de saber e pelas explícitas e diárias manifestações de carinho.

À Beatriz Oliveira, pela escuta que sustentou e viabilizou uma caminhada, até então, inédita. Obrigada pela aposta, pelo cuidado e firmeza com o qual conduziu nosso trabalho.

Às amigas-irmãs Elisleidens Correia e Ellen T. D. Hojo, pelo incentivo irrestrito e incondicional, pelo carinho e por estarem sempre por perto.

Ao meu pai Geraldo *(in memoriam)* tão presente em minhas lembranças, e à minha mãe Edelice, presença forte, acolhedora e, sobretudo, amorosa.

Aos meus irmãos Edna (*in memoriam),* Silvo e Nato, obrigada pelo incentivo, interesse, paciência, parceria e carinho diários.

Às minhas cunhadas Jussara e Paula, e cunhado Geovan, vocês trouxeram alegria, amor e felicidade para nossa família, que sem vocês, não seria completa.

Aos meus sobrinhos Leandro, Gabriela, Giovanna e João Miguel, que alegram e adoçam a minha vida.

À minha querida tia Zene, pelo amor, compreensão, incentivo e por me ensinar a seguir em frente.

Ao sempre dedicado Gustavo Margarido, pela doce presença em minha vida. Obrigada pelo apoio irrestrito, pelo estímulo constante e pelo cuidado de sempre. Nosso encontro marcou minha existência e fez de mim uma pessoa melhor.

"Parece que não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para saber que no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja".

Jacques Lacan
(2001, p. 03)

RESUMO

Silva, H. M. (2014). *Síndrome de Munchhausen por Procuração e o Pediatra: Contribuições da Psicanálise*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Este trabalho objetiva identificar quais os sentidos e significados atribuídos pelos médicos pediatras à Síndrome de Munchhausen por Procuração (SMP), bem como o manejo que a equipe médica tem diante de sua suspeita, e as possibilidades de encaminhamento frente a esse tipo de violência infantil. Para tanto, foi feito um levantamento bibliográfico nas principais bases de dados, referente ao período de 1977 até 2013, e uma pesquisa de campo. Essa consistiu na realização de entrevistas semi-dirigidas com pediatras de um hospital público de São Paulo. As entrevistas foram transcritas, lidas e categorias foram levantadas. Essas categorias foram refletidas à luz da literatura especializada e analisadas sob o vértice de alguns conceitos psicanalíticos que pudessem enriquecer a discussão. A literatura define a SMP, denuncia as características do perpetrador como indícios a serem observados pelo clínico para sua identificação e revela que esse é um quadro pouco conhecido e subnotificado. A pesquisa de campo mostrou que, mesmo para pediatras dedicados e experientes, a SMP revela-se como um enigma: a noção de que uma mãe possa, deliberadamente, fabricar ou provocar sintomas de doença ou deficiência no filho, é algo difícil de aceitar. Nesse sentido, o exercício de dar um sentido e um significado para a SMP foi atravessado pela manifestação dos impactos desse quadro no pediatra: ele se indaga, se surpreende e se angustia com o fenômeno em si. Eles, também, acreditam que o quadro seja subnotificado. Possibilidades interventivas foram evidenciadas por eles: o reconhecimento precoce, o acompanhamento familiar, o encaminhamento da mãe (na maioria das vezes, quem perpetua a violência) para atendimento psicológico e psiquiátrico, e o acionamento do Conselho Tutelar. Contudo, tais profissionais estão certos de que a precocidade na identificação é algo difícil de alcançar, a adesão do perpetrador ao tratamento psicológico não depende exclusivamente de seu encaminhamento e o acionamento dos agentes de proteção à criança nem sempre resolve a questão. Assim, acabam, na maioria das vezes, experimentando um sentimento de impotência diante da ideia construída (idealizada) sobre o que vem a ser o médico e seu exercício clínico. Nesse sentido, considerando as contribuições da psicanálise, o pediatra precisaria relativizar suas certezas, considerar a transferência, sustentar os ecos que esta complexa condição humana pode causar e prestar atenção na relação mãe-criança, para conseguir que o manejo e o encaminhamento fossem mais rápidos e eficientes. Para que nosso entendimento da SMP pudesse ser ampliado, seria de fundamental relevância que a mãe (perpetradora) pudesse ser escutada por um psicanalista, que teria acesso às suas motivações inconscientes. Essas novas pesquisas poderiam trazer um novo saber acerca dessa complexa condição, favorecendo, então, o desenvolvimento de novas possibilidades de intervenção.

Palavras-chave: síndrome de Munchhausen por procuração; violência doméstica; pediatra; Psicanálise; Freud, Sigmund.

ABSTRACT

Silva, H. M. (2014). *Munchhausen Syndrome by Proxy and the Pediatrician: Contributions of Psychoanalysis*. MSc Thesis, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo

This study aims to identify the directions and the meanings assigned by pediatricians to Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP or MBP), as well the handling of medical staff before its suspect and referral possibilities before this type of violence against children. Thus, a bibliographic research was done in major databases covering the period from 1977 to 2013, and a field research was conducted. This research consists of conducting semi-structured interviews with pediatricians of a public hospital in São Paulo City. The interviews were transcribed, read and categories were raised. These categories were reflected in the light of the literature and analyzed from the vertex of some psychoanalytic concepts that could enrich the discussion. The literature defines MSBP, reports the characteristics of the perpetrator as the evidences to be observed by the clinician to identify them and revels that this is an hardly known and an underreported medical framework. A field research showed that even to dedicated and experienced pediatricians, the MSBP is revealed as a puzzle: the idea that a mother can deliberately make or cause symptoms of illness or desability in her child is something hard to accept. Accordingly, the exercise of giving directions and meanings to MSBP was crossed by the manifestation of the impacts of this framework in pediatrician: he wonders, get surprised and grieves with the phenomenon itself. They also believe that this framework is underreported. Interventional possibilities were shown by them: early recognition, family monitoring, the referral of the mother (in most cases, who perpetuates violence) to psychological and psychiatric care, and contacting the Child Protective Council. However, such professionals are certain that early identification is a difficult thing to achieve, the acceptance of the perpetrator to the psychological and psychiatric treatment does not depend exclusively on their referral and the activation of the staff of the child protective council, does not always solve the issue. Thus end most of time, experiencing a feeling of powerlessness in the face of the constructed idea (idealized) about what is to be the doctor and his clinical practice. Accordingly in this sense, considering the contributions of the psychoanalysis, pediatricians need to relativize their convictions, consider transfer, sustain the echoes that this complex human condition may cause and watch the mother-child relationship, to achieve a faster and effective handling and referral. To expand our understanding of MSBP, it would be of fundamental relevance that the mother (perpetrator) could be listened by a psychoanalyst, who would have access to her unconscious motivations. These new researchs could bring new knowledge about this complex condition, then favoring the development of new opportunities for intervention.

Keywords: Munchhausen syndrome by proxy; domestic violence; pediatrician; Psychoanalysis; Freud, Sigmund.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Indícios considerados pela equipe como sinais de alerta para suspeita da SMP..... 95
TABELA 2 – Possibilidades de atuação frente à SMP: propostas e necessidades..... 98

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Características apresentadas pelas mães e consideradas pela equipe como sinais de alerta para suspeita da SMP..... 96
QUADRO 2 – Indícios do atual quadro clínico apresentado pela criança e considerados pela equipe médica como sinais de alerta para suspeita da SMP..... 97
QUADRO 3 – Sobre a atuação profissional no atendimento clínico..... 99
QUADRO 4 – Sobre a atuação profissional no momento do pós- atendimento..... 101
QUADRO 5 – Sobre a atuação profissional no âmbito da Saúde Pública.....101

LISTA DE ABREVIATURAS

CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ICr	Instituto da Criança
PEP	Prontuário Eletrônico de Paciente
R2	Grupo de médicos que cursam o 2º ano de residência
TFP	Transtorno Fictício por Procuração
SM	Síndrome de Munchhausen
SMP	Síndrome de Munchhausen por Procuração
UCINE	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

PREFÁCIO 14
1. INTRODUÇÃO 15
2. SMP: UMA PERSPECTIVA GERAL. 19
2.1 A criança, o adolescente e a violência doméstica. 19
2.2 SMP: definição e apresentação clínica. 21
2.3 Karl Friedrich Hyeronymus: O Barão das Histórias 28
2.4 A nomeação do abuso: aproximações e discrepâncias. 30
2.5 Epidemiologia: Incidência e prevalência 32
2.6 Sinais e sintomas: possibilidades de atuação do perpetrador. 32
2.7 Os motivos: um total desconhecimento. 34
2.8 Entraves diagnósticos e ação imediata. 37
2.9 A criança: uma infância interrompida. 44
3. SMP, O PEDIATRA E A PSICANÁLISE. 46
3.1 Freud e sua ânsia pelo conhecimento. 46
3.2 Sobre a clínica médica, o pediatra e a SMP 47
3.3 Sobre a clínica psicanalítica e a SMP 55
4. EXTRATO AUTO BIOGRÁFICO. 65
5. MÉTODO 71
5.1 Objetivos 72
5.1.1 Objetivo geral 72
5.1.2 Objetivos específicos 72
5.2 Caracterização da instituição onde a pesquisa foi realizada 73
5.3 Análise dos dados 74
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO 76
6.1 A Pediatria: uma escolha 76
6.2 Os pais no tratamento infantil 79
6.3 A violência infantil no contexto da Pediatria 82
6.4 Um saber teórico e prático sobre a SMP: sentidos e significados. 85

6.5 Critérios de identificação: como a equipe reconhece a SMP. 90
6.6 Possibilidades de atuação: âmbito institucional e em Saúde Pública 98
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 103
REFERÊNCIAS 112
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 123
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 124

PREFÁCIO

A partir da experiência clínica, como psicóloga aprimoranda em uma unidade de queimados de um hospital público, diversas questões foram suscitadas acerca do atendimento psicológico e seus desdobramentos no contexto hospitalar: o trabalho com o paciente, com a família do paciente, com a equipe de saúde, com a instituição e seus atravessamentos, comigo mesma na análise pessoal. A prática é cada vez mais enriquecida quando a problemática, inacessível apenas por meio da leitura, se impõe diante de nós. E nessa experiência, os casos de crianças que sofriam violência física praticada por um familiar se colocavam diante de toda a equipe de forma preeminente: os discursos dos pais sobre a queimadura apresentada na criança nem sempre eram esclarecedores e além de exigirem o envolvimento dos órgãos de proteção à criança, também suscitavam em toda a equipe as mais diversas reações.

Estas questões me acompanharam após o término do aprimoramento e ganharam nova roupagem quando, a partir da leitura de um artigo científico[1] me deparei com o termo Síndrome de Munchhausen por Procuração (SMP). Envolvida pelo presente artigo e instigada pelo termo, até então desconhecido, coloquei-me a pesquisar sobre o tema e depois de horas (que passaram como *flash*) absorvida em uma série de leituras, me deparei com uma infinidade de questões e preocupações que neste momento, embora soltas e desordenadas, retornavam à mente e tomavam todo o meu interesse.

Questões como: como pode *isso*; de onde vem *isso*; o que fazer com *isso*; o que *isso* faz com quem com *isso* se depara, surgiram e tornaram-se norteadoras para novas pesquisas. O intuito inicial era descobrir o que de fato eu queria saber sobre *isso*, que embora tivesse um nome (síndrome de Munchhausen por procuração) era difícil de nomear, de apreender em um arsenal próprio de significados. Era difícil de significar, de dar um sentido, daqueles que aquieta. Pelo contrário, a SMP parece inquietar e emudecer.

Fisgada pelo tema e em meio a uma série de perguntas que não cessavam de formular, pude perceber que uma imagem era mentalmente delineada: a do médico (com seu jaleco branco, seu saber e tudo que o constitui) frente a essa desconcertante síndrome. Nesse momento, pude concluir que estava próxima de formular uma questão de pesquisa que, acima de tudo, dizia do meu desejo de saber.

[1] Priszkulnik, L. (2009). Violência contra crianças: desafios só para médicos? O Mundo da Saúde São Paulo;33(1):58-63.

1. INTRODUÇÃO

Pouco conhecida, mesmo entre dedicados profissionais de saúde, a Síndrome de Munchhausen por Procuração (SMP) se revela como um grave tipo de violência infantil. Uma violência praticada pelo cuidador, em sua maioria mães biológicas que rompem com a lógica do cuidado e subvertem o ideal do sagrado sentido de maternidade, impondo à criança (desde o seu nascimento) uma condição de sofrimento que extrapola as possibilidades de significação.

A busca por informações que melhor localizasse e descrevesse a SMP foi norteada pela necessidade, cada vez mais preeminente, de obter maiores esclarecimentos, logo, percorrer todos os pontos estudados até então pela literatura especializada se revelou para este estudo como um necessário começo. Nesse sentido, foi possível constatar que os aspectos que circundam a SMP são complexos, amplos e carentes de maiores esclarecimentos (Bütz, Evans, & Webber-Dereszynski, 2009), alguns deles, parecem ainda, insondáveis.

Tendo em vista a questão que norteia nosso interesse realizamos, inicialmente, um levantamento nas principais bases de dados, referente ao período de 1977 até 2013, a fim de buscar referências que melhor nos localizasse no cenário em questão. E assim, foram localizados 161 artigos na literatura especializada, distribuídos entre publicações de língua estrangeira (86%) e nacional (14%). Dos textos publicados fora do Brasil 75% (120) são produções de língua inglesa, seguida de 5% (8) de produção na língua francesa e os demais artigos, 4% (6) e 2% (4), referem-se respectivamente a produções espanholas e alemãs. A maioria esmagadora dos artigos foi produzida por pediatras (70%), seguida por psiquiatras (13%) e enfermeiros (7%). Estes dados apontaram para o tímido e quase inexistente índice de trabalhos publicados por psicólogos (5%) e psicanalistas (5%), inclusive no Brasil, se comparado com o relevante número de trabalhos publicados pelas demais especialidades, sobretudo, pela Pediatria.

Nosso estudo percorreu os pontos que receberam maior atenção dos autores pesquisados, até chegar nos pontos pouco discutidos, quase inexistentes e até mesmo insondáveis. Desse modo, esse levantamento nos permitiu identificar as principais temáticas estudadas, até o momento pela literatura especializada, logo: 1) A conceituação histórica da síndrome (definição e antecedentes históricos); 2) A condição da mãe enquanto perpetradora (suas características, sua forma de atuação e sua psicodinâmica) e os aspectos referentes ao

3) Diagnóstico (sinais e indícios que sugerem a presença do abuso), foram os temas mais estudados/publicados até então.

Em contrapartida, foi possível constatar que tantos outros aspectos envolvidos na problemática da SMP, ou receberam pouca atenção ou sequer foram mencionados. Desse modo, temas como: 1) A motivação materna para a fabricação, simulação e indução dos sintomas; 2) As possibilidades de atuação da equipe de saúde e 3) um maior e melhor esclarecimento sobre a psicopatologia materna atuante na síndrome, foram timidamente abordados, deixando um espectro de pontos a serem esclarecidos.

Ademais, os estudos publicados até então nada revelavam sobre os impactos dessa forma de abuso infantil na equipe de saúde, sobretudo na equipe médica, visto que, além de ser o primeiro a atender a síndrome, o médico ainda ocupa um lugar decisivo na progressão ou no impedimento da continuidade do abuso. Ainda que os sinais apresentados pela literatura como indícios a serem obrigatoriamente observados pelo clínico, para o possível levantamento do diagnóstico, sejam claros, restou saber como estes profissionais, no exercício diário de suas clínicas, percebem tais sinais e os atribuem à SMP, visto que seu reconhecimento é noticiado pela literatura especializada como sendo subnotificado (Abdulhamid & Siegel, 2008; Fujiwara et al. 2008b; Davis, 2009; Squires & Squires Jr, 2010; Sugandhan et al. 2010; Meadow, 2002; Jacobi et al, 2010).

Considerando que a maior parte dos trabalhos publicados foi feita por pediatras, os temas estudados até então são pertinentes a esse olhar. Em contrapartida, parte dos temas aqui levantados como sendo os menos esclarecidos concernem às áreas psi, uma vez que o índice de trabalhos publicados a partir desse olhar é infinitamente pequeno.

Embora a violência contra crianças seja mundialmente considerada como um problema de saúde pública (BRASIL, 2002; Martins, 2010; Sugandhan et al., 2010; Bannwart & Brino, 2011; Carneiro-Sampaio, 2013), não foram localizados trabalhos que discutissem sobre as possibilidades de atuação da equipe de saúde frente à SMP no tocante à Saúde Pública. Nesse sentido, apesar de todo o arsenal de casos descritos na literatura sobre a SMP, desde sua primeira identificação, é fato que ainda pouco se sabe sobre ela. Conhecer as características do agressor e as formas de abuso pode ser crucial na identificação precoce desta síndrome, entretanto, ainda há muito a ser esclarecido. O lugar do médico nessa singular condição imposta pela mãe, a impossibilidade da vítima no pedido de socorro, as implicações éticas acerca da síndrome e o desenvolvimento de intervenções eficazes são exemplos de que temos muito a esclarecer.

Esse estudo contou com a participação de médicos pediatras, cuja experiência em algum momento foi marcada pelo contato direto ou indireto com a síndrome em questão. Esses profissionais gentilmente aceitaram conversar com a pesquisadora e assim o fizeram de forma livre e pontual. Inicialmente não sabíamos quantos profissionais iriam ser entrevistados, mas depois de nove (09) sujeitos consideramos a quantidade suficiente, visto que tínhamos levantado os dados a que havíamos proposto percorrer.

No primeiro capítulo deste estudo, apresentamos o tema tomando como ponto de partida uma perspectiva geral do cenário que circunda a síndrome. Trabalhamos inicialmente com os aspectos relativos à criança, ao adolescente e a violência doméstica, buscando localizar o leitor no tocante aos direitos da criança enquanto sujeito, constitucionalmente assegurados, e aos desconcertantes índices revelados pela violência em nosso país. Em seguida buscamos traçar uma definição conceitual, apontando para as discrepâncias pertinentes à sua nomeação e percorrendo os determinantes históricos do termo SMP, que traz como pano de fundo um ilustre personagem da literatura alemã, digno de nota. Ainda nesse capítulo, nos dedicamos às questões pertinentes ao diagnóstico e aos aspectos que se configuram como entraves para a identificação precoce. Percorremos ainda os principais motivos da mãe, descritos pela literatura especializada, para a progressão do abuso, bem como as possibilidades de atuação da mãe agressora na fabricação, simulação e indução do abuso.

No segundo capítulo, nos dedicamos a traçar um olhar da SMP e dos seus impactos na equipe médica a partir dos pressupostos teóricos da Psicanálise, utilizando alguns conceitos e termos freudianos e lacanianos que pudessem iluminar nossa discussão. Neste momento do trabalho, buscamos interrogar os aspectos do discurso médico e psicanalítico que podem favorecer ou dificultar o reconhecimento da síndrome e o respectivo tratamento dos envolvidos.

No terceiro capítulo deste estudo, a descrição de um extrato autobiográfico se demonstrou necessária. Desse modo, apresentamos um exemplo vivo, em fórum íntimo, de vivência da síndrome a partir do lugar de abusado. Isso nos forneceu uma aproximação maior da dimensão a que se trata a SMP.

No quarto capítulo, discorremos sobre a metodologia utilizada para a realização deste trabalho. Iniciamos com uma Pesquisa Bibliográfica que possibilitou melhor localizar os avanços na compreensão da SMP e obter informações que pudessem nortear o projeto de pesquisa. Posteriormente realizamos a pesquisa de campo. Foram realizadas 09 (nove) entrevistas semi-dirigidas com médicos pediatras que atuam na enfermaria de um hospital público de São Paulo considerado como referência nacional e internacional para casos com

alto índice de complexidade. As entrevistas foram transcritas, lidas e disponibilizadas por categorias. Com o intuito de enriquecer a discussão, essas categorias foram refletidas à luz da literatura especializada e analisadas sob o vértice de alguns conceitos psicanalíticos.

No quinto capítulo, descrevemos os resultados da pesquisa de campo correlacionando-os com as informações levantadas por meio da revisão bibliográfica e, valendo-se de alguns conceitos psicanalíticos pertinentes às obras freudiana e lacaniana, buscamos traçar algumas contribuições.

Encerramos essa dissertação, desejosos que ela possa se tornar um inquietante disparador para novos estudos e que, como consequência, novos saberes possam ser construídos acerca da SMP e as infinitas implicações que a cercam.

2. SMP: UMA PERSPECTIVA GERAL.

2.1 A criança, o adolescente e a violência doméstica.

Vamos falar menos dos deveres de crianças e mais de seus direitos.
Jean Jacques Rousseau (1712-1778).

Sobre a garantia de proteção à infância e à adolescência norteada pela Constituição Brasileira, promulgada em 1988, sabe-se que:

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2005, art. 227, p. 159).

Dois anos depois, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, ratifica em seu texto uma nova posição para o menor no Brasil, passando de propriedade dos pais para sujeito de direito. Essa nova concepção trouxe à criança e ao adolescente, em virtude de sua condição de desenvolvimento físico e psicológico, a garantia de que suas necessidades fossem atendidas de forma prioritária por parte da família, da sociedade e do Estado.

Tal concepção está reconhecida no 7º artigo do ECA, cujo texto assegura à criança e ao adolescente "o direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência". Tais condições excluem qualquer espécie de mau trato ou abuso, o que é explicitado pelo 5º artigo, da mesma Lei, ao asseverar que "nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão" devendo ser "punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais" (BRASIL, 2013b, p. 12).

Nesse sentido, no trato com esse público, todas as esferas, áreas e campos do saber são convocados a garantirem a efetivação dessa Lei, na busca de evitar que o menor seja exposto a qualquer meio de violência. Como pontuado por Bannwart & Brino (2011), a complexidade

que circunda a questão da violência infantil, bem como sua estreita ligação com a Saúde Pública, têm elevado os estudos sobre o envolvimento dos profissionais de saúde nessa questão.

A concepção de violência aqui abordada é a mesma concepção a que Minayo faz referência, a saber como:

> Todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que as crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (Minayo, 2001, p. 92).

Embora a garantia exista de forma bem definida na esfera legislativa do País, é sabido que no Brasil, a violência intrafamiliar e institucional sempre afetou a saúde e a qualidade de vida de milhões de crianças e jovens. Os últimos índices revelam que a agressão, sobretudo a experimentada no ambiente doméstico, configura a primeira causa de óbitos entre crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade (Martins, 2010). De acordo com Biscegli et al (2008) "no Brasil, anualmente, 12% dos 55,6 milhões de crianças menores de 14 anos são vítimas de alguma forma de violência doméstica. Isso significa que 18 mil crianças são agredidas por dia, 750 por hora e 12 por minuto" (p. 366).

No ano de 2002, a Secretaria de Assistência a Saúde já alertava para o fato de que, lamentavelmente, estava em crescente ascensão "o número de crianças e adolescentes que chegavam à rede pública de saúde e às clínicas particulares como vítimas de maus-tratos, de abusos físicos, sexuais e psicológicos" (BRASIL, 2002, p. 5). Quase onze anos após, os números ainda são preocupantes. De acordo com o Mapa da Violência (Waiselfisz, 2012, citado por BRASIL, 2013a) os casos de violência contra crianças e adolescentes ainda são reconhecidamente registrados nos atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), o que configura a violência infantil como um grave problema de Saúde Pública.

De acordo com Martins (2010), os índices revelados no Brasil também são encontrados em outros países, visto que,

> mundialmente, quase 3.500 crianças e adolescentes morrem anualmente por maus-tratos (físico ou negligência). Para cada morte por maus-tratos em menores de 15 anos, estimam-se 150 casos de abuso físico. No mundo todo, calcula-se um coeficiente de mortalidade por maus-tratos de 2,2 por 100.000 crianças do sexo feminino e de 1,8 por 100.000 crianças do sexo masculino, sendo os maus-tratos perpetrados pelo pai

> biológico (em 41,3% dos casos), pela mãe biológica (38,9%), pelo padrasto (11,1%), pela madrasta (3,4%), por outros parentes (4,9%) e por famílias e parentes adotivos (0,4%). Só por homicídios, no ano de 2000, 57 mil crianças e adolescentes menores de 15 anos morreram em todo o mundo (p. 662).

Nos EUA a violência infantil também é considerada como uma crise de saúde pública e os índices que revelam sua ocorrência estão cada vez mais em ascensão. No ano 2004, quase três milhões de casos de violência infantil foram investigados e estima-se que três crianças morrem a cada dia. Já na Índia, em um estudo realizado em 2007 avaliando a violência de crianças, 69% da população pesquisada revelaram a prática do abuso físico em uma ou mais situações (Sugandhan et al., 2010).

Dentre as formas de violência contra crianças e adolescentes uma condição tida como rara, mas potencialmente prejudicial, se destaca: a Síndrome de Munchhausen por Procuração (SMP).

2.2 SMP: definição e apresentação clínica.

> *Quer queira quer não, o médico está integrado neste movimento mundial de organização de uma saúde que torna-se pública e por este fato novas questões lhe serão colocadas.*
> Jacques Lacan
> (2001, p. 07)

A síndrome de Munchhausen[2] por procuração (SMP) é uma forma incomum, mas potencialmente fatal, de abuso infantil no qual um dos pais, geralmente a mãe, simula a existência ou provoca sintomas ou sinais na criança e, repetidamente, a apresenta para cuidados médicos, renunciando a qualquer conhecimento sobre a causa dos sintomas (Cardoso & Hirschheimer, 2011; Fujiwara et al. 2008b). As crianças, vítimas da síndrome, são expostas a procedimentos médicos desnecessários, a testes de diagnóstico e a cirurgias que podem ser dolorosas, caras e às vezes fatais (Berry, 2008).

[2] Encontramos a palavra Munchhausen escrita de três formas diferentes na literatura especializada: Münchhausen, Munchhausen e Munchausen. Apesar de Münchhausen ser uma cidade alemã, localizada no Estado de Hessen (http://pt.db-city.com/Alemanha) e conhecida por acolher Karl Friedrich Hyeronymus (célebre Barão de Münchhausen e fonte de inspiração na nomeação da síndrome), optamos por utilizar neste estudo a forma gráfica impressa no CID10, a saber: Munchhausen.

Nessa forma peculiar de maus tratos a mãe biológica, apontada como sendo a perpetradora em mais de 90% dos casos, apresenta para o médico informações falsas sobre o estado físico da criança, que não sofre de nenhum dos sintomas fabricados, induzidos ou simulados (Mason & Poirier, 2012; Cardoso & Hirschheimer, 2011; Abdulhamid & Siegel, 2008; Fujiwara et al. 2008a). Para Schreier (1992, p. 422), "nesta condição clínica, a mãe usa o filho para forjar uma relação com o médico no qual mentir é o modo essencial de interação", podendo gerar uma série de graves equívocos, visto que, como revelado por Kempe (1971, p. 32), os médicos são profissionais treinados para acreditar na história relatada pelos pais.

Há autores na literatura especializada que apontam para a possibilidade de outras pessoas do convívio da criança, que não a própria mãe, assumam o lugar de perpetrador da síndrome (Mercer & Perdue, 1993), contudo, em virtude do expressivo índice de casos em que a mãe biológica foi considerada a agressora, esse estudo se concentrou apenas na situação em que a mãe é a responsável pela fabricação, indução e simulação dos sintomas na criança.

Descrita pela primeira vez em 1977 por Roy Meadow, um nefrologista pediátrico britânico, ao se deparar com duas crianças: uma havia sofrido intoxicação por repetidas doses de sal, ministradas por sua mãe e que a levaram a óbito; e outra que foi submetida a inúmeros procedimentos médicos para investigação de uma doença renal fictícia, criada pela mãe, que fornecia histórias falsas e adulterava as amostras de urina da criança adicionando seu próprio sangue a elas (Squires & Squires Jr, 2010).

Meadow recorreu a um quadro descrito primeiramente em adultos. Em 1951, Richard Asher, um psiquiatra britânico inspirado em um personagem da literatura alemã, introduziu a denominação Síndrome de Munchhausen (SM) para definir um grupo de pacientes que fabricavam histórias clínicas com falsos sintomas e absurdas evidências sobre enfermidades, submetiam-se a múltiplas investigações médicas, operações e tratamentos desnecessários, mesmo correndo risco de morte (Meadow, 1982; Stirling, 2007; Bütz, Evans, & Webber-Dereszynski, 2009; Cardoso e Hirschheimer, 2011).

Nesse estudo, no entanto, trabalharemos com a versão da síndrome por procuração que tem a criança como vítima do perpetrador, ou seja, aquela em que um cuidador fabrica ou induz doenças na criança que está sob seus cuidados, tal qual sua concepção original (Meadow, 1977), logo, nosso recorte se restringirá à SMP e a alta complexidade envolvida nesta entidade, representada por uma relação triangular, ainda pouco explorada, entre a mãe, a criança e o médico.

A descrição da SMP realizada por Meadow deu a ele um importante destaque na história da Pediatria, sobretudo, nos casos de violência infantil. No entanto, como pontuado por Kaplan (2008), sua trajetória foi marcada tanto pelo sucesso quanto pela inquisição, ou seja, inicialmente a comunidade científica o louvava pela descoberta da SMP e, posteriormente, o condenava a ser um cara problemático que via tal diagnóstico onde quer que olhasse. Nesse sentido, Kaplan (2008) faz um paralelo com a história de Savonarola[3] e assevera que a nova concepção (descrença) da comunidade científica a respeito do diagnóstico cunhado por Meadow, pode ter se dado em virtude da complexidade que envolve o fenômeno em si. Klepper et al. (2008) também discorreram sobre a questão da credibilidade dirigida à SMP. Para os autores há, em muitos casos, certa relutância e descrença do médico na existência desta síndrome, o que impede seu reconhecimento e, como consequência, o acesso aos números que revelam sua real incidência.

Passados dezenove anos de sua primeira descrição, a SMP foi identificada, diagnosticada e publicada pela primeira vez no Brasil. Uma equipe formada por cinco pediatras, um otorrinolaringologista e um psiquiatra, publicou no Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro o caso de Pollyana, uma menina de 3 anos de idade que, segundo relatos da mãe, sangrava pelo ouvido (Trajber et al., 1996).

A descrição do caso, atendido e publicado por Trajber et al. (1996), é literalmente apresentada a seguir:

> Pollyana é uma pré-escolar de 3 anos que a mãe refere ter sido atropelada por motocicleta, há 40 dias, com breve perda da consciência e sangramento pela boca, ouvidos, nariz e urina. A criança esteve hospitalizada num pronto socorro infantil e, por 2 vezes, num hospital (hemogramas, coagulogramas, Raio X do tórax, ultra-sonografia abdominal e uretrocistografia miccional, todos normais, conferidos pelos autores), de onde teve alta a pedido porque "os médicos não conseguiram detectar a causa de um sangramento repetido do ouvido direito". Nega história de sangramento. Refere crises convulsivas, motivo pelo qual a criança toma fenobarbital. Peso 15 Kg; comprimento 95 cm; PA 86x40. Exame clínico inteiramente normal.
>
> Foram normais os exames de rotina: hematológico, coagulograma, urina, protoparasitológico e sangue oculto nas fezes. Exame ORL - normal. O sangramento do ouvido direito se repetiu periodicamente com elevada freqüência (uma ou mais vezes ao dia e durante a noite) sem repercussão hemodinâmica e sem provocar anemia; o estado geral e a disposição permaneceram excelentes. Como a causa do sangramento não foi identificada, foram levantadas algumas hipóteses, como fratura condiliana do osso temporal, do ramo ascendente da mandíbula, da mastóide, sangramento da carótida via trompa de Eustáquio, além de coagulopatia. A criança recebeu parecer de otorrinolaringologista, hematologista, cirurgião vascular, cirurgião

[3] Monge dominicano do séc. XV, que passou de governador a rebelde, destinado pelo próprio povo que ora o louvava ora o condenava à fogueira em praça pública.

buco-maxilar, neurocirurgião e microcirurgia otológica e foi submetida a numerosos exames (estudo de coagulação, Raio X de crânio e de mastóide, tomografia computadorizada de crânio, com e sem contraste, de ossos temporais, dos ouvidos, da mastóide e da articulação temporo-mandibular, estudo angiográfico cerebral, fibroscopia por via oral, sob anestesia geral: esofagogastroscopia, laringoscopia, traqueoscopia alta, faringoscopia e rinoscopia posterior). Todos esses exames resultaram normais, inclusive exames otológicos com microscópio efetuados imediatamente após o episódio de sangramento - ausência de hemotímpano e de sangramento na porção profunda do conduto auditivo.

O otorrinolaringologista da equipe efetuou um tamponamento frouxo do ouvido, com algodão, e comunicou à mãe que isto evitaria a hemorragia - a criança sangrou pela narina direita; esta foi também tamponada e o algodão apareceu manchado de sangue mas apenas na sua face externa; ocorreu também sangramento pelo olho direito. Neste momento, foi levantada, pela equipe, a hipótese de fraude.

Durante o período longo de internação (30 dias), o comportamento da mãe chamou a atenção pela disibinição no relacionamento com os familiares dos quartos vizinhos, médicos e enfermagem, as violentas brigas com o atual companheiro que é alcoólatra (a mãe é separada do primeiro marido, o pai da criança, que ela alega ser homossexual) e, principalmente, o esforço para divulgar o caso, conseguindo que este fosse noticiado na imprensa (jornais e televisão). A mãe alegava estar satisfeita com o desempenho dos médicos e do hospital mas como o caso era de difícil diagnóstico, a divulgação poderia trazer subsídios para esclarecê-lo. Uma investigação junto à enfermagem do primeiro hospital, revelou que o casal trazia bebidas alcóolicas para o quarto e convidava os vizinhos, que um repórter fora apanhado vasculhando o prontuário sem autorização e que a mãe tentara seduzir um guarda, ameaçando atirar-se da janela se não fosse atendida.

A avó materna da criança compareceu espontaneamente para dizer que sua filha era “louca” e que tinha simulado uma hematuria prolongada, mordendo a própria bochecha e cuspindo na amostra da urina para exame. Posteriormente a bisavó materna revelou, também espontaneamente, que tanto a avó como a mãe da criança eram “loucas”, e que sua filha (avó da criança) já tinha tentado o suicídio seis vezes.

Quando a criança estava sob efeito da pré-anestesia para exame endoscópico, um dos pediatras perguntou-lhe “quem é que joga sangue no seu ouvido”. Bastante sonolenta, Pollyana respondeu: “a mamãe”.

Nesta altura, os médicos já se tinham conscientizado de que ninguém tinha visto o sangramento no momento exato de seu início mas apenas depois que a mãe avisava e que freqüentemente isso ocorria no período noturno. A comparação de amostras de sangue da veia e do sangramento diferiam por um subgrupo M. Foi então solicitado um exame especializado de pesquisa de DNA em novas amostras de sangue da criança e do sangramento.

Uma enfermeira foi destacada para ficar a noite toda no quarto, mas não acompanhou a mãe quando esta levou a criança para tomar banho (num horário não usual) e aí a mãe anunciou que o ouvido tinha sangrado. Na noite seguinte, a enfermeira acompanhou atentamente e a criança não sangrou, o que ocorreu logo depois pela manhã. Na terceira noite, uma auxiliar de enfermagem viu quando a mãe retirou do armário, um frasco contendo um líquido parecido com sangue e o despejou no ouvido da criança que dormia e em seguida procurou a enfermagem para anunciar o sangramento.

O comportamento da mãe T. mudou inteiramente. Muito nervosa, perguntou se desconfiávamos dela e passou a solicitar alta rápida quando antes fazia tudo para

> convencer o seguro-saúde a prorrogar sua guia de internação. A muito custo, foi convencida a ficar até ser entrevistada pelo psiquiatra de cujo relatório destacamos: - "pessoa submetida a intenso sofrimento psíquico desde a infância; uma filha prematura, falecida por 'negligência médica' (queimadura na incubadora?); 'sou uma pessoa muito aflita'; primeiro marido homossexual; o atual é violento e alcoólatra; 'tenho medo que o pai me tire a criança'. Observações: indiferença afetiva em relação ao estado da filha que descreve como 'gravíssimo'; auto-estima prejudicada; imaginação exaltada que busca na situação de vítima de algo extraordinário que acometeu sua filha, ganho secundário". Por coincidência, o psiquiatra já a atendera alguns anos atrás, quando fora atendê-la em "estado epilético"; removida para o hospital, descobriu-se uma simulação.
>
> Numa reunião final com todos os profissionais que participaram do caso, a fraude perpetrada pela mãe ficou bem clara. O exame de sangue já então disponível mostrou DNA no sangue da criança mas não na amostra do sangramento, provando que este líquido não era sangue, o que aliás já era suspeitado.
>
> Epílogo - T. ficou de voltar à consulta com o psiquiatra e com o parapsicólogo, além da revisão pediátrica, mas não compareceu. Em contacto telefônico, o pai de Pollyana informou que a menina não tinha mais sangrado. Alguns dias depois, um jornal divulgou que T. acusava seu primeiro marido de seqüestro da menina.
>
> No caso Pollyana, uma irmã prematura faleceu em condições muito estranhas, a mãe já fizera psicoterapia e tinha antecedentes sugestivos de Síndrome de Munchausen - hematúria recorrente e simulação de convulsões.

No ano seguinte, o Dr. Jayme Murahovschi[4] , um dos cinco pediatras responsáveis pelo primeiro diagnóstico de SMP realizado no Brasil, em entrevista concedida ao jornal Folha de São Paulo revela: "É assustador quando você ouve muitos médicos dizendo 'eu nunca vi nada igual na minha vida'. Numa hora dessas, você precisa procurar ajuda". Ainda em entrevista sobre a possibilidade de tratamento psiquiátrico ofertada na ocasião para a mãe, o pediatra reconhece: "Fomos um pouco ingênuos. Achamos que ela iria voltar e ela escapou" e acrescenta "o perigo é que, quando são descobertas, essas mulheres mudam de freguesia" (Stycer, 1997a).

Tal relato, nos aponta para a dificuldade que cerca a SMP e, nesse sentido, para melhor ilustrar e ampliar sua definição, optamos por apresentar, literalmente, mais dois casos descritos na literatura[5]:

Caso 1

> Paciente W., 5 anos, masculino, etnia afro-brasileira, com tempo de permanência no hospital de 45 dias. Internado na emergência deste hospital com queixa principal de ter apresentado convulsão em casa há cerca de meia hora. Ao

[4] Diretor Clínico do Serviço Paulista de Pediatria e Professor Titular de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas de Santos.

[5] Fonte: Pires, J. M. A e Molle, L. D. (1999). Síndrome de Münchausen por procuração: relato de dois casos. *J Pediatr* (Rio J);75(4):281-6.

exame, estava em estado pós-convulsivo, torporoso, extremamente sonolento, ficando neste estado por mais de 24 horas, sendo então encaminhado para UTI. A mãe relata que a criança tem crises convulsivas de repetição desde os três anos de idade. Criança nascida de parto cesáreo, com 28 semanas, pesando 1.430g, Apgar 08/09. Em 24 horas de vida, evoluiu para insuficiência respiratória. Foi internado então pela 1ª vez por prematuridade em UTI neonatal durante 56 dias, tendo feito uso de ventilação mecânica.

A mãe relata que o paciente apresentou a 1ª crise convulsiva logo após o parto, ficando internado na UTI nos primeiros 3 meses de vida, alegando cardiopatia tratada com fármacos até 1 ano de idade. Aos 2 anos de idade relata outra crise convulsiva. Eletroencefalograma (EEG) do episódio registrou "algumas pontas com inversão de fase em região parietal direita com traços epileptiformes". Fez uso de medicação anticonvulsivante por 1 ano, suspensa há 6 meses da internação atual, quando reiniciaram as crises, as mesmas nunca foram vistas pela equipe médica, pois o paciente chegava ao hospital sempre em estado pós-convulsivo, dormia por vários dias, chamando atenção a tranquilidade materna. Nas internações, a dosagem sérica do fenobarbital era sempre analisada, e inicialmente encontramos valores acima de 130µg/ml. A dose foi reajustada, e ainda assim a criança retornava ao hospital com frequência e, finalmente, quando a dose foi maior que 150µg/ml, levantamos a hipótese de que a mãe estivesse administrando mais do que deveria. O fato foi relatado ao Comitê dos Direitos da Criança do serviço, e então começamos uma pesquisa mais detalhada das internações anteriores, na qual foram revistos prontuários de outro hospital onde o paciente era internado, intercalando com nosso serviço. Nessa revisão encontramos um diagnóstico prévio de Síndrome de Munchhausen por procuração já feito há 6 meses, onde a mãe havia perdido o pátrio poder para o avô materno, mas o caso foi negligenciado pelo Conselho Tutelar e pela família, e a mãe voltou a cometer o mesmo abuso, trocando de hospital e não relatando fatos das hospitalizações anteriores. Durante todas as internações a mãe mostrava-se bastante atenciosa com o paciente e toda equipe médica. Em sua última internação no nosso hospital, a criança permaneceu 45 dias. Após exaustivas avaliações sociais, psiquiátricas e psicológicas, a mãe relatou sua compulsão por medicar seus filhos, visando ao bem-estar dos mesmos, e também a tentativa de reaproximação com seu ex-marido. Ela, com 26 anos de idade e ele com 24 anos, separados há quatro anos, têm quatro filhos (duas meninas gêmeas de dois anos, um menino de três anos e o paciente), todos hígidos. Mãe hipertensa, faz uso de medicação. Após entrevistas com a família, o pai refere que os irmãos do paciente fazem uso de Muricalm® para tratamento de agitação excessiva. Avós referem que a mãe do paciente teve problemas emocionais quando criança, e frequentou escola especial pois tinha dificuldades de aprendizado. Perdeu a mãe aos 6 anos e foi viver com tia e avó, onde mora com seus filhos até o momento atual.

A criança está sem crises convulsivas e sem uso de medicações há dois anos, fazendo acompanhamento psicológico. Mora com uma tia materna, próximo a mãe, e os outros filhos estão sob os cuidados da bisavó materna. A mãe foi encaminhada para tratamento psiquiátrico num ambulatório de saúde mental, o qual frequenta regularmente uma vez por semana. O paciente, juntamente com a sua mãe, comparece às consultas no ambulatório de apoio familiar do nosso hospital, onde são acompanhados por pediatra, psicólogo e assistente social 2 vezes por mês; os demais membros da família fazem terapia familiar.

Caso 2

Paciente M., 6 meses, feminino, etnia caucasiana, permaneceu no hospital por 75 dias. A criança foi trazida ao nosso serviço pela mãe, com a queixa principal de parada respiratória e "cianose" desde o nascimento. Na história da doença atual o relatado incluiu tosse, febre e cianose de repetição. Nasceu de parto normal a termo, pesando 3.380g, Apgar 09/10. Fez uso de leite materno até os dois meses e vacina BCG realizada. Na história pregressa apresentou duas internações anteriores; a primeira por crises de parada respiratória e cianose (dois episódios) com eliminação de sangue pela boca e pelo nariz, permanecendo hospitalizada por 10 dias (aos dois meses de vida); durante a segunda internação, por pneumonia, apresentou crises convulsivas, sendo prescrito fenobarbital e suspenso em seguida da alta hospitalar pelo pediatra do Posto de Saúde. Na internação atual, apresentava regular estado geral e moderada disfunção respiratória, sendo diagnosticada broncopneumonia (BCP).

No segundo dia de internação, apresentou a 1ª crise convulsiva (que não foi vista por médico ou enfermagem). No 3º dia de internação (DI), o médico relata ter encontrado a mãe com um saco plástico na mão, e a criança cianótica, sem ter relacionado causa e efeito. Criança foi transferida para a UTI voltando à enfermaria 24 horas depois. Esteve na UTI internada por três vezes e sempre evoluindo muito bem, retornando logo em seguida para a enfermaria. Na UTI a paciente dividia o quarto com outros e, além de sua mãe, estavam presentes sempre outras pessoas (auxiliares de enfermagem, pais e parentes de outros pacientes). Na enfermaria, ficava num quarto privativo sempre em companhia da mãe. Realizou radiografia de esôfago-estômago-duodeno (REED), que demonstrou um refluxo gastro-esofágico amplo, estudo de pH esofágico e do sono, realizados para comprovação, foram normais. O EEG mostrou-se alterado, mas após sua repetição com eletrodos zigomáticos, apresentou-se normal. Foi acompanhada pelo serviço de Foniatria e Intervenção Precoce, que diagnosticou dificuldades de interação mãe x bebê, embora o mesmo buscasse a figura materna constantemente, tendo sugerido reorganização da área sócio-afetiva. No 16º DI, a criança apresentou vários episódios de vômitos, quando foi prescrita sonda nasogástrica (SNG) para realimentação. Nesse mesmo dia apresentou três episódios de apnéia, vistos somente pela mãe, e a criança estava sempre no colo da mesma. No 24º DI, a paciente encontrava-se muito sonolenta e hipotônica, a dosagem do fenobarbital era 62µg/ml, sendo que cinco dias antes era de 25,8µg/ml (normal: 10 a 25µg/ml). A criança estava recebendo dose não tóxica (dose menor que 30µg/ml), e a mãe foi vista pelos auxiliares de enfermagem com um vidro de fenobarbital, fato que justificou como "não ter jogado fora a medicação até o momento". No 31º DI, apresentou episódios de engasgos durante alimentação. No dia seguinte, novamente crise de apnéia vista pela mãe, e não pela enfermagem, que descreveu no prontuário criança em bom estado geral, ativa e sorridente. Ao final da manhã do mesmo dia, mãe relata nova crise convulsiva que ninguém viu. No 33º DI, a paciente apresenta episódios de vômitos pós-alimentares, e a mãe insiste com o médico assistente que haveria algo no estômago da criança. Foi feito um REED que demonstrou uma imagem no estômago, sugestiva de corpo estranho. Na endoscopia digestiva alta foi encontrado um fragmento de cimento de parede, que segundo a mãe, foi oferecido pela irmã de 3 anos que costumava dar terra para a criança em casa, porém a paciente não havia recebido visitas da mesma. Então, o Comitê dos Direitos da Criança do serviço foi acionado, e no 35º DI foi decidido pela suspensão da venóclise e dos anticonvulsivantes. A partir disso, iniciou-se vigilância da mãe 24 horas por dia pela equipe. A paciente manteve-se assintomática até a alta no 75º DI.

> Socialmente, esta família era composta pelo casal e três filhos (um menino de cinco anos, uma menina de três anos e a paciente de cinco meses). O pai, com 26 anos, trabalha como operador de máquinas. A mãe, de 25 anos, é do lar, tem uma história pregressa de ter vivido na FEBEM até os cinco anos de idade, quando foi adotada por uma família na qual sentia-se rejeitada. Durante a entrevista, mostrou-se ansiosa, mas não demonstrou seus sentimentos. Negou todas as nossas alegações e recusou-se a fazer qualquer tipo de tratamento. O pai mostrou-se perplexo com a história da situação clínica da filha. O Conselho Tutelar foi acionado e após exaustivas negociações com os familiares, os pais perderam o pátrio poder, sendo deferida a guarda da paciente para a madrinha, a qual morava no terreno da casa dos pais. Sabe-se que 2 meses após, a criança chegou em outro hospital já falecida, e segundo laudo do Médico Legista a causa mortis foi edema agudo de pulmão.

De acordo com Stycer (1997b), no campo da violência infantil, a SMP introduz um sentimento a mais: o de incredulidade, inescapável a qualquer área do conhecimento, visto que "os relatos de alguns casos chegam a soar inverossímeis". Desse modo, para o delegado de polícia Mauro Marcelo de Lima e Silva[6], em entrevista concedida a Folha de São Paulo, a SMP "é uma das mais violentas e bizarras formas de violência contra crianças" (Stycer, 1997b).

Em busca de uma maior compreensão do fenômeno, passaremos a explorar os antecedentes históricos que inspiraram a nomeação do abuso.

2.3 Karl Friedrich Hyeronymus: O Barão das Histórias

A Síndrome de Munchhausen teve sua nomeação inspirada nos antecedentes históricos de Karl Friedrich Hieronymus, conhecido como Barão de Münchhausen e eternizado por suas fabulosas e exageradas histórias (Cely, Rátiva, & Bayona, 2003; Garrote, et al., 2008).

Hieronymus nasceu em Bodenwerder na Alemanha em 11 de maio de 1720. Para se juntar ao exército russo, ainda jovem, acompanhou como pajem o Duque Anton Ulrich de Braunschweig à Rússia. Em 1740 foi promovido a tenente e, ocupando a posição de oficial de carreira, lutou em duas guerras contra os turcos. Após doze anos de exercício deixou o ofício

[6] Delegado de Polícia da Polícia Civil do Estado de São Paulo desde 1996. Bacharel em Direito com cursos de especialização e aperfeiçoamento na área da segurança pública, na Academia Nacional do Federal Bureau Investigation (FBI) e na Universidade de Virgínia, nos Estados Unidos da América. Exerceu no período de 2004 a 2005 o cargo de Diretor-Geral da Agência Brasileira de Inteligência – ABIN. Fonte: http://www.senado.gov.br/publicacoes/diarios/pdf/sf/2004/06/29062004/19860.pdf

nas forças armadas russas e retornou para sua cidade natal onde permaneceu até falecer em 22 de fevereiro de 1797, aos 72 anos de idade (Cely, Rátiva, & Bayona, 2003; Garrote, et al., 2008; Bragança Junior, 2014).

De acordo com Bragança Junior (2014) era um apaixonado caçador e inusitado contador de histórias. Exagerava suas façanhas no campo de batalha entretendo seus convidados "com as mais inacreditáveis histórias de combate, caçadas e de acontecimentos fora do comum, as quais teriam ocorrido em suas perambulações". Desse modo, não podia deixar de atrair a atenção de escritores contemporâneos, levando Rudolf Erich Raspe (1736-1794) a traduzir para o inglês e a ampliar em 1785 dezessete histórias atribuídas ao Barão de Münchhausen e impressas pela primeira vez em 1781. E em 1786, Bürguer reverteu a 2ª edição inglesa para o alemão acrescentando mais treze histórias.

Dentre as histórias publicadas na compilação de Bürguer, Bragança Junior, (2014) partindo da obra de Griesbach (1977)[7], traduz e adapta para o português de forma reduzida, o texto '*O passeio na bala de canhão*':

> Durante a guerra, uma cidade inimiga fora sitiada. Todos gostariam de saber, qual era a situação dentro dela, todavia não se podia enviar nenhum espião para dentro da referida cidade. Münchhausen estava de pé ao lado de um canhão, que naquele momento disparara uma bala em direção à fortaleza inimiga. Com decisão, Münchhausen rapidamente pulou sobre a mesma e "cavalgou" para a cidade. No entanto, no caminho, ele começou a ter medo de sua própria audácia. Ele não duvidara que entraria são na cidade, porém de lá sairia ferido. Nesse ínterim, ele se deparou com uma bala de canhão que voara da cidade em direção oposta. Rapidamente, ele mudou de bala no ar, montando sobre a bala inimiga em direção ao seu acampamento, lá chegando em segurança (p. 3-4).

Foi imbuído do espírito inusitado do barão que, ao se deparar com pacientes protagonistas de curiosas narrativas envolvendo sintomas que não se encaixavam entre si, que a história médica chegou à denominação síndrome de Munchhausen e, posteriormente, síndrome de Munchhausen por procuração.

[7] Griesbach, R. (1977). Deutsche Märchen um Sagen.8. ed. München: Max Huber. P. 79-72.

2.4 A nomeação do abuso: aproximações e discrepâncias.

Desde sua primeira descrição, a SMP tem atraído considerável atenção da mídia e também muitas controvérsias provenientes de sua nomeação. A tradução da sigla SMP é também descrita na literatura especializada como *Síndrome de Munchhausen por Poder.* Podemos ainda encontrar a sigla SMT que se refere a *Síndrome de Munchhausen por Transferência* (Gueller, 2006) ou a *Síndrome de Munchhausen Transferida* (Stycer, 1997b). Neste trabalho, contudo, optamos por fazer uso da sigla SMP por ser esta a referência utilizada pelo CID-10 (2013, p. 218). Além disso, a SMP também é nomeada como *doença fabricada ou induzida por cuidadores, transtornos factícios por procuração, Síndrome de Meadow* ou ainda *Síndrome de Polle,* esta última em referência a uma suposta filha do Barão de Münchhausen (McClure, Davis, Meadow, & Sibert, 1996; Mason & Poirier, 2009).

O termo *doença fabricada ou induzida por cuidadores* foi introduzido no Reino Unido pelo Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) em 2001, "para descrever e responder a vários tipos de violência que envolve uma criança, apresentada para a atenção médica, com sintomas ou sinais que tenham sido fabricados ou induzidos pelo cuidador" [tradução nossa] (Lazenbatt & Taylor, 2011, p. 1-25).

O termo *transtorno factício por procuração,* de acordo com Mason e Poirier (2009), foi incluído conceitualmente em 1995 no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV), e, desde então, a categoria SMP se encontra inserida nessa classificação.

Na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, a SMP está classificada dentro da categoria de Transtornos Factícios, precisamente no código F68.1 (CID-10, 1993, p. 218).

Embora o termo SMP seja uma elegante construção, ligando perfeitamente a doença fabricada com o envolvimento de um terceiro, a situação em que o mesmo termo diagnóstico é aplicado a dois indivíduos essencialmente diferentes, é incomum, o que gera uma pergunta: Quem exatamente está sofrendo de SMP? O indivíduo que cria o engano ou a vítima que tem o engano construído em si? Esta é uma questão que acompanha o diagnóstico desde sua criação (Dyer, 2002; Kaplan, 2008).

Numa tentativa de esclarecer o sentido diagnóstico, Meadow (1995) assegurou que a entidade SMP se refere a um padrão de comportamento e não a um transtorno. Para justificar tal afirmativa, o autor localiza que assim como um pai que abusa sexualmente da criança não

é considerado como alguém que sofre de abuso sexual, também a mãe, que fabrica ou simula sinais e sintomas na criança não deve ser considerada como alguém que sofre de SMP.

Ratificando o exposto por Meadow (1995), os autores Bütz, Evans, e Webber-Dereszynski (2009) e Byard (2009) asseveram que ninguém sofre de SMP, uma vez que esta entidade se refere a um determinado conjunto de circunstâncias e não a um diagnóstico em si.

Essa explanação diferencial pode conter uma grande relevância quando se é convocado a pensar sobre quem sofre, para daí se extrair uma decisão. Essa problemática pode ser ilustrada no caso publicado por Dyer (2002). Nele uma mãe levou dois pediatras à Corte do Condado de Chester, no Estado da Pensilvânia (EUA), sob a acusação de que havia desenvolvido uma doença psiquiátrica depois que seu filho foi erroneamente diagnosticado, pelos pediatras, como sendo uma possível vítima da SMP.

Essa mãe, por sua vez, teve sua reinvidicação negada pelo Juiz da referida Corte que concluiu, mesmo após o diagnóstico de SMP ter sido descartado, que não havia nenhum dever de cuidado por parte dos pediatras em relação à requerente. O Juiz ainda pontuou que uma vez levantada a hipótese de SMP, ou de qualquer outra forma de violência infantil, os médicos devem sim iniciar a investigação mesmo que esta traga danos à mãe (Dyer, 2002). Eis aí uma questão a se pensar: a equipe de saúde deve ter algum compromisso de tratamento junto à mãe que alega sofrimento psíquico em virtude do processo de investigação iniciado a partir da suspeita da SMP?

São questões que inevitavelmente se impõem ao se refletir sobre tal fenômeno, até porque, de acordo com Bütz, Evans, e Webber-Dereszynski (2009), falta ao grupo diagnóstico da SMP, bem como ao Transtorno Fictício por Procuração (TFP), precisão diagnóstica, um corpo substancial de pesquisas controladas e um acordo no seio da comunidade de saúde. Estas carências precisam ser, o quanto antes, supridas, pois de acordo com Dyer (2002), é sabido que o Poder Judiciário, frequentemente, toma importantes decisões com base nesses diagnósticos, como se tais alterações fossem precisamente claras. No entanto, esse diálogo interdisciplinar constitue-se num considerável desafio para a comunidade médica: como razoavelmente explicar aos profissionais de outros campos do saber as complexidades envolvidas na SMP sem se colocar de maneira mal informada, confusa ou obscura, visto que a natureza dinâmica individual e interpessoal da síndrome não apenas é pouco frequente e complexa, mas também controversa (Bütz, Evans e Webber-Dereszynski, 2009).

2.5 Epidemiologia: Incidência e prevalência

Em estudo realizado no Reino Unido, foi identificado que meninos e meninas são igualmente afetados nesse tipo de abuso e que, na sua maioria, atingem desde recém-nascidos até crianças com 05 (cinco) anos de idade. Há ainda uma hipótese de que a incidência da SMP seja maior nos países com maior desenvolvimento dos serviços médicos (Davis, 2009; Bass & Jones, 2009).

Para alguns autores, a prevalência da SMP é mais comum do que o estimado, isto devido a sua subnotificação e o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde que, muitas vezes, só a reconhecem depois que a criança já sofreu muito (Abdulhamid & Siegel, 2008; Fujiwara et al. 2008b; Davis, 2009; Squires & Squires Jr, 2010; Sugandhan et al. 2010). De acordo com Meadow (2002) e Jacobi et al. (2010), muito do que foi diagnosticado como Síndrome da Morte Súbita Infantil na verdade tratava-se de crianças que foram repetidamente sufocadas pelos próprios pais.

Para Abdulhamid & Siegel (2008), existem na literatura especializada mais de 700 casos, relatados por 52 países, no entanto, de acordo com os autores estes casos refletem apenas os casos mais graves. Nesse estudo, os autores não explicitam quais foram os países pesquisados nem apresentam outras especificidades referentes aos 700 casos destacados.

2.6 Sinais e sintomas: possibilidades de atuação do perpetrador.

Sabe-se, como apontado anteriormente, que a esmagadora maioria dos perpetradores é formada por mulheres, mães biológicas que submetem os próprios filhos a investigações clínicas invasivas, dolorosas e desnecessárias, fato que aponta para a necessidade de uma análise da relação mãe/criança e do significado do papel de cuidador para estas mulheres. Um estudo sistemático, realizado no Reino Unido, Bools (1994 citado por Bass & Jones, 2009), concluiu que a maioria das mães, acusadas de perpetuarem a SMP em seus filhos, tiveram uma infância caracterizada por privações, abusos físicos e ou sexuais, significativas histórias de perdas ou lutos e experiências de passagens em orfanatos.

Em relação ao pai, sua participação ou posição diante da agressão, a literatura especializada aponta para uma quase que total ausência deste. Mesmo quando convocado,

após a suspeita da síndrome, o pai geralmente se abstém de qualquer envolvimento (Meadow, 1982; Abdulhamid & Siegel, 2008; Kannai, 2009).

A atuação do perpetrador ao fabricar, induzir ou simular uma doença na criança se apresenta de forma infinitamente diversificada, o que dificulta sua identificação e reconhecimento precoce. De acordo com Bass & Jones (2009), o perpetrador pode apenas "apresentar uma história fictícia ('Ele continua tendo convulsão'), pode simular ou adulterar fluidos corporais (contaminar a urina da criança com sangue de outra fonte) ou ainda, de fato, induzir a doença (injetando insulina ou administrando anticonvulsivos)" [tradução nossa] (p. 158). Os autores ainda afirmam que "embora a indução da doença traga um maior risco de graves danos físicos à criança" o simples ato de "levá-la várias vezes ao clínico geral ou ao serviço de urgência, pode levá-la a complicações iatrogênicas potencialmente perigosas, especialmente se a criança é submetida repetidamente a procedimentos invasivos" [tradução nossa] (p. 159).

As condições induzidas e simuladas mais comuns incluem persistentes vômitos ou diarreia, dor abdominal, envenenamentos recorrentes, perda de peso, parada respiratória, asma, disfunção do sistema nervoso central (convulsões, falta de coordenação, perda da consciência), apneia, infecção, febre, déficit de crescimento, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos, erupção cutânea e hemorragia induzida (Abdulhamid & Siegel, 2008; American Psychiatric Association, 2000; Clin, et al. 2009).

Sobre a psicodinâmica do perpetrador, Abdulhamid e Siegel (2008) postularam que "os perpetradores são frequentemente descritos como indivíduos carinhosos, atenciosos e dedicados. No entanto, nem todos os autores se encaixam nesse perfil. Alguns podem ser hostis, emocionalmente instáveis, e, obviamente, desonestos" [tradução nossa] (p.2). Para esses autores, embora os perpetradores não tenham uma psicopatologia óbvia, ou seja, de fácil e imediata detecção, eles podem ser enganadores e manipuladores, cuja capacidade de convencimento não deve ser subestimada, pois o abuso é premeditado e calculado.

Dentre as características da mãe, apontadas pela literatura especializada, estão em destaque a calma frente aos desconcertantes mistérios clínicos que o filho apresenta; a escolha por diagnósticos e terapeuticas adicionais, independente do desconforto da criança, e a intransigente postura diante dos resultados laboratoriais que não revelam sinais de patologia e/ou anormalidades (Abdulhamid & Siegel, 2008), além disso, a maioria dos agressores aparecem como devotadas mães que não deixam a cabeceira da criança nem mesmo por breves períodos, o que as permitem conquistar a admiração dos funcionários (Tamay et al., 2007) e, comumentemente, estabelecem uma relação próxima e afetuosa com toda a equipe de

saúde, cooperando e incentivando a realização de mais exames (Meadow, 1977 e Beard, 2007). Porém, as gravações das imagens obtidas pelo serviço secreto de vigilânica, dos hospitais que contam com esse serviço, revelaram que uma vez distante da audiência o comportamento amoroso de mãe dedicada dá lugar a agressão, normalmente planejada e organizada, dirigida à criança (Malatack et al. 2006), pois de acordo com Fulton (2000), após levar a criança para internação hospitalar, 70% dos abusadores continuam a induzir sintomas dentro do hospital.

Sabe-se ainda que essas mães apresentam certa familiaridade com a terminologia médica, o que é justificado pela formação acadêmica e/ou profissional que elas possuem: geralmente ligada direta ou indiretamente a área da saúde. Em um estudo específico, Meadow (1982) constatou que 16 dos 19 casos de SMP estudados, as mães consideradas como perpetradoras, tinham ou formação completa ou incompleta do curso de enfermagem; uma era recepcionista de consultório pediátrico; uma era babá e uma professora primária.

2.7 Os motivos: um total desconhecimento.

Sobre a motivação, subjacente ao comportamento do agressor, o DSM-IV localiza como uma necessidade psicológica do perpetrador de assumir o papel de doente por procuração, uma vez que incentivos externos, como ganho econômico, estão ausentes (American Psychiatric Association, 2000). Esta definição, para a motivação do perpetrador, corrobora com o ponto de vista de alguns autores que localizam como único motivo, universalmente aceito, a necessidade da mãe em obter a atenção da equipe médica (Schreier , 1992; Meadow, 1995; Beard, 2007; Kannai, 2009), configurando-se então em uma necessidade de ordem emocional, portanto, psicológica (Rosenberg, 2003; Schreier e Libow, 1993 *apud* Lazenbatt & Taylor, 2011).

No entanto, esta definição não é suficientemente esclarecedora e para Miller (2008), a falta de esclarecimento pode estar associada ao fato de que o perpetrador além de esconder o ato da fabricação e indução da doença, raramente fala sobre sua motivação. Conforme apontado por Pankratz (2006), há uma impossibilidade de afirmar que a motivação da mãe ao cuidar do filho que ela mesma fez adoecer, seja obter atenção porque não há registros de entrevistas feitas com essas mães. Não há histórico da obtenção de suas falas a respeito de seus atos.

Apesar de alguns autores trabalharem com a concepção de que a motivação da mãe para perpetuar o abuso não seja um fator relevante (Rand, 1990; Wilson, 2001; Abdulhamid & Siegel, 2008), para Stirling (2007) o estudo da motivação deve ser tomado como necessário, sobretudo ao se considerar algumas possibilidades de fechamento do caso, tais como: tratamento ou encarceramento da mãe, ou ainda, retorno da guarda da criança para a mãe ou a perda do pátrio poder.

De acordo com Kempe (1971, p. 29), "embora os fatores sócio-culturais contribuam como agentes causais ou desencadeantes da agressividade dos pais contra os seus filhos" é sabido que "o nível sócio-econômico-cultural da família não pesa de forma tão significativa como se imagina a princípio na ocorrência do fenômeno".

Diante das explicações pouco esclarecedoras das motivações que levam os pais a submeterem seus filhos a condições de maus tratos, muitas vezes sob a alegação da busca por melhor educá-los, fatores de ordem inconsciente parecem adquirir peso (Deluqui, 1982), ou seja, há aspectos históricos da vida do sujeito que, embora lhe sejam desconhecidos, deixam marcas psíquicas que podem definir suas escolhas.

Para Kahan e Yorker (1991), uma mãe, com base afetiva fundamentalmente restrita, que tenha experimentado durante a infância o hospital como um lugar de cuidado, atenção e nutrição, pode posteriormente submeter seu filho a recorrentes hospitalizações, com o intuito de atender suas próprias necessidades emocionais. Southall et al. descrevem que

> com uma infância caracterizada pela rejeição e privação de afeto, particularmente por parte do pai, o agressor visa por meio de suas ações obter uma conexão anteriormente inalcançável com uma pessoa poderosa – o pediatra. Na fantasia do agressor, esta poderosa pessoa pode reparar o trauma anterior. A criança doente não é o objeto do comportamento, mas é em vez disso o meio para conectá-la ao pediatra. A mensagem é clara: Faça qualquer coisa para o meu filho, mas não me deixe [tradução nossa] (1997, citado por Malatack et al. 2006, p. 59).

Nesse sentido, a escolha do hospital como cenário para a perpetuação da síndrome está pautada na repetição de uma perturbada relação da mãe com os seus cuidadores primordiais, e a figura do médico representa algo que vai além do profissional de saúde (Schreier, 2004).

A experiência anterior de lutos não resolvidos, vividos pela mãe, também pode ter uma relevante significância no desencadeamento desses casos tal como sugerido por Adshead e Blugrass (2005).

A SMP é também localizada no campo das perversões. Para Kola, Kola e Koroshi, (2006) a relação da mãe com a criança é sustentada por uma interação sadomasoquista em que

a criança é desumanizada pela mãe que a usa como um objeto fetiche para controlar suas próprias relações interpessoais.

Para Byard (2009), as mães perpetradoras não apresentam evidências de psicose ou de doença psiquiátrica, por outro lado, para Berry (2008), essas mães também têm sido diagnosticadas com transtornos como Transtorno de Personalidade Narcisista ou Borderline, já Abdulhamid e Siegel (2008) as descrevem como emocionalmente perturbadas e instáveis.

Tais posições refletem o verdadeiro desconhecimento, por parte da comunidade científica, a respeito das reais causas que sustentam a complexa atuação da mãe. Ainda sobre a complexidade que contorna e constitui a SMP, Spence et al. (2008) apontam para a dificuldade de esclarecer os motivos que sustentam o comportamento da mãe e para o fato de que:

> A resposta que a mulher apresenta após a acusação, oferece pouco esclarecimento: se ela admite a fabricação e/ou indução da doença, ela é culpada, se nega, sua negação é considerada um dos sintomas da SMP; no entanto, sua negação também pode refletir sua inocência [tradução nossa] (p. 310).

Num raro caso onde se teve acesso à mãe, perpetradora da SMP, num contexto psicoterapêutico, os psicoterapeutas afirmaram que "após a confissão, a mãe se submeteu a quase um ano de psicoterapia. Ela disse que abusou da filha para chamar a atenção dos médicos, ao mesmo tempo em que tinha prazer em enganá-los" (Randall & Parker, 1997, citado por Silva, 1997).

Sobre as motivações do perpetrador (quase sempre a mãe), Cardoso e Hirschheimer, (2011) esclarecem:

> Às vezes, existe o objetivo de obter alguma vantagem para a responsável, como, por exemplo, conseguir atenção do cônjuge para ela e para a criança ou se afastar de uma casa conturbada pela violência. Nas formas clássicas, entretanto, o distúrbio não tem nenhum objetivo lógico, parecendo ser uma necessidade intrínseca e compulsiva de assumir o papel de doente [...]. Importante não confundir com situações que podemos chamar de "por conveniência", nas quais a doença é simulada de modo fraudulento para obter vantagens como o afastamento do trabalho, receber o valor de um seguro ou não se engajar no serviço militar [...]. Em muitos casos, a responsável pela criança quer apenas despertar e obter atenção, cuidado e carinho; em outros, problemas sociais associados ou períodos de crise familiar criam uma situação em que ela usa a internação para permanecer afastada de casa ou manipular outros parentes (p. 63-8).

2.8 Entraves diagnósticos e ação imediata.

"Vemos apenas o que sabemos".
Goethe

A condição apresentada na SMP é de difícil diagnóstico, sobretudo, porque as características clínicas são infinitamente variáveis e inespecíficas, além de envolverem, muitas vezes, múltiplos órgãos e sistemas, o que configura um quadro de difícil comprovação, sobretudo porque não há apresentação típica para esta condição (Klepper et al. 2008; Griffiths, 2010) e porque as informações fictícias, adulteradas e produzidas pela mãe interferem nas observações clínicas e resultam em falsas conclusões (Meadow, 1977).

Dentre os sinais de alerta que podem ser considerados como critérios para a identificação da SMP estão: a presença de uma doença prolongada incomum ou rara; a persistente apresentação da criança para a atenção médica; a negação dos pais a respeito de qualquer conhecimento sobre a origem da doença da criança; a sensação dos profissionais de estarem diante de uma apresentação incomum, talvez que nunca encontraram antes; mãe com conhecimento médico em virtude de experiências profissionais anteriores; a mãe pode apresentar uma reação incomum às notícias sobre a condição médica da criança, tais como ausência de alívio diante de boas notícias, ou ainda ausência de angústia diante do sofrimento da criança; fornecimento de informações imprecisas e distorcidas feitas pela mãe a médicos anteriores (Meadow, 1982; Abdulhamid & Siegel, 2008; Klepper et al. 2008; Jennens, 2009; Bütz, Evans, & Webber-Dereszynski, 2009); a observação da diminuição dos sinais e sintomas agudos quando a criança é separada da mãe; pai geralmente ausente durante a internação; uma história de síndrome de morte súbita infantil em irmãos pode estar presente (Davis, 2009; Mason & Poirier, 2009); um determinado padrão de interação entre a mãe e os profissionais de saúde, baseado numa postura amigável, compreensiva e íntima; a insistência de um dos pais (geralmente a mãe) por mais, e particularmente invasivas, investigações clínicas para a criança (Siegel, 2009); os casos são frequentemente caracterizados por um curso clínico atípico e inconsistentes resultados de testes laboratoriais que estão em desacordo com a saúde aparente da vítima (American Psychiatric Association, 2000).

Abdulhamid e Siegel (2008) localizam que o período entre o início do abuso e a descoberta por parte da equipe de saúde pode ser relativamente longo. Isso porque há alguns fatores que se colocam como barreiras à identificação precoce, tais como, a falta de

familiaridade por parte dos profissionais de saúde com a SMP; a falta de segurança do médico em diferenciar a ansiedade da mãe, proveniente de sua inexperiência na maternagem, do anseio por novos testes e exames provenientes da conduta abusiva; uma tendência do médico em acreditar na história contada pela mãe; a capacidade da mãe de apresentar um discurso altamente persuasivo e convincente; receio do médico em fazer uma acusação falsa e sofrer posteriores consequências legais.

Além disso, é consensual entre os autores pesquisados que a noção de que uma mãe possa, deliberadamente, fabricar ou provocar sintomas de doença ou deficiência em seu filho é, em si mesmo, uma afirmação que é difícil de aceitar (Jennens, 2009; Clin, et al. 2009), o que se coloca como um dos principais entraves do diagnóstico precoce, pois, como pontuado por Tamay et al. (2007, p. 498), geralmente, "ninguém pensa que uma mãe pode fazer mal a seu filho" [tradução nossa], logo, até mesmo pediatras mais experientes, muitas vezes, perdem pistas evidentes deixadas por estas mães (Kola, Kola, & Koroshi, 2006), levando a equipe médica a negligenciar a possibilidade da SMP, uma vez que esta desafia a lógica do amor materno, ou seja, de que uma mãe, cuja função seja cuidar e proteger possa, deliberadamente, ferir e causar danos a seu filho (Kannai, 2009).

Para Spence et al. (2008) e Davis (2009), é necessário que a equipe de saúde esteja apta a diferenciar entre um cuidador que comete genuínos erros ou é doente mental, de alguém que intencionalmente expõe a criança que está sob seus cuidados a graves danos, podendo seriamanente causar-lhe prejuízos ou invalidez e, até mesmo, a morte. Nesse sentido, as suspeitas iniciais podem ser aumentadas se a história relatada pelo cuidador não coincide com os achados físicos, no entanto, há aqueles pais que não conseguem fornecer com precisão uma descrição dos sinais e sintomas da criança, seja por ansiedade, questões culturais, falta de compreensão da terminologia médica ou das funções do corpo ou ainda exageram os sintomas de seus filhos, com o intuito de obterem com maior rapidez uma assistência médica mais completa (Meadow 1977).

No entanto, enquanto que em outras situações de maus-tratos uma anamnese completa revelaria distorções e equívocos no discurso do agressor, na SMP este discurso parece ser apresentado sem furos e acima de qualquer suspeita, e tão logo as suspeitas se iniciam, a mãe agressora muda de hospital para dar início a novas queixas e procedimentos médicos desnecessários. Trata-se de uma característica do agressor que exige do profissional uma escuta atenta e diferenciada. Aspecto que levanta a questão de como diferenciar o discurso apresentado pelo perpetrador, um discurso aparentemente sem furos, sem contradições

imediatas e fáceis de detecção, de um discurso sustentado pela limitação cultural e pela dificuldade de expressão.

Para Siegel (2009), na SMP a postura da mãe diante da equipe de saúde é singular. O autor ratifica o já enunciado por Meadow (1982) que no discurso dessa mãe há um saber sobre as dimensões médicas da criança e um uso regular do vocabulário técnico, que é empregado para criar credibilidade e status de "colega" da equipe médica. Esta carcaterística materna pode ao mesmo tempo dificultar o diagnóstico (no caso do profissional desconhecer esse aspecto da dinâmica do perpetrador) ou facilicitá-lo (no caso do profissional que está atento a essa característica como um indicador desse padrão de comportamento). Além disso, seu discurso configura um desafio para o médico: o de colocar a história relatada pela mãe e os achados físicos do paciente, provenientes da investigação clínica e laboratorial, num conjunto lógico de forma coerente (Mason & Poirier, 2009).

A mãe ainda se utiliza do médico que, ao assumir uma conduta investigativa, em busca de um diagnóstico para sinais e sintomas que não se encaixam em nenhuma classificação nosológica, contribue sem saber com a progressão do abuso, pois geralmente submete a criança a procedimentos dolorosos, invasivos e desnecessários que podem causar sérias iatrogenias e até mesmo a morte (Eminson & Jureidini, 2003; Klepper et al. 2008). Avaliando o tempo excessivo que os profissionais levaram para considerar a mãe como responsável pelos sintomas na criança, Meadow (1995, citado por Pankratz, 2006, p. 91), afirmou que "em muitos casos as crianças foram feridas mais pelos médicos do que pela mãe" [tradução nossa]. Ele ainda levanta como fato a possibilidade de que muitas crianças que se submetem a investigações desagradáveis, assim o fazem "porque os pais exercem uma forma de pressão que os médicos não conseguem resistir" [tradução nossa] (1982, p. 97). Desse modo, de acordo com Jureidini, Shafer e Donald (2003), para que a SMP se configure é necessário que exista uma interação ativa entre o cuidador-autor e o médico.

De acordo com Stirling (2007), os testes diagnósticos são frequentemente dolorosos e a terapia em si, sobretudo a que envolve internação hospitalar, não é livre de riscos. Para esse autor, quando o diagnóstico se torna indescritível e os esforços para se chegar num diagnóstico se tornam mais agressivos, o médico deve sempre pesar os riscos para o paciente contra os benefícios de um diagnóstico preciso.

"Embora a responsabilidade inicial caiba ao cuidador abusivo, os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na evolução da SMP e no dano iatrogênico causado à criança" (Lazenbatt & Taylor, 2011, p. 2). De acordo com Siegel (2009), cada especialista contribui meticulosamente com a ampliação dos conhecimentos do perpetrador em relação à

queixa principal do paciente, e faz recomendações quanto à melhor forma de prosseguir com a investigação diagnóstica.

Para Stirling, (2007) e Davis, (2009) é essencial que o médico possa reunir todo tipo de informação possível de todos os envolvimentos no tratamento, atendimento e acompanhamento da criança, bem como conscientizar os demais profissionais de suas preocupações. Nesse sentido, o autor aponta para a necessidade de um atendimento realizado por diversos profissionais de diferentes áreas, num contexto multidisciplinar. A presença de um pediatra, experiente em casos de violência infantil na equipe é de essencial importância, bem como o levantamento de prontuários médicos.

A avaliação do perpetrador também será beneficiada pelo levantamento completo de dados provenientes de diversas fontes (prontuários médicos, registros do serviço de assistência social, outros familiares, sobretudo avós, registros escolares e, se for o caso, registros policiais) visto que, tal diagnóstico não deve ser estabelecido apenas com base em poucas entrevistas com a mãe. Nesse sentido, o avaliador busca a existência de inconsistências no discurso do perpetrador, ou seja, incoerências na história sintomatológica relatada pela mãe e um dispositivo que pode auxiliar a equipe no alcance de tais inconsistências são as reuniões clínicas, cujo objetivo permeia a troca de opiniões entre profissionais de diversas áreas e a tomada de decisões futuras referentes ao tratamento do paciente em questão (Bass & Jones, 2009).

Tomar a fala da criança como fonte de saber, uma vez que sua idade possibilite a descrição do que ocorre com ela, também pode ser de grande valia para a investigação médica. A partir da descrição dada pela criança sobre sua história de vida, os profissionais de saúde podem formular, ou não, a hipótese da existência do abuso. Nesse sentido, Monteiro (2011) relata o caso de uma criança de 10 anos diagnosticada com "orelha-couve-flor", que é uma infecção do pericôndrio com acúmulo de pus geralmente provocado por infecção ou repetidos traumas. Após o relato da criança, que admitiu ter sofrido fortes puxões e batidas na orelha realizados por seu pai, foi possível concluir a condição de violência infantil.

Berry (2008) postula que a SMP inevitavelmente se coloca como um caso de ordem forense, exigindo a utilização de um modelo de prática integrada e multidisciplinar que possa ser utilizado para instruir funcionários que não têm familiaridade em lidar com indivíduos, cujo funcionamento psíquico apresente a lógica presente na síndrome em questão. A relação estabelecida nesses casos entre a mãe (perpetradora do abuso), o médico e a criança normalmente é complexa e de longa duração o que pode, muitas vezes, impedir o médico de considerar a SMP como um diagnóstico diferencial (Abdulhamid & Siegel, 2008).

Para Abdulhamid e Siegel (2008), o psicólogo tem um papel fundamental e específico diante da SMP: avaliar a relação entre mãe e filho, avaliar a condição psiquiátrica da mãe, enquanto perpetuadora do abuso, e avaliar o funcionamento psicossocial da família como um todo. Uma demanda bem delimitada dirigida ao psicólogo.

Sobre a atuação da equipe de enfermagem, Beard (2007) assegura que esse profissional passa uma quantidade substancial de tempo interagindo com os pais de unidade pediátrica, o que os torna uma peça fundamental na detecção da SMP. A autora ainda pontua quanto a necessidade do profissional de enfermagem não se posicionar de forma ingênua perante a mãe que perpetua a SMP. Para Beard, (2007) e Morrell e Tilley, (2012) é essencial para uma efetiva e precoce detecção que o profissional, sobretudo o enfermeiro, possa familiarizar-se com as principais características de pessoas com SMP, tais como a incapacidade de conceber os filhos como sujeitos com direitos e sentimentos próprios, bem como a tendência para mentir sobre experiências cotidianas.

Considerando os diversos entraves diagnósticos que se configuram em torno da síndrome e numa tentativa de, após o levantamento da suspeita, tornar o diagnóstico mais preciso, Spence et al. (2008) postularam a utlização de uma nova abordagem: o uso da neuroimagem funcional para investigar se uma mulher, condenada à prisão por envenenar uma criança que estava a seus cuidados e que professava sua inocência, estava mentindo ou dizendo a verdade. Os autores concluíram que, por aspectos singulares do estudo, não conseguiram provar a inocência da mulher em questão, por outro lado, "foi possível verificar que o seu comportamento, bem como os parâmetros de sua análise funcional se comportaram como se ela fosse" [tradução nossa] (p. 314). Mas o movimento apresentado, pelo perpetrador, na SMP parece não ser alcançável por esta via: a lógica do pensamento que busca uma precisão dos sinais tais como aparecem nos exames laboratoriais.

Para Stirling (2007), dentre as possibilidades de atuação da equipe de saúde tem-se a internação imediata da criança; o monitoramento da criança e dos familiares que a acompanham e o envolvimento dos serviço de proteção à criança. Contudo, de acordo com Clin, et al. (2009), mesmo após a detecção de todos os sinais de alerta que são típicos da SMP, a equipe de saúde enfrenta consideráveis dificuldades para provar a existência da síndrome e, muitas vezes, o diagnóstico só se torna possível em virtude da excessiva vigilância a que a mãe é submetida, inclusive com o uso de meios eletrônicos de monitoramento.

Segundo Mason e Poirier (2009), da Eastern Virginia Medical School – EUA, a equipe pode fazer uso de quartos de hospital onde tenham câmeras filmadoras instaladas de forma

imperceptível, a fim de monitorar, em tempo integral, o trato da mãe com a criança. Tais sistemas de vigilância são coordenados pelos Serviços de Proteção a Criança, pela polícia local e pela equipe de segurança do hospital. Para Davis, (2009) do Reino Unido, esse sistema de vigilância deve ser implantado de forma sigilosa em virtude das características da síndrome e pela necessidade da equipe de reunir o maior número possível de informações, logo, para o autor não se trata de um caso de espionagem dos pais, mas sim de um monitoramento sustentado pela suspeita da ocorrência do abuso infantil.

De acordo com Oliveira (2012, p. 1), "no Brasil não existe uma legislação federal específica regulamentando o uso de câmaras de vigilância". Em locais públicos ou de circulação, como estacionamentos, salas de espera, corredores e afins, o uso é viável a depender das leis municipais e estaduais vigentes. Desse modo, os Conselhos de Medicina são norteados por aquilo que diz a Constituição Federal.

A constituição por sua vez, no Título II (Dos direitos e garantias fundamentais) – Capítulo I (Dos direitos e deveres individuais e coletivos) – artigo 5º, *caput*, inciso X estabelece: "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação" (BRASIL, 2005, p. 6).

Nesse sentido, a respeito do uso de monitoramento de vigilância por imagem nas dependências do hospital, Lutero Marques de Oliveira, parecerista do CRM-PR, fornece o seguinte parecer:

> A utilização de câmaras de segurança no estacionamento médico, bem como no mezanino do plantão médico é legal, se a intenção for dar maior segurança [...]. A utilização de câmaras de segurança dentro do consultório médico, por ser uma área privativa, é ilegal e antiética, pois não preserva a intimidade do paciente nem o sigilo profissional (Oliveira, 2012, p. 3).

Em outro parecer a esse respeito, o conselheiro Marcos Vinícius Henriques Brito do CRM-PA, define:

> Assim como toda a legislação vigente e pareceres exarados pelos mais diversos Conselhos de Medicina, entendo que a implantação do sistema de vigilância por câmeras ou similares, possa ocorrer em todas as áreas de circulação livre de um hospital, preservando-se, no entanto, os espaços destinados ao contato direto entre pacientes e demais profissionais de saúde em circunstâncias nas quais se exige a preservação do direito à privacidade e à garantia do sigilo na relação entre os mesmos sendo, pois, inadequada a utilização de câmeras de TV em enfermarias, salas de exames, consultórios, salas de partos e salas de cirurgias, evitando-se assim a

> possibilidade de infrações éticas consoante aos artigos 28, 38, 73, 76 do Código de Ética Médica (Brito, 2011, p. 2-3).

Acrescenta, citando a Lei nº 10.217, de 11/04/2001 em seu artigo 2º, inciso IV que regula a obtenção de imagens como prova somente mediante circunstanciada autorização judicial (Brito, 2011).

Para o parecerista Cons. José Roosevelt Norões Luna do CREMEC (Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará), "utilizar câmeras de segurança com transmissão audiovisual em ambientes nos quais são perpetrados atos médicos é antiético" (Luna, 2013, p. 1).

Os pareceres supracitados foram realizados mediante a solicitação de orientação sobre a implantação de câmeras de vídeo nas áreas internas do hospital: corredores, entrada do mezanino do plantão médico, consultório médico e centros cirúrgicos. Não foram encontrados registros cuja solicitação de implantação tenha sido feita para quartos de enfermaria, no intuito de monitorar ou investigar possíveis quadros de violência infantil.

Outra possibilidade de intervenção consiste no afastamento da criança de sua mãe. De acordo com Kannai, (2009), o distanciamento da mãe é fundamental para o restabelecimento da criança. Este distanciamento confere à criança uma chance de recuperação física, no entanto, sua condição psíquica parece exigir outras possibilidades de atuação.

Em relação ao tratamento da mãe, Kannai (2009) relata um caso em que após identificado o diagnóstco de SMP, a equipe tenta submeter a mãe a um tratamento psicológico, no entanto, esta se recusa a tal intervenção. Para assegurar a participação da mãe, a equipe determinou que caso ela não se submetesse ao tratamento, seu filho seria imediatamente retirado do lar. A mãe, por sua vez, concordou em iniciar o tratamento que foi dirigido no sentido de proporcionar a ela o controle de suas ansiedades permitindo, então, que os médicos pudessem conduzir o tratamento da criança. No entanto, o autor afirma que a mãe "nunca foi capaz de reconhecer seu papel nas doenças da criança" [tradução nossa] (p. 108) e que o tratamento psicológico transcorreu com muitas resistências por parte dela, bem como com constantes ameaças de abandono da terapia. Num sentido preventivo a equipe evitou nomear para a mãe a natureza exata da síndrome por acreditar que um confronto pudesse gerar consequências para a criança ou o efetivo abandono da mãe do tratamento psicológico. Tal relato nos permite levantar uma questão no que diz respeito ao tratamento psicológico da mãe que persistentemente coloca seu filho no lugar de doente em função de suas necessidades

de atenção, a saber: a construção da demanda de tratamento, por parte da mãe, dirigida ao saber psi.

Após identificada a síndrome e antes de sua comprovação, fica a questão sobre qual é a melhor maneira de conduzir o caso, visto que, como apontado por Malatack et al. (2006) e por Kannai (2009) uma prematura confrontação com a mãe pode levá-la a abandonar o hospital e partir para outra unidade hospitalar que esteja menos propensa a considerar a síndrome em questão e, por outro lado, atrasar a ação pode colocar a criança em risco de novas lesões.

Uma vez comprovada sua existência, de acordo com Clin et al. (2009, p. 295) "é imperativo que o caso seja prontamente reportado às autoridades legais, a fim de proteger a criança, antes que danos irreversíveis possam ser infligidos".

No entanto, para que ocorra o reconhecimento precoce seguido de uma ação é necessário que a equipe de saúde conheça a existência da síndrome, apesar das dificuldades inerentes a esse conhecimento. Nesse sentido, Meadow (1982) atesta: "como médicos nós reconhecemos apenas o que sabemos ser possível" e de forma otimista completa "agora que sabemos que a síndrome de Munchhausen por procuração existe podemos reconhecê-la mais facilmente" [tradução nossa] (p. 97).

2.9 A criança: uma infância interrompida.

De acordo com Abdulhamid e Siegel (2008), a SMP é mais comum entre lactentes e crianças pequenas, logo, a criança é submetida desde muito cedo a esse tipo de violência. Rosenberg (2003) afirma que a idade média da criança, quando a SMP é diagnosticada, é de três anos. Para McClure et al. (1996), no entanto, essa idade é ainda mais precoce. Em estudo realizado pelos autores, a partir do levantamento de 128 casos, a idade média das crianças, quando receberam o diagnóstico de SMP, era de apenas 20 meses.

Esse início precoce pode levar à criança, quando mais velha, a conspirar com sua mãe, confirmando as improváveis histórias sobre seu estado clínico, seja por medo de contrariar a mãe e, portanto, sofrer as consequências de tal ato, seja porque de fato acredita na sua condição patológica, sustentada no discurso e no ato materno (Abdulhamid & Siegel, 2008), ou seja, a criança é efetivamente exposta a uma construção psíquica de ser doente e/ou

deficiente. Essa construção pode vir a comprometer sua vida social e afetiva a longo prazo (Jennens, 2009).

Um estudo realizado com 54 crianças submetidas à SMP, com idade de 1 a 14 anos, revelou que em consequência da precoce exposição à violência física e emocional, comum na síndrome, estas crianças apresentavam diversos problemas comportamentais que incluíam distúrbios emocionais e de conduta, medos recorrentes, além de distúrbios do sono e evidentes características do transtorno de estresse pós-traumático (Bools, Neale, & Meadow, 1992).

Esses dados apontam para as possíveis consequências que as crianças, vítimas da SMP, podem experimentar ao longo da vida. A complexidade envolvida na SMP pode, então, ser marcada por três aspectos:

a) A presença de uma criança em pleno desenvolvimento físico e psíquico que, em terna idade, está exposta a situações invasivas e desconcertantes que podem afetar decisiva e negativamente sua condição biopsicossocial, atual e futura;
b) A presença de uma mãe, cujo padrão de comportamento é considerado como um curioso enigma e que deixa, ao saber científico, poucas possibilidades de uma efetiva atuação e;
c) A presença de um profissional que, apesar de seus esforços na busca por oferecer o melhor tratamento para a criança, parece não obter sucesso.

É nesse sentido que buscamos outro campo do saber, a fim de estabelecer um diálogo com o saber até então descrito na literatura pesquisada. Considerando que foi a partir dos enigmas impostos à clínica médica que nasceu o saber psicanalítico e que este trouxe novas perspectivas para diversas áreas do conhecimento humano, inclusive para a Medicina, é que recorremos às contribuições psicanalíticas, visto que, apesar de ter nascido no contexto da neurologia, com base nos diagnósticos da patologia orgânica, a Psicanálise inaugura um novo campo de saber, em que a consciência deixa de ser o centro do psiquismo, o sujeito é regido pelas leis do inconsciente naquilo que sente, fala, faz e pensa, a origem, exclusivamente, orgânica das doenças é questionada, a palavra do doente é muito valorizada e o falar tem função terapêutica (talking-cure).

3. SMP, O PEDIATRA E A PSICANÁLISE.

3.1 Freud e sua ânsia pelo conhecimento.

Inicialmente interessado pelo direito e pelas atividades sociais, Sigmund Freud guiado por sua ânsia de conhecimento e após entrar em contato com os escritos de Darwin e Goethe, decidiu tornar-se estudante de medicina (Freud, 1925-1926). Com apenas 17 anos de idade ingressou na Universidade de Viena e, apesar do usual prazo de cinco anos necessários para a obtenção do título de Médico, Freud só veio graduar-se aos 25 anos de idade, visto que "sua imensa curiosidade e suas preocupações com a pesquisa" o impediram de finalizar o curso no prazo usual (Gay, 2004, p. 42-3).

Enquanto ainda era estudante de medicina, iniciou suas pesquisas no laboratório de fisiologia, nele permanecendo por 06 anos. Um ano após graduado, decidiu deixar o laboratório, lugar no qual afirmou ter encontrado "tranquilidade e satisfação plena", para ingressar no Hospital Geral de Viena, onde atuou em diversos Departamentos inclusive no Instituto de Anatomia Cerebral. Nos anos seguintes, passou a dedicar-se ao estudo das doenças nervosas, chegando a publicar um considerável número de observações clínicas sobre doenças orgânicas do sistema nervoso. Com base em suas publicações, em 1885 foi nomeado conferencista de neuropatologia. Freud ainda dedicou-se ao estudo dos distúrbios gerais da infância, que resultou na publicação de "várias monografias [...] sobre paralisias cerebrais unilaterais e bilaterais em crianças" (Freud, 1925-1926, p. 21).

Cada vez mais interessado pela clínica das doenças nervosas e a partir dos sucessos e fracassos obtidos no trato terapêutico de seus pacientes, foi que Freud, reconhecendo os "problemas que métodos de pensamento e tratamento anteriores não estavam conseguindo compreender ou resolver" chegou "à sua grande criação, construindo um corpo teórico que sai do domínio médico para questões do funcionamento psíquico" (Priszkulnik, 1997, p. 309).

Freud, diante dos enigmas que os pacientes apresentavam, pesquisou novas possibilidades de ajudá-los. Os pediatras, especificamente, diante dos enigmas da SMP, podem encontrar, também, novas possibilidades de ajudar os envolvidos. Para algumas dessas possibilidades, as contribuições da Psicanálise oferecem algumas ideias e alguns conceitos que podem nortear novas ações diante da SMP e lançar luz sobre certas obscuridades da mente humana.

3.2 Sobre a clínica médica, o pediatra e a SMP

O médico é requerido em sua função de cientista fisiologista,
mas ele está submetido ainda a outros chamados.
Jacques Lacan
(2001, p. 03)

Influenciado pelo desenvolvimento da mecânica no século XVII, René Descartes postulou o dualismo mente e corpo concebendo o corpo humano como uma máquina (Scliar, 2007) e determinando a concepção médica acerca do homem. É nesse sentido que Lacan (1954-1955a) afirma que "o médico com relação ao corpo tem a atitude do homem que está desmontando uma máquina" (p. 104), o que difere de uma postura que afigura que o homem tem "temperamentos, constituições e outras coisas do gênero".

Pensar o corpo como máquina, ainda que o seja, pode se configurar como uma questão que se desdobrará em diversos impasses: deparar-se com um caso de SMP, a partir de tal concepção, pode ser um deles, visto que nesta síndrome as deficiências apresentadas nas peças que compõem a máquina não se encaixam entre si, o que impede que um saber diferente sobre a máquina possa ser construído.

A construção de saber produzido pela ciência médica, ao longo da história, registrou importantes mudanças: Antes do século XIX, o saber médico era regido pela lógica que classificava e organizava as doenças de acordo com a família, o gênero e a espécie a que pertenciam; a partir do século XIX, o saber médico começa a ser regido pelo par lesão/sintoma (lesões de órgão definidas associadas a grupos de sintomas estáveis) e passa a se ocupar dos órgãos, com vistas a seu funcionamento e as causas do seu adoecer. Tal mudança trouxe à Medicina novas formas de atuação, atestando a possibilidade do uso de uma linguagem universal sobre o doente e sua doença sustentada pelo discurso da ciência positiva. Além disso, garantiu ao médico o prévio estabelecimento de regras e pressupostos que, como um "roteiro pormenorizado e rigoroso" norteiam o profissional no tocante ao diagnóstico e tratamento (Priszkulnik, 2000).

Além de produzir conhecimento, é função primordial do saber médico, no âmbito instituicional, "saber e revestir de palavras esse conhecimento, para então, se possível, agir, agir contra o sofrimento e em prol da verdade" (Benoit, 1988, p. 26).

No tocante ao funcionamento institucional, sabe-se que as instituições de cuidados geralmente visam "à cura, à melhora ou ainda ao bem futuro do paciente", são valores universais sustentados pelo ideal universal de instituição que "pretende abarcar a totalidade da vida do sujeito, assujeitando-o às suas regras", e uma das maneiras de conseguir tal sujeição é oferecer tratamento rotineiro e igual para todos (Altoé e Lima, 2005, p. 29-78). São respostas universais para questões que, a partir de um segundo e cuidadoso olhar, podem assumir particularidades que destoam da norma vigente. Nesse sentido, ter contato com a SMP e fazer uso do pensar (ideal e) universal, seja ele qual for, parece se configurar como um obstáculo à construção de um saber que faça barra à perpetuação da síndrome: o ideal universal de que toda mãe visa o bem estar de seu filho pode ser um exemplo.

Foucault (2008, p. 64) assevera que "o papel do médico de hospital é descobrir a doença no doente; e essa interioridade da doença faz com que ela esteja frequentemente escondida no doente, oculta como um criptograma", para que a medicina possa chegar até a doença, paradoxalmente, o paciente é apreendido como "um fato exterior em relação àquilo de que ele sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses" (Clifton, 1742 p. 213, *apud* Foucault, 2008 p. 7). Para ter o domínio de sua clínica, de acordo com Dumas, é necessário que o médico esteja apto a

> desvendar o princípio e a causa de uma doença em meio à confusão e à obscuridade dos sintomas; conhecer sua natureza, suas complicações; distinguir, no primeiro golpe de vista, todas as suas características e diferenças; separar, por uma análise rápida e delicada, tudo o que lhe é estranho [...]; tornar-se senhor dos doentes e de suas afecções; aliviar suas penas; acalmar suas inquietudes; advinhar suas necessidades; suportar seus caprichos; atuar sobre seu caráter e dirigir sua vontade, não como um tirano cruel que reina sobre escravos, mas como um pai terno que vela pelo destino de seus filhos (1807, citado por Foucault, 1980, p. 95-6).

Ao conjunto de advertências cuja extensão vai desde a ação precisa junto ao sintoma físico até a atuação com o doente, acalmando-lhe, suportando-lhe e dirigindo sua vontade, há algo que escapa: a complexidade psíquica daquele que porta a doença. Inapreensível ao modelo classificatório de captação e compreensão do fenômeno, a condição psíquica do doente parece ter vontade própria quando se nega a ocupar o lugar de parênteses a ela conferida e, além de se impor, de se presentificar, ainda pode, no outro, fazer emergir aspectos a este no mínimo estranhos.

Mas, por que escapa? Escapa, sobretudo, porque de acordo com Clavreul (1978), a atividade médica tem como primazia a exclusão das posições subjetivas tanto do médico

quanto do doente. E valendo-se apenas de seu próprio discurso, a lógica médica exclui da cadeia associativa tudo o que nela não pode ser inscrito. Para o autor:

> Eliminando qualquer outro discurso, e consequentemente o do próprio doente, o discurso médico afasta, pois, certo número de elementos que não deixam de ter interesse em si mesmo. É da visada totalitária do discurso médico (como de todo discurso) nada querer nem poder saber do que não lhe pertence, porque é inarticulável em seu sistema conceitual, e não pode resultar em nenhuma prática que fosse médica (Clavreul, 1978, p. 45).

Nesse sentido, "o médico opera mentalmente um corte nos dados trazidos pelo paciente, tendo como eixo a idéia de que alguns sintomas são essenciais e definidores da doença, enquanto outros são secundários", pois considera que somente desta forma alcançará "a cura da doença, o alívio rápido, a eliminação dos sintomas, a restituição da saúde anterior à doença (Priszkulnik, 1998, p. 19). Desse modo, a exclusão que aí se opera está em conformidade com o objeto de estudo e com os objetivos da ciência médica, no entanto, quando articulada com as advertências circunscritas para o alcance e exercício do 'domínio clínico' faz emergir o que parecem ser contradições discursivas: 1. Como se dirigir ao paciente "como um pai terno que vela pelo destino de seus filhos" tal qual posto por Dumas (1807, citado por Foucault, 1980) sem evocar sua própria concepção de pai, aquela cuja construção se deu a partir das primeiras relações com as primeiras figuras de amor e que marcaram sua construção subjetiva de eu e de ideal, e: 2. Como abordar a SMP sem considerar o discurso materno para além do seu contéudo manifesto, cuja apreensão só é possível se pudermos escutar o que está subjacente ao discurso queixoso. Tais contradições podem viabilizar à mãe, perpetradora da SMP, um relativo campo de atuação, visto que é a partir do não dito materno que se operam as atuações no corpo da criança.

A subjetividade da pessoa do médico sai de cena em prol da 'neutralidade', esta compreendida como uma atitude benévola de um bom doutor, que, embora se aproxime de uma posição paternalista (Pommier, 1998, p. 57) não se confunde com ela, pois se identifica apenas com as caracterísitcas benévolas de um pai. Para que a identificação aconteça, o lado paterno que não emana tanto cuidado é suprimido e eliminado da lógica desse saber. Contudo, sabe-se, a partir de Freud (1927-1931), que o *mal-estar* (certa dose de infelicidade existencial frente as exigências civilizatórias) embora seja um componente essencial e estrutural da civilização, nem por isso, é patológico. Além disso, o contato permanente com a dor e com a morte, e a comumente dificuldade de simbolização, também são condições essenciais da instituição hospitalar. De acordo com Campos, (2013, p. 89-90), "o turbilhão de emoções"

que acompanha o trabalho nesse contexto não se separa de nossa condição de "humano" e "estar em contato significa expor-se a afetos e, portanto, ser afetado" por eles, visto que "inevitavelmente levamos nossa humanidade a todas as partes". Como diz Käes, (1991, citado por Campos, 2013, p. 90-91) "sofremos também, na instituição, por não compreendermos a causa, o objeto, o sentido e a própria razão do sofrimento que aí experimentamos", quando submetidos ao horror do real da clínica cotidiana.

Além disso o contato com anomalias, que resultam em fracassos na resolução de enigmas cotidianos, gera uma insegurança profissional: "essa insegurança é gerada pelo fracasso constante dos quebra-cabeças da ciência normal em produzir os resultados esperados" (Kuhn, 1998 citado por Guedes, Nogueira e Camargo Jr, 2009, p. 807). Desse modo, Campos (2013, p. 23-4) afirma que "ser um trabalhador de saúde, do serviço público, acreditar no valor positivo de seu trabalho [...] ajudam a suportar o mal-estar que deriva das tarefas coletivas" visto que, assim como pessoas e pacientes "os trabalhadores de saúde também atuam movidos por reações inconscientes, que eles mesmos desconhecem e sobre as quais não têm de todo o controle". São inconscientes não apenas porque escapam à consciência do sujeito, mas sobretudo pela possibilidade de consistirem em desejos por ele ignorados.

A partir de sua experiência como Profª da disciplina de Psicologia Médica e após realizado um estudo com jovens médicos que iniciam sua prática com pacientes, Bertoldi, (2011 p. 79) descreveu como um dos principais temas, por eles destacados, "as angústias e temores gerados pela percepção da falta ou da incompletude de saberes". De acordo com a autora, "é notável, no discurso dos alunos, a referência às expectativas advindas do meio social, de ideais, exigências, demandas em graus variáveis de intensidade" (p. 44). Na percepção dos estudantes, a expectativa da sociedade é que o médico saiba tudo. Tais expectativas, por sua vez, encontram correspondência nos ideais dos próprios alunos, estabelecidos antes mesmo do ingresso na Faculdade de Medicina: uma autoimagem idealizada, designada como *ego ideal* (aquele que conserva o sentido de perfeição) que, segundo a autora, poderia ser traduzido, pela maneira como o aluno gostaria de ser visto e percebido pelos outros. A formação de um ideal, contudo, aumenta as exigências do idealizador, exigências estas dirigidas sobretudo para si mesmo (Freud, 1914-1916), logo, Bertoldi (2011) destaca no discurso dos alunos a "busca de um saber ilimitado, idealizado, exigente, atribuído a uma figura mítica de Médico, que transcende aos conhecimentos possíveis" (63). Tais ideias parecem correr riscos quando deparam-se com o enigma proposto pela SMP, um enigma que denuncia, antes de mais nada, um limite ao saber. Em seu texto,

Bertoldi (2011, p. 44) ainda questiona se "será suportando ser ferido em seu narcisismo que o médico pode buscar [novos] saberes".

Há um período nos primeiros anos de vida do sujeito que todo o seu interesse está voltado para si mesmo, ou seja, para seu próprio corpo e para as necessidades por ele aclamadas. Nesse momento da vida, dizemos que toda a energia libidinal do sujeito está voltada para o seu próprio ego e são características desse período a crença do sujeito na onipotência de seu pensamento e a superestima deste no poder de seus desejos: ilusões chamadas de narcísicas que podem ter efeitos duradouros. Com o desenvolvimento psicossexual (no sentido freudiano do termo) em curso, o sujeito começa a voltar seu interesse para o mundo que o cerca, dirigindo parte de sua energia libidinal para os objetos que estão ao seu redor até que parte de seu interesse retorne para o ego (Freud, 1914-1916). A condição em que a libido está voltada para o ego é nomeado, por Freud (1917-1918a) como narcisismo, e suas características bem como seus efeitos são marcantes e duradouros em qualquer ser humano vida a fora.

Nesse sentido, a ferida narcísica poderia ser entendida como um golpe no amor próprio do sujeito, uma ferida infligida a imagem de si, ou ainda a destruição da ilusão propiciada pela imaginária posição de dominância, de onipotência e supremacia; da imaginária ideia de detenção de um saber absoluto, irrefutável; da concepção de ocupar o lugar central e de que o mundo deve, antes de tudo, garantir sua satisfação completa e imediata (Freud, 1917-1918a). Um golpe que, inevitavelmente, remete o sujeito a sua condição de sujeito castrado. De acordo com Françoise Dolto, psicanalista francesa, a "palavra castração, em psicanálise, dá conta do processo que se realiza em um ser humano quando outro ser humano lhe significa que a realização de seu desejo, sob a forma que gostaria de lhe conceber, é proibida pela Lei" (2002, p. 62). A Lei, imposta por uma figura de afeto, confere ao sujeito a condição daquele que não pode tudo, que não sabe tudo, que nem sempre terá suas satisfações imediatamente alcançadas, ou sequer alcançadas, que nem sempre ganha, pelo contrário, pode perder.

Paradoxalmente, o vazio deixado pela ausência do saber absoluto anteriormente predominante, possibilita ao sujeito a construção de um novo saber, agora não mais sustentado pela lógica do ideal (e portanto inalcansável), mas sim do possível. Desse modo, poderíamos levantar a questão se não seria a SMP um golpe no narcisismo dos sujeitos, dos diversos campos do saber, que com ela se deparam: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores, juízes, conselheiros tutelares, psicólogos, e por que não, psicanalistas.

Certos de que a complexidade que circunda o humano como um todo exige a interlocução de diversos campos do saber, Polanczyk e Lamberte (2012, p. 5) destacam que, no campo da Psiquiatria integradora, a busca por teorias únicas que possam explicar fenômenos psíquicos não mais constitui uma prática, visto que "as manifestações psíquicas são o produto de inter-relações complexas e dinâmicas entre dimensões genéticas, biológicas, psicológicas, ambientais, sociais e culturais", elucidando uma nova concepção acerca do sofrimento: uma manifestação mais ampla e complexa da subjetividade, que não se restringe ao sinal de patologia.

Lamberte, Pereira e Jerusalinsky (2012) reconhecem que o médico está mais "preparado para lidar com a generalização, proposta pelo diagnóstico, do que com a singularidade do sujeito" (p. 62), no entanto asseveram que, no campo da pediatria, os aspectos que envolvem a constituição do sujeito em sua singularidade psíquica são de grande valor, sobretudo se articulados "com o saber científico aquirido, que embora central e indispensável, sempre estará incompleto e, permanentemente, renovado pelas questões que a clínica apresenta" (p. 61).

Nesse sentido, os autores supracitados valorizam outra concepção de sujeito que não mais aquela erigida sobre o modelo do cogito cartesiano. A concepção que confere singularidades ao sujeito é a inaugurada pela descoberta freudiana, que está para além da primazia do bem-estar e dos ideais do bem comum. Na concepção freudiana, o sujeito passa a ser concebido como quem é movido por uma força interna que ora o propulsiona para a manutenção da vida (pulsão de vida), ora para a extinção desta (pulsão de morte). Além disso, estas duas forças propulsoras estão sempre em alternância, uma buscando a supremacia sobre a outra (Freud, 1923-1925). É nesse sentido que Campos, (2013, p. 36) afirma que o sujeito é "movido por sua pulsão de vida mas também de morte, ou inversamente, pulsão de morte mas também pulsão de vida".

Ao considerar a singularidade do sujeito, a clínica médica ganha novo sentido: um campo de saber prático "que se constitui pelo esforço em articular o já conhecido – por meio da ciência ou da experiência – com o totalmente singular de cada paciente" (Lamberte, Pereira e Jerusalinsky, 2012, p. 69). A singularidade entra em cena, ainda que seja inescapável a herança cartesiana, para agregar um outro olhar às generalizações diagnósticas, evitando ao clínico incorrer em qualquer prática de ordem reducionista (Lamberte e Polanczyk, 2012), além disso "interroga frontalmente a Medicina quanto a sua capacidade de conceber, no interior de sua prática, o sujeito humano – e os encontros humanos – como tais: únicos, imprevisíveis, singulares, irredutíveis a uma fórmula geral, conhecida de antemão"

(Lamberte, Pereira e Jerusalinsky, 2012, p. 63). Nesse sentido, conceber o humano é, antes de mais nada, extraí-lo da classe ao qual ele pertence, ou seja, "podemos dizer que há sujeito cada vez que o indivíduo se separa da classe, do gênero, do geral, do universal" (Mattos, 2003).

Embora seja possível tal prática, para Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009, p. 806), "esse não é um padrão habitual entre os médicos, pois esse 'novo agir' não foi devidamente trabalhado em suas formações" [grifo do autor]. Desse modo, "lidar com os aspectos subjetivos presentes no adoecimento continua a ser um grande desafio para os praticantes da biomedicina, ainda que possuam vasta experiência profissional".

Na clínica pediátrica, cujos atravessamentos perpassam a busca do paciente pelo tratamento (visto que este depende do desejo do outro – pai, mãe, responsável – para tratar-se), e o alcance do pediatra ao paciente (visto que ele precisa antes, necessariamente interagir com a família deste), Lamberte e Polanczyk (2012, p. 24) consideram que o pediatra possa ainda, como um "terceiro, discriminar as condições da própria história familiar e do laço mãe-criança", com uma escuta atenta sobre as condições subjetivas envolvidas, além de considerar o paciente (criança e adolescente) "em sua possibilidade de autonomia subjetiva, especialmente no que se refere ao sintoma: considerando, quando já falante, seu relato direto sobre como é o seu mal-estar, para além dos relatos dos responsáveis".

Nesse sentido, Dolto, em sua obra *A Causa das Crianças,* defende a necessidade da criança ser tratada como pessoa desde o seu nascimento. Ela escreve que até pouco tempo atrás "o corpo médico não admitia muito que a relação de linguagem pudesse se estabelecer desde o nascimento" e pontua que sua experiência aponta para "as dificuldades encontradas a partir do momento que procuramos modificar a atitude dos adultos em relação às crianças e dialogar com cada uma delas como sendo menor do que ele próprio, mas de igual grandeza". A autora buscou "convencer jovens médicos a se dirigirem às crianças bem menores, até recém-nascidas, como seres de linguagem" (2005, p. 129-164).

Tal assertiva é também, pontualmente, localizada nas recomendações freudianas, quando esse arremata:

> Não compartilho do ponto de vista, que está em voga atualmente, de que as afirmações feitas pelas crianças são invariavelmente arbitrárias e indignas de confiança. O arbitrário não tem existência na vida mental [...]. As crianças não mentem sem um motivo, e no todo são mais inclinadas para um amor a verdade do que os mais velhos (Freud, 1909, p. 96).

Contudo, como postulado por Priszkulnik (1997), o fato de não se lembrar das experiências vividas ainda nos primeiros anos de vida, visto que há uma lacuna nas lembranças referentes a esse período (amnésia infantil), faz com que o adulto se distancie de sua própria infância, tornando-se estranho a ela. Nesse sentido, para a autora, é bem mais fácil "falar e escrever sobre a criança, mostrando conhecê-la e entendê-la, do que entrar em contato direto com ela" (p. 310). Dirigir-se à criança buscando interação por meio de um diálogo, ou seja, com disponibilidade e compreensão recíproca, ainda que ela seja muito pequena, pode consistir num retorno à própria infância, o que configura num desafio por excelência, sobretudo para o adulto.

Desse modo, considerar a criança como 'ser de linguagem' é admitir na cena clínica a manifestação de sua subjetividade. Contudo, ao pensarmos em subjetividade como uma condição que vai além das particularidades do sujeito, uma questão parece se formular: Como a Medicina pode apreender a subjetividade do sujeito se esta se encontra em outro campo, isto é, após dar voz à singularidade do paciente (àquilo que lhe é particular), o que fazer, a partir dos referenciais biologizantes, com aquilo que não é puramente biológico?

De acordo com Lacan (1954-1955c), o saber (subjetivo do sujeito) possui a virtude de ser intransmissível e inapreendido pela via da verdade (ciência natural). Para ele "não é a ciência que vai poder transmitir os caminhos para se chegar" (p. 14) naquilo que nomeou como excelência humana (a subjetividade), visto que a ciência trabalha com a verdade e não com o saber (do sujeito que lhe porta). Ele ainda arremata, a partir da formulação freudiana sobre a natureza do Eu, que "o inconsciente escapa totalmente ao círculo de certezas no qual o homem se reconhece" (p. 17), haja vista que seu conteúdo não se encaixa em nenhum quadro de saber universal. Desse modo, afirma Lacan (1954-1955c) que "o sujeito como tal, funcionando como sujeito, é algo diferente de um organismo que se adapta. É outra coisa, e para quem sabe ouvi-lo, a sua conduta toda fala a partir de um outro lugar" (p. 19).

Logo, ouvir a conduta da mãe nos casos de SMP, articulando sua singularidade subjetiva à clínica organicista e classificatória, parece ser uma tarefa de grande desafio para o clínico, visto que ele não dispõe de um arsenal teórico e instrumental que lhe possibilite manejar o objeto – doença – secularmente eleito para estudo, com as variáveis impostas e inerentes à subjetividade. Contudo, como nos revela Canongia, (2013, p. 5-6) a respeito da prática clínica, é "preciso haver uma pausa no furor da resposta medicamentosa" na tentativa de que algo diferente se dê naquilo que é sempre o mesmo (a re-clamação por mais exames e novos diagnósticos). Para tanto, é necessário que o profissional, saindo do campo das certezas, possa "suportar um não saber diante das queixas, evitando dar explicações objetivas

ou seduzir-se pela resposta medicamentosa", visto que "essas ações, com valor de ruptura, favorecem o pensável, ainda que de forma embrionária". Nesse sentido, um espaço em que pediatras menos experientes possam discutir com colegas e com outros clínicos mais experientes, ou seja, um lugar que reconsidere as subjetividades em voga, pode viabilizar tal ruptura, visto que nesse espaço os jovens pediatras podem ir "se familiarizando com seu próprio mundo interno" e "se apercebendo de que na clínica da escuta ele está diretamente incluído e implicado no processo". Consideramos que esse seja uma movimento importante, também, para outros profissionais da área da saúde, visto que a clínica da escuta é atravessada por "um encontro de subjetividades, de *afetação*" [grifo da autora].

Desse modo, é relativizando o campo das certezas para que algo novo do sujeito possa inromper em seu discurso, considerando as implicações transferenciais do processo (que serão discutidas no capítulo seguinte) e sustentando uma escuta com todos os ecos que esta possa causar, que o clínico pode se aproximar dessa complexa condição humana, perpetuada em sua maioria por um dos símbolos – no caso, a mãe – cujo alcance social beira ao sentido do sagrado. Nesse sentido, é somente para além de sua representação social que a maternidade pode então revelar seu lado profano.

3.3 Sobre a clínica psicanalítica e a SMP

"Eu te peço que me recuses o que te ofereço."
Lacan
(1971-1972, p. 83)

Em seu texto 'Sobre o Ensino da Psicanálise nas Universidades', Freud (1917-1918b) discute o valor da Psicanálise para a formação médica e, ao discorrer sobre a formação médica praticada até então, afirma que:

> Essa formação tem sido muito justamente criticada nas últimas décadas pela maneira parcial pela qual dirige o estudante para os campos da anatomia, da física e da química, enquanto falha, por outro lado, no esclarecimento do significado dos fatores mentais nas diferentes funções vitais, bem como nas doenças e no seu tratamento. Essa deficiência na educação médica faz-se sentir mais tarde numa flagrante falha no conhecimento do médico. Essa falha não se manifestará apenas na sua falta de

> interesse pelos problemas mais absorventes da vida humana, na saúde ou na doença, mas também o tornará inábil no tratamento dos pacientes (Freud, 1917-1918b p. 187).

Em suas considerações, o autor pondera que não se trata do estudante de medicina aprender a psicanálise em sua amplitude e extensão, sendo suficiente que ele "aprenda algo *sobre* psicanálise e [...] algo *a partir da* psicanálise" (Freud, 1917-1918b, p. 189) [grifo do autor]. Desse modo, nesse estudo, recorremos a algumas contribuições da clínica psicanalítica.

O método de investigação fundado por Freud, e nomeado como Psicanálise, "consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias de um sujeito" (Laplanche e Pontalis, 2004), é composto por um corpo teórico vasto sustentado na concepção de que o psíquico do sujeito é constituído por conteúdos que lhe são conscientes e outros inconscientes. Segundo Freud (1923-1925, p. 27), é somente a partir dessa divisão do psíquico que é possível "compreender os processos patológicos da vida mental, que são tão comuns quanto importantes, e encontrar lugar para eles na estrutura da ciência".

De acordo com Priszkulnik (1997, p. 309), a clínica psicanalítica parte do pressuposto de que "a enfermidade tem um *sentido* para quem sofre, além de uma *causa*, e que se insere na trama de uma história marcada pelo desejo inconsciente do sujeito". Para alcançar o desejo do sujeito, a prática clínica do método proposto por Freud se fundamenta, sobretudo, no falar/escutar, ou seja, no relato do paciente e na escuta realizada pelo profissional [grifo da autora].

Nesse sentido, a partir da lógica psicanalítica, qualquer possibilidade de intervenção só é possível partindo-se do discurso do sujeito que demanda, pois é por meio do discurso que se pode acessar a subjetidade daquele que fala, esta entendida como um "sistema organizado de símbolos que aspiram abranger a totalidade de uma experiência, animá-la, dar-lhe sentido" (Lacan, 1954-1955b), assim, a escuta psicanalítica "faz com que o discurso daqueles que pedem ajuda possa se modificar e adquirir um sentido novo" (p.61), ou seja, favorece à criança vítima da violência doméstica, por exemplo cujas marcas não estão visivelmente inscritas no corpo, "colocar em palavras, diante de um 'outro' que as escuta, a violência silenciosa do dia-a-dia" (Priszkulnik, 2009, p. 62).

A valorização do discurso, da fala do sujeito pela Psicanálise se dá, sobretudo, pela aposta de que "as palavras são substitutas das ações" (Freud, 1893-1899, p. 45). As ações a que se tem acesso na SMP é o mal estar físico e psíquico que a mãe submete a criança com

vistas, até onde a literatura chegou, a obtenção da atenção médica. As palavras que poderiam substituir tais ações são de difícil alcance porque a maior protagonista desta cena não se põe a falar a quem lhe possa escutar, temos apenas o resultado de suas ações, **os ecos, as ressonâncias de seus atos num grupo de profissionais,** ações cuja lógica estrutural indica a complexidade inerente à condição humana.

Tais ecos e ressonâncias encontrados na equipe médica são os rastros deixados pela relação construída entre médico-paciente-familiar durante o tratamento. Tal relação é consumada pelo fenômeno conhecido na psicanálise como 'transferência'. Para Freud (1911-1013a), a ação combinada entre certas disposições inatas e as influências sofridas nos primeiros anos de vida, resultam num estilo próprio de cada indivíduo conduzir-se na vida. Esse estilo traduz o jeito próprio de funcionamento do sujeito que, constantemente, é reimpresso (repetido) na medida em que ele se relaciona com os outros e com o meio. Para Freud:

> Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas [...]. Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico [...]. A catexia incluirá o médico numa das 'séries' psíquicas que o paciente já formou (1911-1913a, p. 112).

Continua Freud (1937-1939):

> O paciente vê nele [no médico] o retorno, a reencarnação, de alguma importante figura saída de sua infância ou do passado, e, conseqüentemente, transfere para ele sentimentos e reações que, indubitavelmente, aplicam-se a esse protótipo. Essa transferência logo demonstra ser um fator de importância inimaginável, por um lado, instrumento de insubstituível valor e, por outro, uma fonte de sérios perigos. A transferência é *ambivalente*: ela abrange atitudes positivas (de afeição), bem como atitudes negativas (hostis) para com o analista (p. 189).

Desse modo, é preciso conhecer e saber manejar a transferência para atender alguém, partindo da lógica de que o que é sumariamente dirigido para si, na verdade, corresponde às relações outroras daquele que demanda, logo não se baseia na situação real/atual. Além disso, com o adequado manejo, a transferência revela-se como uma excelente vantagem, visto que é por meio dela que o "paciente produz perante nós, com clareza plástica, uma parte importante da história de sua vida, da qual, de outra maneira, ter-nos-ia provavelmente fornecido apenas

um relato insuficiente". Desse modo, o paciente "a representa diante de nós, por assim dizer, em vez de apenas nos contar" (Freud, 1937-1939, p. 190).

Contudo, Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009, p. 808) observaram que "médicos não concebem a relação médico-doente como uma relação de fato, na qual uma dimensão intersubjetiva está em jogo, com fatores conscientes e inconscientes atuando nessa dinâmica" de forma transferencial e contratransferencial (esta última sendo a resposta do médico – ainda que ele não reflita sobre ela – à transferência do paciente). Como consequência "os médicos não conseguem se distanciar e perceber o processo com todas as nuanças que este exige e, portanto, não podem agir no problema, mas apenas reagir a ele".

Bertoldi (2011, p. 18), contudo, reconhece que "assumir a posição médica, caracterizada pela transferência, apresenta dificuldades, riscos e desafios". Nesse sentido, entendemos que tal condição, apontada pela autora, pode ser ainda mais potencializada quando em frente ao saber médico está um sujeito cujo funcionamento e carcacterísticas são descritos como pertencentes aos perpetradores da SMP, ou seja, na maior parte das vezes a mãe.

Logo, sabemos a partir de Freud (1937-1939), que ao buscar o contexto médico para 'tratamento' do filho, a mãe traz consigo (transfere) um precipitado de investimentos libidinais pertencentes à relações outroras, que podem assumir uma conotação positiva (sentimentos afetuosos) ou negativa (sentimentos hostis). Esta positividade ou negatividade, que pode coexistir no fenômeno transferencial, responde a certas identificações do paciente que, na medida em que concernem à sua história infantil, podem relacionar-se com a ambivalência dos sentimentos dirigidos aos próprios pais.

Desse modo, sabe-se que a reflexão acerca dos fatores transferenciais presentes na relação mãe/médico (ou mãe/medicina) pode ser fundamental para uma maior compreensão e manejo da SMP, contudo, não excluem a necessidade de refletir sobre esse complexo quadro a partir de outras perspectivas. A considerar que os estudos publicados até então, explicam a motivação original da mãe (perpetradora) concentrando-se na relação desta com o médico (ou com a medicina), Zenoni (2002) destaca que tais estudos consideram que a criança doente "não é o objeto de toda a manobra, mas simplesmente o meio de entrar em contato com o personagem inatingível e poderoso que é o médico", logo, nessa perspectiva, "o real da passagem ao ato com relação ao filho passa para o segundo plano em proveito de uma problemática transferencial mãe/médico" (p. 66). Assim, o horror da manipulação sobre o corpo da criança fica em suspenso quando comparado às mentiras, à esperteza ou à manipulação dessa mãe (perpetradora) sobre o corpo médico. Considerando esse aspecto,

apresentando pela literatura especializada, o autor aponta para a importância da reflexão acerca dos aspectos presentes na relação mãe/criança, visto que essa relação também pode assumir, dentre tantos aspectos, um caráter de ambivalência.

Para Pommier (1998), o caráter ambivalente se dá pela alternância de dois sentimentos opostos: "é porque o amor engendra o ódio que lidamos com dois pólos tão opostos quanto inseparáveis" e se considerarmos "o insondável do amor materno", constataremos que "ele deixará sempre aquele que foi seu objeto num estado de dívida inextinguível", e é esta exigência sem fim aspirada pelo amor materno que pode fazer dele um sentimento de horror (p. 43-4).

Para Gueller (2009, p. 278) "os médicos se questionam, se culpam e encolerizam perante os casos que contrariam o amor materno". Estariam, nesse sentido, as equipes médicas considerando aquilo que se conhece como instinto materno ou amor espontâneo e incondicional de toda mãe pelo filho? Badinter (1985) questiona se existe o instinto materno ou se as relações mãe-filho envolvem os mesmos sentimentos que encontramos em outras relações, a saber, amor, ódio, indiferença, sentimentos diferentemente dosados segundo o caso. Desse modo, ao percorrer a história das atitudes maternas, a autora revela que o instinto materno é apenas um mito e abre para a perspectiva de que a relação entre mães e filhos seja igual a toda relação social, visto que é constituída por sentimentos ambíguos e ainda depende de constante investimento. Esta perspectiva, por sua vez, difere do imaginário posto pelo discurso social que concebe esta relação como algo natural e, portanto, dado (Barbosa & Pegoraro, 2008, p. 78). É nesse sentido que o Dr. Henry Kempe (1922-1984), um pediatra alemão, considerado como o primeiro na comunidade médica a identificar e reconhecer o abuso de crianças[8], descreve em tom de desabafo: "é lamentável que o nosso conceito de maternidade seja tão influenciado por nossa visão idealizada da mãe como uma Madonna, sorrindo docemente com seu jovem filho" e arremata postulando que "esta mãe como Madonna, de infinita paciência, está nos olhos e na mente de muitos médicos e do público em geral" visto que "a raiva ou a fúria dirigidas para um novo bebê não é uma emoção aceitável em nossa sociedade" [tradução nossa] (Kempe, 1971, p. 30-1).

Além disso, a SMP parece convocar o profissional que com ela se depara, em nosso recorte *o pediatra*, a fornecer respostas que extrapolam o campo biológico: além do técnico, capaz de tecer uma rede de sintomas e realizar os diagnósticos mais incomuns no primeiro golpe de vista, ele também é convocado, sem o saber, a barrar um movimento psíquico da

[8] Fontes: http://en.wikipedia.org/wiki/C._Henry_Kempe e http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1628942/pdf/archdisch00732-0098.pdf

mãe, expresso por atitudes que podem ser vistas como uma agressividade velada dirigida ao filho. Contudo, uma vez que não há indícios que escancare ou revele se tratar de um caso de abuso infantil, o olhar médico se volta para as questões biológicas e, consequentemente, se revela incapaz de impedir a perpetuação do abuso. Nesse sentido, ser convocado a ler uma mensagem que não está inscrita no corpo e, além disso, agir sobre ela, pode ser vivenciado pelo profissional como uma experiência agressiva, logo, a figura do médico também parece ser agredida pela SMP.

A agressividade inerente a síndrome (seja ela dirigida à criança ou a figura do médico) configura um cenário difícil de ver, não apenas no sentido escópico do termo, mas sobretudo difícil de lançar um olhar sobre. Sem poder "ver" o que de fato está latentemente posto, a possibilidade de compreensão fica quase impossível, inviabilizando também o momento de concluir: aqui mencionado como aquele em que se faz corte, barreira ao movimento do agressor. Em contrapartida, se aproximar do fato real e ver o que está posto por excelência, pode ser um convite ao sujeito, seja ele médico ou não, a entrar em contato com aspectos pessoais, no mínimo, estranhos a ele.

Freud (1932-1936) esclarece que, embora a agressividade (instintos agressivos, cuja finalidade é a destruição) seja uma condição inerente à constituição humana, é sabido que necessitamos de tempo para reconhecer em nós mesmos a presença de um impulso agressivo, visto que, em alguns momentos "parece sacrílego incluí-lo na constituição humana". Nesse sentido, é preferível acreditar que

> naturalmente, o homem deve ser bom, ou, ao menos, de boa índole. Se, ocasionalmente, se mostra brutal, violento ou cruel, isto são apenas perturbações transitórias de sua vida emocional, na sua maior parte provocadas, ou, talvez, apenas conseqüências das regras sociais inadequadas que ele, até então, impôs a si mesmo [...]. Infelizmente, o que a História nos conta e o que nós mesmos temos experimentado, [...] justifica a conclusão de que a crença na 'bondade' da natureza humana é uma dessas perniciosas ilusões com as quais a humanidade espera seja sua vida embelezada e facilitada, enquanto, na realidade, só causam prejuízo. Não temos por que prosseguir nessa controvérsia, pois temos argumentado a favor de um instinto agressivo e destrutivo nos homens (p. 106).

Quando sua manifestação no mundo externo é tolhida, em virtude das exigências civilizatórias, essa agressividade, ou parte dela, pode voltar-se para o próprio sujeito (Freud, (1932-1936). Desse modo, podemos antecipar que onde há humanidade existirá agressividade, logo, no contexto da relação médico-doente-familiar esta também se fará presente. Assim, ao

buscar o sentido da agressividade na experiência analítica, Lacan (1998a) constata sua presença por meio das variações presentes no discurso do sujeito, a saber:

> em suas suspensões, suas hesitações, suas inflexões e seus lapsos, nas inexatidões do relato, nas irregularidades da aplicação da regra, nos atrasos para as sessões, nas ausências premeditadas, muitas vezes nas recriminações, nas censuras, nas reações emocionais de cólera e nas demonstrações para fins intimidatórios (Lacan, 1998a, p. 106).

Para Lacan (1998a, p.107) a eficácia da intenção agressiva é constatada "na ação formadora de um indivíduo sobre as pessoas de sua dependência: a agressividade intencional corrói, mina, desagrega; ela castra; ela conduz à morte". Nesse sentido, o autor compartilha a concepção de que há uma agressividade que é inerente ao homem, e que se faz presente "no interior de cada uma das grandes fases determinadas na vida humana pelas metamorfoses libidinais cuja grande função a análise demonstrou: desmame, puberdade, maternidade".

Contudo, sobre o manejo clínico do analista diante da agressividade inerente a toda condição humana, Lacan (1998a, p. 110) assevera que "devemos pôr em jogo a agressividade do sujeito a nosso respeito, já que essas intenções compõem a transferência negativa que é o nó inaugural do drama analítico" e acrescenta que "o que procuramos evitar, através de nossa técnica, é que a intenção agressiva no paciente encontre o apoio de uma ideia atual de nossa pessoa". Nesse sentido, o pediatra precisa receber a intenção agressiva do paciente como não dirigida a ele diretamente e, qualquer ideia atual que passar pela sua cabeça, deve ser colocada entre parênteses exigindo uma reflexão antes de qualquer ação.

Um aspecto importante a ser, também, considerado é a existência de um aparente paradoxo vivido pelos profissionais de saúde, visto que, embora esta mãe seja uma agressora ela ainda precisa de tratamento. De acordo com Barbosa e Pegoraro (2008) "os próprios programas de prevenção solicitam que os agressores sejam denunciados e, ao mesmo tempo, [...] compreendidos" (p. 84). Esse aparente paroxo exige constante discussão por parte da equipe que o vivencia, no intuito de melhor se situarem em relação à participação, a atuação e a responsabilidade destes dentro do quadro que se impõe. Diagnosticar a SMP e conduzir o tratamento médico da criança (quando necessário) e o encaminhamento da mãe (psicoterapia, Conselho Tutelar, etc) são tarefas que podem levar algum tempo para serem concretizadas e complexas demais para os pediatras trabalharem sem a ajuda de outros profissionais da saúde.

Assim, num campo de improváveis circunstâncias com consequências reais como o é o da violência infantil, outros campos do saber podem ser agregados ao saber médico, visto

que, apesar dos objetos e lógicas diferentes, possuem os mesmos objetivos: a redução e/ou eliminação do mal-estar daquele que pede ajuda mesmo sem saber sobre e o quê está pedindo. É nesse sentido que, cada vez mais, psicólogos e psicanalistas que trabalham em instituições de saúde, compondo equipes multi e interdisciplinares, são solicitados e convocados pelo saber médico a fornecer pareceres e intervirem de forma eficaz nas diversas formas do adoecer. "Munidos de conceitos e teorias acerca do comportamento e motivações humanas, estes profissionais podem contribuir na identificação dessa síndrome e no tratamento dos envolvidos, seja a mãe abusadora ou o filho abusado" (Silva & Priszkulnik, 2013, p. 161), com vistas à apreensão do fenômeno em si, fazendo barreira ao abuso e possibilitando o devido tratamento dos envolvidos.

Contudo, mesmo para psicanalistas e psicólogos, o trabalho com a mãe cuja condição singular a SMP revela, não é tarefa fácil. Para Barbosa e Pegoraro (2008, p. 78), é necessário que o psicólogo (sem formação psicanalítica) que atua em instituição hospitalar possa lançar "um olhar diferenciado para a díade, o que significa que o psicólogo deve estar atento para todas as faces e nuances que a relação mãe/filho pode assumir". Tal recomendação revela que o exercício do 'olhar' enquanto aquele que 'vê para além do que é mostrado' não está dado a partir da formação acadêmica, mas que precisa ser construído por meio de um contínuo exercício de sustentação. O mesmo se aplica aos psicanalistas que, no exercício cotidiano, procuram escutar aquilo que está para além do dito, propriamente dito, ou seja, procuram alcançar aquilo que Lacan, (1998b) nomeou como sendo uma *fala plena* em detrimento de uma *fala vazia* que nada parece anunciar, a não ser o intuito do paciente de nada mudar de sua condição.

Sobre tais expressões, Lacan (1998b) explana a *fala vazia* como sendo aquela em que "o sujeito parece falar em vão de alguém que, mesmo lhe sendo semelhante a ponto de ele se enganar, nunca se aliará à assunção de seu desejo" (p. 255). No discurso vazio o curso que a fala percorre nada anuncia a respeito da implicação do sujeito com o seu sofrer. Sobre a *palavra plena*, Lacan (1953-1954) arremata como sendo aquela que "forma a verdade tal como ela se estabelece no reconhecimento de um pelo outro. [...] É a palavra que faz ato. Um dos sujeitos se encontra, depois, outro que não o que era antes" (p. 147). A palavra plena, por sua vez, possibilita ao sujeito que a anuncia, acessar um saber que até então não se sabia (porque era inconsciente). É, nesse sentido, que a formulação freudiana destaca que "o que desejamos ouvir de nosso paciente não é apenas o que [ele] sabe e esconde de outras pessoas; ele deve dizer-nos também o que *não* sabe [...] mesmo que lhe seja *desagradável* dizê-lo" ou

ainda “que lhe pareça *sem importância* ou realmente *absurdo*” [grifo do autor] (Freud, 1937-1939, p. 188-9).

Desse modo, escutar o discurso que lhe é proferido, exige do analista o domínio de uma técnica apurada e um posicionamento subjetivo que não é necessariamente adquirido por meio de leituras e aulas. Antes se faz necessário, por parte de quem se propõe a escutar a partir da lógica freudiana, especialmente quando exercida no interior de uma instituição cujos atravessamentos inexistem na privacidade (quase solitária) do consultório, o estabelecimento de um movimento outro, a saber, a análise pessoal: uma recomendação freudiana impossível de ser negligenciada sem incorrer em importantes prejuízos na direção do tratamento (Freud, 1911-1913b). Um dos prejuízos destacados por Lacan (1998b), quando o analista faz desvios às recomendações técnicas de Freud, ou quando não as interpreta à maneira do autor, é a possibilidade do analista ceder à tentação de

> abandonar os efeitos da fala, justamente em campos em que sua utilização, por confinar com o inefável, exigiria mais do que nunca seu exame: a saber, a pedagogia materna, a ajuda samaritana e a mestria/dominação dialética. Torna-se grande o perigo quando, além disso, ele [o analista] abandona sua linguagem, em benefício de linguagens já instituídas das quais ele conhece pouco as compensações que elas oferecem à ignorância (p. 244).

Assim, não caberia ao analista, que atuante em uma instituição hospitalar, diante da mãe que perpetua a SMP se posicionar a partir de outro discurso que não fosse o da Psicanálise, ou seja, dizer à mãe o que ela deve fazer, e dizer a partir de uma ética do bem (que visa acima de tudo ajudar o próximo), se posicionando como aquele que tudo sabe sobre o paciente a que ele se dirige, não é uma prática que resultará em efeitos na fala de quem a anuncia (nesse caso, da mãe). No entanto, a complexidade apresentada no caso da SMP, sobretudo referente aos apelos transferenciais que esta mãe dirige à figura do médico, pode ser um convite ao analista para sair de sua posição: um cenário difícil de manejar mesmo para um profissional da área psi.

Além disso vale a pena observar, como destacado por Barbosa e Pegoraro (2008), que nem todos os profissionais da área psi estão aptos a trabalhar com situações de violência infantil. Tal assertiva nos aponta para uma necessidade que vai além do tempo de exercício clínico, mas que abrange, sobretudo, uma disposição clínica do profissional para tal atuação pois, como bem pontuado por Neves (2007), “o que escuto se torna conhecimento se eu puder apreender seu conteúdo e inseri-lo num sistema de relações. Assim sendo, [o que escuto] está sujeito aos limites impostos pela condição humana” (p. 01).

Barbosa e Pegoraro (2008) afirmaram que, para atuar em casos que envolvam violência infantil, é imprescindível que o profissional psi possa

> ser capaz de ouvir os profissionais de outras disciplinas, estar apto a tolerar um pouco de dependência inicial dos pais, apresentar conduta de não-julgamento, ser cauteloso quanto às suas expectativas em termos dos pais, e mostrar-se satisfeito com o progresso terapêutico atingido, já que as mudanças nas famílias abusivas são muito pequenas e levam bastante tempo para se efetivarem, e ser capaz de dispender uma parte de seu tempo com a família e estar disponível (p. 84-5).

A complexidade envolvida nos casos de violência infantil e vivenciada por uma equipe de saúde que lida com casos desse gênero é ampla e inapreensível, sobretudo porque não existe uma razão única que explique ou que nomeie e dê sentido aos casos de violência da mãe contra o filho. Além disso, longe de fornecer qualquer tipo de gratificação narcísica ao profissional que com ela se depara, visto que os resultados não revelam melhora do quadro, ela ainda pode fazer emergir no profissional, seja ele do campo médico ou psi, reações afetivas até então desconhecidas que dizem mais a respeito a seu posicionamento subjetivo do que técnico em si.

4. EXTRATO AUTO BIOGRÁFICO.

Indo para clínicas públicas, vítima da síndrome de Munchhausen por procuração,
durante a minha vida inteira me fez acreditar que eu estava doente,
quando na verdade eu não estava...

Eminem (Rapper e compositor)
Canção: *I'm sorry mama*.

A pesquisa bibliográfica sobre a SMP fornece dados sobre a atuação do perpetrador, as hipóteses levantadas até o momento que podem vislumbrar uma explicação para o fenômeno, as suposições clínicas sobre a psicodinâmica do perpetrador, entre outros, mas, o testemunho da criança que sofre é encontrado em relatos autobiográficos. Esses relatos podem conter dados distorcidos ou dados imaginados pelo (a) autor (a), já que são relatos da vivência pessoal e escritos tempos depois, mas, mesmo assim, configuram-se em ricos relatos e fontes de reflexões acerca desse quadro ainda pouco conhecido.

Nesse sentido, dentre os relatos autobiográficos da experiência como vítima da SMP, publicados na literatura especializada, tem-se o de Julie Gregory como o mais completo e inquietante. Em sua obra intitulada *Eu não sou doente: a verdadeira história de uma vítima da síndrome de Munchausen por procuração,* Gregory (2004) compartilha a vivência com a síndrome em foro íntimo.

Nos primeiros capítulos de sua obra a autora nos presenteia com dados de sua infância, desde o nascimento:

> Fui concebida no ventre frágil de uma mãe doente, que ficava sem comer e me fazia passar fome. Na ocasião do meu nascimento, ela estava muito anêmica e cega com toxemia, resultante, segundo ela, de uma alta pressão sanguínea que cortava a circulação para os olhos. Vim ao mundo prematura, com aproximadamente 1,6 kg, um pequeno passarinho embrionário, transluzente, e quando me deram uma palmada nem sequer chorei. Acharam que eu estava morta [...]. Dali em diante, minha saúde ficou sempre oscilando precariamente nas margens de uma existência do tipo 'Vamos descobrir qual é a raiz do problema dessa menina' (Gregory, 2004 p.19).

Desde então, iniciou-se sua história de complexas e intermináveis sintomatologias. Da infância a adolescência, marcadas por idas e vindas a hospitais, Gregory vive uma verdadeira peregrinação sustentada pela busca de diagnóstico e tratamento para os males que recorrentemente se instalavam em seu corpo frágil e desconhecido. Sua mãe convencia os

médicos a realizarem exames invasivos e desnecessários, sempre utilizando como sustentáculo do discurso a necessidade da descoberta do que chamava de ‘raiz do problema de sua filha’.

> ‘Olhe, droga, esta menina está doente, certo? É só olhar para ela. E eu juro por Deus que se ela vier a morrer em meus braços porque vocês não conseguiram encontrar o que há de errado com ela, vou processá-los por cada centavo que lhes paguei’. Mamãe fechava a cara, semicerrava os olhos e pequenas bolhinhas brancas de saliva apareciam no canto inferior de seus lábios sempre que ela ficava nervosa. Sua voz perseguia qualquer médico que dissesse que não podia ser feito mais nenhum exame, acompanhava-o pelo corredor, cortava o silêncio do *hall*. ‘Jesus Cristo’ ela silvava, retornando à sala de exames ‘não posso acreditar nesse filho da puta incompetente’. ‘Não se preocupe mamãe. Está tudo bem. Nós vamos encontrar um outro médico’. Era assim que eu a tranquilizava, dizendo a ela que simplesmente não desistiríamos. ‘Olhe, eu estou tentando ajudá-la a resolver seu problema, sacrificando minha vida para encontrar que diabos há de errado com você. Então pare de estragar tudo agindo como se tudo estivesse normal. Mostre a eles como você é doente e vamos chegar às raízes do seu problema, tá certo?’ Assim sendo, quando mamãe insistia para que fosse feito um outro exame e eles se negavam a fazê-lo, bem, então saíamos e tentávamos achar alguém que fosse competente. (Gregory, 2004, p. 20).

Em sua narrativa a autora expõe de forma ampla parte do movimento de sua mãe, digo parte porque é a narrativa de uma filha sobre a própria mãe e esse olhar ao mesmo tempo em que é amplo, por se tratar de uma relação íntima, é também restrito em virtude da complexidade essencial que envolve a relação entre mãe e filha. É um olhar parcial, visto que nem tudo nessa relação é acessível por meio de palavras.

Nesse sentido, Gregory apresenta sua mãe como uma mulher cuja infância também foi marcada por uma mãe agressora e por um pai que ignorava a família. A complexidade existente nesse núcleo familiar foi construída também pela complexidade de seus antecessores: Sua bisavó materna pertencia a uma família cujos membros “dormiam com os próprios irmãos e irmãs, gerando filhos estrábicos como prova disso”. Sua avó materna, numa certa frequência, deixava sua única filha, ainda muito pequena, no porão escuro com “homens que faziam coisas terríveis com ela”. Sua mãe aos 17 anos foi obrigada a se casar com um homem de 50 anos, dono de um show de atrações circenses apresentado nos limites da cidade que veio a falecer quando esta constava com 26 anos de idade:

> Ela ficou com os cavalos e com as contas, uma hipoteca sobre o novo rancho e um monte de acessórios de equitação [...]. E, apesar de soar como um casamento arranjado no inferno, ela o amava. Ele a havia tratado melhor do que qualquer homem

> que ela já tinha conhecido, ainda que essa comparação levasse em conta somente o fato de que ele nunca havia batido nela. (p. 45)

Sem o esposo, sem dinheiro e sem emprego esta jovem conhece num posto de gasolina e escolhe como marido e pai de seus filhos um jovem rapaz de 19 anos de idade, dispensado da guerra do Vietnã, que ficou internado num hospital psiquiátrico de veteranos de guerra com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide (Gregory, 2004).

Sobre seu pai, Gregory (2004) pontua que ele só era convocado por sua mãe quando "sua participação era de suma importância para uma manifestação de apoio paterno no hospital". A autora localiza seu pai como sendo uma figura que "não ouvia nada. Não via nada. Não tinha opinião". Era a partir de uma aparente fragilidade e instabilidade emocional que sua mãe se relacionava com esse pai: ela conseguia manipulá-lo e convencê-lo das coisas mais absurdas possíveis, e este mesmo sendo relativamente carinhoso, quando envenenado pelas palavras desta mãe doente, dirigia atos de insuportável violência à filha.

Conforme o relato de Gregory, o discurso apresentado por sua mãe tinha a marca de uma mulher sofrida, que se doava aos filhos e só recebia em troca ingratidão, que era explorada, que dava conta de tudo sozinha porque tinha um marido ausente e imprestável. E quando este discurso não era suficiente para marcar esse lugar, ela partia para as mentiras e intrigas que acabavam em violentos atos: ora do pai que, convencido pela esposa, dirigia à filha castigos verbais e físicos, ora da mãe que apresentava convincentes tentativas de suicídio que levavam a autora a desesperadas tentativas de retirar das mãos desta a arma usada como meio para tal façanha.

Suas primeiras lembranças de problemas médicos datam quando tinha três anos de idade e foi morar próximo a sua avó. Uma mulher conhecida pelas autoridades da cidade como uma senhora que rotineiramente provocava pequenas colisões no trânsito. De acordo com a autora "ela nunca foi parar no hospital nem nunca se machucou de verdade; ela provocava os acidentes para conversar com as pessoas" (Gregory, 2004).

A relação da autora com sua avó é descrita como uma relação tranquila desde que a autora cedesse aos impulsos e exigências desta. Para exemplificar ela descreve que quando a avó lhe oferecia alguma guloseima esta jamais poderia ser recusada e que após mordiscar qualquer mistura que era por sua avó colocada a sua frente, esta questionava: "Você está se sentindo bem, querida? Você parece um pouco pálida! Estou preocupada, você parece tão doente... Você está muito doente, vamos esperar sua mãe chegar para irmos ao hospital". Após a chegada de seus pais, seu pai se recolhia em frente à TV e sua mãe explodia de

maneira frenética pegando coisas para levar para o hospital para a possibilidade da necessidade de internação. No estacionamento, enquanto sua avó se preparava para sair do carro, sua mãe precavia: "Agora, querida, preciso que você mostre ao médico como você estava se sentindo mal em casa, está bem? Não quero que ele a mande de volta para casa se estiver com uma lâmina cortante dentro de sua barriga" (Gregory, 2004).

As orientações da mãe dirigidas à autora de como se comportar diante dos médicos são recorrentes no seu relato:

> Como é que você age quando está doente, Julie? Mostre para mim [...]. É isso aí. Agora o que você acha que o médico vai dizer se ele entrar aqui e vir você sentada retinha e sorrindo? Você acha que ele vai acreditar em mim quando eu disser que você está doente? Você tem que mostrar a ele como você fica mal quando está fora do consultório médico. Precisamos ir até a raiz desse problema, assim a mamãe poderá descansar um pouco. (p. 60)

A autora descreve as consultas médicas como momentos tensos cujo desejo era fugir: "Então, a senhora está dizendo que a Julie vem tendo febre acompanhada de algumas dores de garganta" questiona o pediatra. "Sim. Ela chegou a ficar com 38.5º, mas normalmente fica sempre abaixo disso, e está com essas, hum... não sei como a gente pode chamar... dores de cabeça eu suponho, não é mesmo Julie?". O que é confirmado com um gesto com a cabeça de forma temerosa, conforme o relato da autora. "A senhora acha que elas podem estar relacionadas com algum alimento que ela está comendo, Srª Gregory?" questiona o pediatra no decorrer da consulta. "Pode me chamar de Sandy, Doutor. Bom, eu tento fazê-la comer, mas ela é tão enjoada que não vem comendo nada [...]. E quando come dá náuseas", responde de forma a buscar uma relação mais próxima com o médico que segue com sua anamnese: "A náusea é com dores de cabeça?", ela responde: "Não sei. Julie, a náusea é com dor de cabeça?", nesse momento a autora relata como sendo um momento tenso porque não sabe o que deve responder, se sente confusa e se questiona "o que é exatamente uma dor de cabeça? É quando meus olhos estão doendo? É quando sinto tontura no ônibus? Fico pensando, tentando imaginar a resposta correta", e ao responder que não sabe, relata que sua mãe fica extremamente nervosa, dizendo com desgosto:

> Por Deus, Julie, nós a temos visto doente e você me contou no carro que teve dores de cabeça a semana inteira. Lembra-se de quando você teve enjoo no carro? – Ela se volta de novo para o médico – Sinto muito, doutor, não sei o que há de errado com ela para fazer isso comigo. Tem de haver alguma coisa errada com essa menina que não consegue nem se lembrar de como estava doente ontem. Julie, pare de gastar o

> tempo do homem e diga a ele o que está acontecendo com você. Agora estou falando sério (p. 78).

Diante da cena exposta, a autora dizia como era a dor e o pediatra fechava a consulta: "Parece uma enxaqueca. Por que não damos a ela uma amostra de Ergostat, Sandy? E na semana que vem você pode retornar aqui para vermos como está fazendo efeito". Satisfeita sua mãe respondia em tom amável "Muito obrigada, doutor".

Segundo Gregory (2004), rotineiramente sua mãe levantava uma série de informações médicas e, em seguida, a conduzia para hospitais. No percurso sua mãe a precavia, de forma ameaçadora, da necessidade de parecer-se doente, e ela, por sua vez, sucumbia à demanda materna na tentativa de não perder seu amor, considerado como indispensável para sua sobrevivência. Conforme relato da autora, durante toda sua infância e adolescência, sua mãe exerceu sob ela um poder sustentado pela culpa e pelo medo da perda do amor materno.

Na adolescência, quando não morava mais com sua mãe, a autora decide fazer um curso de psicologia e descobre a existência da SMP, atordoada ela busca meios para elaborar a dura realidade: todas as cirurgias e procedimentos médicos invasivos e dolorosos foram em vão! Não existia a raiz do problema que tanto buscavam! Seu corpo fora talhado, espicaçado e devassado sem nenhuma necessidade, "em relação aos médicos, eles simplesmente faziam os exames, nunca questionaram nada".

O momento da descoberta da SMP, e os que se seguem a este fato, são vividos pela autora de forma muito sofrida e ao buscar uma psicoterapia, a autora relata que, na maioria das vezes, não se sente como uma cliente, mas como uma educadora que está pagando para ensinar a terapeuta sobre a SMP.

Cinco anos após a publicação de sua referida obra, Gregory publica seu novo livro *My Father's Keeper* e em entrevista concedida ao jornal Folha de São Paulo (Mota, 2009), aborda outros aspectos, descritos a seguir, a respeito da sua vivência e da sua perspectiva sobre a SMP:

> ***FOLHA - Além de ter sido vítima de SMP, você vivenciou uma infância com pais violentos, como conta em seus livros. De que maneira conseguiu sobreviver a isso?***
> JULIE GREGORY - É o que as crianças fazem, elas sobrevivem. Algumas delas são afetadas de modo tão grave que se veem limitadas em seu potencial quando se tornam adultas. Podem, por exemplo, desenvolver dependência química ou eleger outras pessoas violentas para continuar a ser abusadas por elas. No meu caso, acho que consegui superar meu passado para fazer o que faço agora, ajudar as pessoas e, espero, contribuir para o fim de abusos como os sofridos pelas vítimas de Munchausen por procuração.

FOLHA – "My Father's Keeper" mostra uma vida condicionada pelo problema psiquiátrico de seu pai. Você crê que isso tenha ajudado no aparecimento da SMP em sua família?
GREGORY - Se um de seus pais é absolutamente problemático, o outro é quase ou tão problemático quanto, ao decidir ficar com ele. O fato de meu pai ter seus próprios problemas com a realidade, por conta da esquizofrenia paranoide, facilitou para minha mãe apagar seus vestígios e afastar os questionamentos que apareciam quando meu pai lhe indagava por que todas as crianças da casa estavam doentes.

FOLHA - Você dá consultoria e ajuda às vítimas de SMP. Qual a maior dificuldade para combatê-la?
GREGORY - Não há nenhum órgão que centralize o número de casos de SMP, então não há números precisos sobre sua ocorrência. O que se sabe é que, por causa da dificuldade em flagrar os abusadores, estima-se que esse tipo de crime aconteça com frequência muito maior do que se imagina. Hoje, não há como rastrear o abusador. Se um hospital não fizer um exame invasivo ou uma cirurgia, ele pode ir a outro na mesma rua e conseguir o que deseja. Essa falta de cruzamento de informações conspira a favor do perpetrador da SMP. Seria fantástico se os hospitais pudessem ter um banco de dados de casos suspeitos do abuso e outras instituições de saúde pudessem ver a história dos pacientes. As instituições locais de defesa da criança muitas vezes não têm meios para identificar um abusador astuto. Se eles conseguem enganar um médico, eles podem enganar um agente de proteção infantil, certo? São muito bons manipuladores. Outro fator importante é ajudar as pessoas a entender que algumas mulheres são psicopatas. Elas já o eram antes de ter seus filhos, e isso não muda com a maternidade. Se elas encontram um marido passivo, o caminho fica livre para esse tipo de abuso.

5. MÉTODO

O método da presente pesquisa foi o método qualitativo, com entrevistas semi-dirigidas de questões abertas. Segundo Turato (2010), a escolha pelo método decorre do tipo de pergunta formulada, sendo, então considerado, o método qualitativo o mais adequado para a investigação das questões desta pesquisa.

Foi realizada, num primeiro momento, uma Pesquisa Bibliográfica. A revisão bibliográfica compreendeu os casos descritos na literatura especializada sobre a SMP, no período de 1977, ano de sua primeira descrição, até 2013, com o intuito de melhor localizar os avanços na compreensão da síndrome e obter informações que pudessem nortear o projeto de pesquisa. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados Scielo, Lilacs, BVS, utilizando os seguintes descritores: síndrome de Munchhausen por procuração; violência doméstica; maus-tratos infantis; Psicanálise; Freud.

Num segundo momento, foi feito a pesquisa de campo. Foram realizadas 09 (nove) entrevistas com médicos pediatras que atuam na Enfermaria de Especialidades do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr HCFMUSP), sendo estes divididos em 2 (dois) grupos de acordo com o percurso e experiência no trato e na prática da profissão, são eles: R2 (médicos que cursam o 2º ano de residência, portanto acabaram de sair da faculdade) e assistentes (médicos com experiência e percurso já consolidados com maior vivência junto a prática profissional). Desse modo, foram realizadas seis entrevistas com R2 e 03 (três) com médicos assistentes, que já atuam na área há 30 anos em média. No momento da transcrição dos resultados, utilizamos nomes fictícios a fim de não fornecer dados que pudessem permitir a identificação dos participantes.

Foram entrevistas semi-dirigidas que, de acordo com Turato (2010), além de serem um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, que facilita, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo tanto da pessoa do entrevistado quanto do entrevistador, também permite que a direção possa ser dada alternadamente: pelo entrevistador, em alguns momentos mas, com uma flexibilidade que permita também ao entrevistado assumir o comando. Isto ocorre segundo uma ordem livre de temas particulares que o informante vai associando ao assunto geral proposto pelo pesquisador.

Para nortear as entrevistas foram utilizadas três questões disparadoras: 1º) Você conhece a síndrome?; 2º) Quais indicadores chamam a atenção na identificação desta

síndrome? e 3º) Para você, o que se pode fazer diante da síndrome de Munchhausen por procuração? Durante as entrevistas, as respostas foram gravadas para posterior transcrição e análise, sendo que, estas gravações, foram inutilizadas ao final do processo. Os dados obtidos nas entrevistas serão utilizados somente para esta pesquisa.

No início da execução da pesquisa de campo não se sabia quantos participantes seriam entrevistados, contudo, durante a fase de coleta de dados e após a realização de nove (09) entrevistas, consideramos suficiente o material, visto que as questões a que este estudo se dedica já haviam sido respondidas e, sobretudo, percebeu-se que a cada nova entrevista, tinha-se uma repetição nas respostas. Segundo Turato (2010), na pesquisa qualitativa a quantidade de sujeitos só é conhecida no final, visto que a contribuição essencial deste tipo de pesquisa está na profundidade da reflexão permitida pelos dados coletados. Assim, o número de sujeitos fica estabelecido quando as respostas de novos sujeitos passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo.

5.1 Objetivos

5.1.1 Objetivo geral

Identificar quais os sentidos e significados atribuídos pelos médicos pediatras à Síndrome de Munchhausen por Procuração e os desdobramentos dela na prática médica.

5.1.2 Objetivos específicos

a. Identificar o manejo que a equipe médica tem diante da suspeita da SMP;
b. Identificar as possibilidades de encaminhamento frente a este tipo de violência infantil.

5.2 Caracterização da instituição onde a pesquisa foi realizada[9]

O Instituto da Criança (ICr) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi inaugurado em 1976 para atender pacientes de 0 a 19 anos de idade, de todo o Brasil e América Latina, com doenças de alta complexidade por meio de 21 especialidades médicas e uma equipe multidisciplinar formada por psicólogos, psicanalistas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e educadores. Além de atender o Sistema Único de Saúde (SUS), o ICr recebe pacientes da Assistência Médica Suplementar em todas as especialidades, incluindo assistência ambulatorial, internação clínica e cirúrgica.

No tocante a infra-estrutura, conta com dois hospitais: o ICr (o Instituto da Criança) e o Itaci (Instituto de Tratamento do Câncer Infantil). Este último fornece à população serviços de onco-hematologia, incluindo transplantes de células hematopoiéticas (Carneiro-Sampaio, 2013, p. 29).

Com uma área construída de 13.037,00 m², o ICr abriga dois prédios, sendo o principal, com 7 andares e o mais recente (inaugurado em 2001) com 5 andares. Neles funcionam o Pronto-Socorro, UTI Pediátrica, Hospital-Dia, enfermaria de Especialidades I, Especialidade II - internação, a UCINE - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, salas de endoscopia e a Cirurgia Infantil.

Ao todo são 240 leitos hospitalares, e de acordo com a Drª Magda Maria Sales Carneiro-Sampaio, presidente do Conselho Diretor do Depto. de Pediatria da FMUSP (sediado no ICr) desde março de 2009, em entrevista cedida à FAPESP, são realizadas "cerca de 8 mil atendimentos por mês no ambulatório e no pronto-socorro, majoritariamente de doenças crônicas graves, complexas e raras" e uma média de "200 cirurgias por mês, destacando-se os transplantes hepáticos, renais e cirurgias de malformações congênitas" (Carneiro-Sampaio, 2013, p. 29).

A instituição conta com projetos inovadores e pioneiros que, em virtude da importância e benefícios que trazem à população, podem ser revertidos em projetos de Lei (Carneiro-Sampaio, 2013). Seu interesse pela pesquisa com vistas à melhoria da Saúde Pública, bem como a preocupação com a formação de novos médicos e a presença de uma equipe multidisciplinar fazem, do ICr uma instituição de saúde referenciada em todo o país.

[9] Fonte: Site oficial do ICrHC-FMUSP: http://icr.usp.br/

O interesse genuíno pelas questões que atravessam a infância é propulsor para o desenvolvimento de práticas inovadoras, ainda que estas venham de antigas práticas médicas que ficaram de lado ao longo do tempo com a chegada da tecnologia que, embora sempre bem vinda, não deve ser excludente. Nesse sentido, Carneiro-Sampaio, (2013) descreve o projeto "Diagnóstico amigo da Criança", cujo intuito é reduzir o impacto negativo dos procedimentos diagnósticos na criança, "recomendando aos médicos atenção redobrada nos exames clínicos e físicos dos pacientes em vez da habitual longa lista de testes laboratoriais" (p. 26). Sua relevância é tamanha já que possibilitou ao ICr reduzir o desperdício de sangue coletado em bebês, para a realização de exames laboratoriais, em até 90%. Segundo os idealizadores do projeto, "o volume de sangue a ser coletado é determinado pelo tipo de análise, independentemente, da idade e do peso do paciente" (p. 28), no entanto, essa prática em bebês pode fazer uma grande diferença na evolução clínica da criança. Sabe-se que "alguns hospitais diferenciados já usam esse sistema, mas os hospitais gerais que têm pediatria ainda não" (p. 28). O projeto ainda discute o uso precoce e repetitivo de tomografias realizadas em bebês, apontando para os malefícios da radiação na criança em longo prazo. Segundo Carneiro-Sampaio (2013), "uma tomografia só deve ser solicitada para uma criança em uma situação excepcional, dada a enorme quantidade de radiação necessária para a geração das imagens" (p.28), logo, seu intuito é poder "lembrar os médicos de que a radiação é perigosa, que não dá para expor demais o paciente, que se pode tirar menos sangue para as análises realmente necessárias, entre outras medidas" (p. 29). Desse modo, podemos concluir que o princípio do projeto "é que os médicos resgatem a importância da clínica" (p. 28).

Tais aspectos podem dar ao leitor uma visão, ainda que parcial, do tipo de instituição que o ICr se propõe a representar: sua estrutura física e operacional, suas preocupações clínicas e políticas e o lugar a que se propõe reservar ao paciente e sua família que a ela recorrem. Desse modo, foi a esta instituição que recorremos para a realização da nossa pesquisa.

5.3 Análise dos dados

Os dados obtidos receberam um tratamento que pode ser apresentado a partir de algumas etapas:

1. Leitura do material: após a transcrição das fitas, ocorreu a etapa das leituras flutuantes para a impregnação do discurso. Nesta etapa, buscamos apenas entrar em contato com o material, conhecê-lo e, para isso, lemos e relemos os textos várias vezes;
2. Categorização dos elementos constitutivos de um conjunto: classificamos o material em categorias (e subcategorias) a partir da repetição ou relevância do tema. A lista das categorias constituiu os dados brutos que necessitavam de análise crítica;
3. Interpretação e discussão do material: a partir das categorias criadas, buscamos correlacioná-las com as contribuições de estudiosos do tema em questão. Nesta etapa de análise dos resultados interpretamos os dados sob o vértice da psicanálise, utilizando alguns conceitos e termos, presentes na obras de Freud e Lacan, como transferência, contratransferência, castração, ego ideal, palavra plena e fala vazia, narcisismo, atenção flutuante, pulsão de vida e pulsão de morte, amnésia infantil, agressividade, entre outros.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de apresentar os resultados e a discussão, convém ressaltar uma experiência que considero importante: Ao entrar no hospital, enquanto aguardava no *hall* do elevador, deparei-me com uma matéria afixada no mural cujo título era *Médicos que não querem conversa*. Escrita pelo Dr. Luiz Roberto Londres, 71 anos, médico e mestre em filosofia, e publicada no jornal Folha de São Paulo em 09/09/12[10], o texto trazia a seguinte afirmativa: "A anamnese, conversa inicial com o paciente, está em desuso, mesmo permitindo até 90% dos diagnósticos. No meu tempo, os exames eram para confirmação". Afixada no mural informativo, num espaço no qual as pessoas obrigatoriamente aguardam, esta informação trazia um apelo: resgatem a conversa, perdida em meio à tecnologia, pois nela podem estar as respostas para muitas perguntas. Imbuída dessa advertência, subi para o 3º andar para con-versar, nesse sentido: estudar, examinar junto aos pediatras a temática a que este estudo se propõe.

Passemos, então, para os resultados e respectiva discussão.

6.1 A Pediatria: uma escolha

Pedro de Alcântara Machado, pediatra (1901-1979) e fundador da unidade de pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (unidade fundada em 1981, cujo nome - Instituto da Criança "Professor Doutor Pedro de Alcântara" - traz uma homenagem a seu idealizador), assim define:

> A Pediatria não é apenas uma atividade médica em seu sentido habitual. Ela é também, senão sobretudo, um 'estado de espírito', que assegura a permanência dos esforços a favor da criança e que tem como alicerce o amor a ela, não o amor que se exprime em prosa e verso, mas que se exterioriza em ação (Alcantara, 1979, p. 189).

Desse modo, para abrir o diálogo proposto, foi perguntado aos entrevistados a respeito dos aspectos que nortearam a escolha da Pediatria como área de atuação e estes afirmaram que foram determinantes nesta escolha:

[10] Fonte: http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/1150563-tendenciasdebates-medicos-que-nao-querem-conversa.shtml - Acessado em 08 de novembro de 2012.

1) A afinidade com o público infantil: *Era uma coisa que me atraía mais com relação às outras especialidades, eu gostava mais de lidar... Eu tinha mais facilidade de lidar com crianças do que com adultos*, diz Ana (48 anos); Para Débora (29 anos): *Eu sempre gostei, não sei, eu prestei vestibular pensando em fazer pediatria, não em fazer medicina. Eu gosto bastante de criança, tenho muito mais paciência com criança do que com idoso, não sei, uma afinidade assim, gosto bastante.* Para Júlia (27 anos) a escolha da Pediatria se deu a partir da identificação que tinha e tem com o público infantil: *Eu me identificava com as crianças, acho elas bonitinhas.*

2) A possibilidade de ver o paciente como um todo também se constituiu como um fator determinante de escolha para muitos dos entrevistados. Carlos (55 anos) afirmou: *Porque eu gosto de atendimento não localizado no paciente, eu gosto de ver o paciente como um todo e a Pediatria era uma das especialidades que me oferecia isso.* Para Thaís (27 anos): *Porque era uma especialidade que eu pensava em continuar sendo um médico generalista, assim você conseguir ver todas as doenças, tratar o paciente como um todo, mais do que as outras especialidades em que você acaba de especializando e vendo menos o paciente como um todo.*

3) A chance de acompanhar o desenvolvimento da criança: *Gostei de ter esse contato, de tá ali, de ver as crianças melhorando, [...] vê crescendo, vê se desenvolvendo, e [...] de ter esse contato com as crianças doentes que ficam boas*, disse Sara, 27 anos, anunciando em seu relato uma possível expectativa de final feliz – "ficam boas".

4) Para Betânia (25 anos), a relação estabelecida entre a tríade médico, criança e mãe revelou-se como um importante aspecto no momento da escolha: *A possibilidade de acompanhar, [...] de ter um vínculo mais forte; acho que a mãe e a criança têm um vínculo mais forte com o pediatra do que o adulto tem com o clínico. [Além disso] é uma área que te da à possibilidade de ver o todo e também o específico.*

5) Sandra (26 anos) ainda destaca as possibilidades de intervenção: "*dá pra gente mudar a vida da criança"* nesse sentido, o profissional lhe confere um lugar ativo de mudança da realidade da criança. O mesmo ocorreu com João (61 anos): *Você pode*

influenciar um pouco no desenvolvimento neuropsicomotor, na qualidade de vida [da criança], mais associado à clínica. Tal percepção é também apontada por outros entrevistados como sendo um dos atrativos da disciplina.

Nesse sentido, os entrevistados destacaram a afinidade com o público infantil, a possibilidade de ver o paciente como um todo e ainda poder acompanhá-lo ao longo de seu desenvolvimento, e as possibilidades de intervenção junto à realidade da criança com o intuito de melhorar sua qualidade de vida, como os principais aspectos que determinaram a Pediatria como melhor opção. Tais aspectos nos remetem à concepção de Alcantara (1978), sobre a Pediatria, quando este postula que tal especialidade "tem como condição de existência e validade o amor à criança, o interesse por seu bem-estar presente e futuro, o prazer de sua presença e na sua contemplação, o dom de se afligir por seus sofrimentos" (p. 6).

As respostas construídas pelos participantes do estudo, bem como a concepção supracitada que confere a Pediatria existência e validade, podem estar atravessadas pelos ideais de profissão atribuídos por aqueles que a exercem. São aspectos que, ao se aproximarem daquilo que foi determinado como sendo ideal, pode até minimizar as dificuldades inerentes à prática. Para Alcantara (1978, p. 6), os atributos conferidos à Pediatria, baseados no amor, no interesse e no desejo do bem-estar da criança "vitalizam o pensamento e a ação do pediatra e lhes atenuam os obstáculos".

As atenuações possíveis vislumbradas pelos atributos indicados pelo autor, podem ser exemplificadas na fala de Sandra (26 anos), quando esta afirma que sua escolha pela Pediatria também se deu por considerar que esta é exercidade num *"ambiente alegre".*

A ciência também é atravessa por um ideal: a aspiração de curar as dores e o sofrimento dos homens. Um ideal que encontra infindáveis obstáculos na prática clínica (Bertoldi, 2011, p. 33). Há também o ideal de Medicina e, logo de médico, atribuído pelo paciente: alguns acreditam "que o 'médico ideal' é aquele amigo, bem humorado, presente, disponível para ouvi-lo e que transmita segurança a eles"; e, pelo próprio profissional que o vivencia: os médicos "acreditam que o paciente espera um médico sério, responsável e com pleno domínio técnico da situação" (Sebastiani & Maia, 2005, p. 52).

São ideais, muitos deles irrespondíveis, mas que circundam o imaginário de alguns dos personagens envolvidos na cena: seja ele médico, estudante de medicina, profissional de outro campo do saber, paciente, familiar, etc. E que podem configurar em sérias dificuldades quando se tratar da SMP, visto que esta põe em cheque diversos ideais previamente concebidos.

6.2 Os pais no tratamento infantil

Ao ampliarmos o olhar acerca da referida disciplina, e suas vicissitudes, encontraremos diversos aspectos relacionados a sua prática que conferem a ela um importante grau de complexidade, a saber: os pais e a violência infantil.

Sobre a presença dos pais no atendimento das crianças, os entrevistados destacaram os seguintes aspectos:

1) Certa distinção entre os pais atendidos no consultório particular e os atendidos nos hospital público. Ana (48 anos) diz: *No consultório [...] a consulta é geralmente mais eletiva, é de puericultura. São pacientes sem patologia na verdade. E aqui [no hospital] a gente lida com pacientes extremamente graves. São pacientes oncológicos, com alguma doença de base geralmente, então é diferente o relacionamento com essa família, com relação ao que a gente vê no consultório*.

2) A ausência ou a presença da patologia de maior gravidade parece dar um sentido outro à relação médico-família. Sobre os casos atendidos no hospital, logo, de maior gravidade, Ana (48 anos) nos revela: *Acho que talvez eu me sinta mais útil e mais confortável lidando com os pacientes daqui, do que com os do consultório [...]. Eu acho que é diferente [a relação com os pais das crianças que estão internadas no hospital], talvez melhor eu acho... Porque efetivamente você está fazendo alguma coisa pelo paciente [...]. E a maneira como a família te vê é um pouco diferente.* Pacientes graves, médicos que se sentem úteis ao ajudá-los e, por consequência, o estabelecimento de uma boa relação entre o profissional e a família: um encontro que configura uma relação que parece fazer jus à escolha da profissão. Uma relação que remete ao ideal.

3) Para que o tratamento possa acontecer a relação dos pais com o pediatra e o manejo desta, realizado pelo médico, se apresentam como fundamental. Betânia (25 anos) afirma: *Eu acho que é fundamental a relação dos pais com o pediatra, é fundamental! [...] Têm pais que vão demandar mais, têm pais que confiam mais, outros que [...]*

duvidam um pouco mais, mas acho que a gente tem que aprender a lidar com perfis diferentes.

No entanto, esta nem sempre é uma tarefa de fácil execução. A relação entre pais e filhos pode assumir diversas facetas e tratar um dos sujeitos que compõem esta relação pode trazer à tona aspectos singulares do grupo familiar.

De acordo com Priszkulnik (1995, p. 101-2), a presença dos pais no tratamento de crianças é um tema discutido por diversos psicanalistas. Uma das questões que se coloca a partir dessa prática clínica é se o analista deve ou não incluir os pais no tratamento da criança, uma questão que, na verdade, se apresenta como um falso problema visto que, seja no "discurso da criança, ou surgindo realmente na frente do analista, eles sempre aparecerão". Além disso, a "aceitação da presença deles, numa situação da realidade, colabora no trabalho com a criança e, muitas vezes, é o que dá condições de se chegar ao término da análise da criança".

Embora a presença dos pais seja um aspecto inerente ao atendimento infantil, sabemos que ela não é livre de repercussões: muitas vezes é regida por questões aparentemente inacessíveis à metodologia proposta pelo saber médico, ou seja, os pais podem se relacionar com o corpo clínico a partir de uma carga emocional mobilizada pela doença e seus desdobramentos, pela história pessoal dos próprios pais enquanto pais e casal, pelos ideais imaginários dos pais em relação à criança e seu tratamento, e, como consequência, podem dirigir demandas à equipe que, numa primeira leitura, fogem ao contexto proposto. Nesse sentido, os pais podem, sem se darem conta, assumir posturas que facilitam ou dificultam a busca da cura. E, assim, são percebidos: *Eles [os pais] são sempre os mais difíceis na relação com nosso paciente. Acho que a relação do pediatra com a criança é muito mais fácil do que com os pais. Os pais [...] carregam toda aquela carga emocional e psicológica e, às vezes, acabam descontando coisas em cima do profissional [...]. Isso é complexo,* disse Ana (48 anos).

Nesse estudo, a fala dos entrevistados ainda revela outro sentido: o de parceria entre profissional e pais. Esta ideia é postulada na fala de Sandra (26 anos) ao demarcar que *"a maioria das vezes os pais estão do nosso lado"*. A existência de um lado, implica na existência de um lado oposto, configurando-se então em dois lados: A e B. Tal oposição sugere que há uma posição adotada pelos profissionais de saúde que na maioria dos casos é compartilhada pelos pais, ou seja, profissionais e pais na maioria das vezes dividem as mesmas aspirações, intenções e interesses no que diz respeito ao tratamento da criança, no

entanto, já enunciada pela característica opositora dos lados, há situações em que se presentifica um equívoco nas direções, isto é, profissionais e pais não parecem caminhar na mesma direção, ambos se encontram em caminhos e com desejos opostos. Enquanto um quer tratar e reestabelecer a condição de saúde do paciente, o outro quer erigir a doença e manter a condição patológica da criança: eis um grande e perigoso equívoco, balizado pela busca da cura e do bem estar (sustentado pela ciência) em contraposição a um padrão de comportamento (apresentado pelo agressor no caso da SMP) que, apesar de ser pouco compreendido, sabe-se que é silenciosamente atuante.

A partir de ideia de lado, podemos passar a concepção de lugar: na fala de Ana (48 anos) a gravidade comum aos pacientes hospitalizados confere ao pediatra, que atua no hospital, um lugar diante da criança, sua doença e sua família, diferente do que ele ocupa no consultório a partir da puericultura. A gravidade dos quadros clínicos não apenas exige mais do pediatra e sua técnica, como também parece ser reconhecida como um apelo a um maior envolvimento do profissional com a problemática ali imposta, nesse sentido marca o sentimento de utilidade, daquilo que realmente faz a diferença. Ao se perceber e cogitar que o investimento dirigido à reabilitação da criança não é compartilhado pelos pais, e no caso da SMP na maioria das vezes não é compartilhado pela mãe, e ainda prejudicado por ela, todo o envolvimento incialmente construído pode configurar-se em uma forma proporcionalmente oposta dirigida a essa mulher que estranhamente parece desejar algo que inicialmente é inimaginável.

Sabe-se desde Freud (1914-1916) que a atitude afetuosa dos pais para com os filhos é "uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo" (p. 97), há muito abandonado. O narcisismo dos pais renascido no filho é fruto do que foi estabelecido no ego ideal, aquele que conserva o sentido de perfeição. Assim, o que os pais "projetam diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal" (p. 101). Nesse sentido, a criança é marcada pelo desejo dos pais e ocupa um lugar no imaginário deles, mesmo antes de vir ao mundo. Tal lugar, desconhecido pela criança e muitas vezes pelos próprios pais, dará a estes uma referência do que vem a ser uma relação ideal e uma concepção de criança e de adulto que respondam ao sentido da perfeição. Nesse sentido,

> a construção desse ideal de criança mostra a implicação das concepções do adulto em relação à criança. Assim, pensar sobre a criança implica necessariamente o adulto com suas concepções ou com seus preconceitos em relação a ela. Ao construir um ideal

> para a criança, o adulto não se dá conta que acaba construindo um ideal de adulto (Priszkulnik, 2013, p. 138).

Esse movimento de atribuição também pode ser experimentado pelo pediatra ao construir um ideal de criança-paciente e/ou de mãe-cuidadora que remeta às suas próprias concepções em relação a elas (Priszkulnik, 2013, p. 139). Acreditamos que estar atento a esses possíveis ideais pode vir a ser um facilitador para o pediatra no momento em que este lida com os pais no atendimento e no tratamento da criança. Fazer uma distinção entre o real e o ideal pode vir a permitir que o profissional acesse o que de fato se apresenta a ele em sua clínica diária.

6.3 A violência infantil no contexto da Pediatria

De acordo com a fala dos entrevistados a presença dos casos de violência infantil nos atendimentos em regime hospitalar vem aumentando progressivamente, o que corrobora com o exposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), sobre o crescente número de crianças e adolescentes que chegam à rede pública de saúde como vítimas de violência. Um indesejável fenômeno que insiste em se impor no cotidiano clínico e que é sentido pelos entrevistados como algo que está muito mais próximo do que eles podem, muitas vezes, imaginar: *A gente tem cada vez mais visto casos de abuso físico, sexual, psicológico... É cada vez mais frequente, infelizmente,* declara Ana (48 anos). Júlia (27 anos) diz: *Eu acho que é uma coisa muito comum, mais comum do que a gente pensa, do que a gente até consegue diagnosticar.*

Em consequência da realidade imposta e, na tentativa de alertar os futuros pediatras sobre a SMP, de acordo com Ana (48 anos) a temática é discutida já na graduação: *Durante a graduação a gente, cada vez mais, prepara os alunos a enxergarem esses sinais.* João (61 anos) nos garante que na residência pediátrica, constantemente, são realizadas aulas com explanação de protocolos do passo a passo a ser feito quando detectado sinais de violência infantil: *[Nessa] aula ele [o professor] da toda a orientação, todo o cronograma de como se portar, de quando você pensa no diagnóstico e a conduta*. A utilização de protocolos além de organizar as ideias ajustando o atendimento médico ao tempo que se tem, também pode auxiliar o profissional no que diz respeito a como conduzir a coleta de informações (referentes aos aspectos orgânicos, psíquicos ou sociais). Nesse sentido, podemos supor que diante da

insegurança do não saber todo, sobretudo no início da profissão, recorrer ao saber escrito pode ser uma saída eficaz. Freud (1911-1913b, p. 128-7), contudo, recomenda que o médico esteja mais livre em sua escuta e menos preocupado em anotar, para que sua atenção flutue sobre a fala do sujeito e dela possa extrair mais do que dados precisos, ou seja, escutar suas incoerências, suas discrepâncias e, quem sabe, a fundamentação de seus atos.

O tema 'atenção aos sinais de risco' foi espontaneamente trazido por 06 dos 09 entrevistados. Foram feitas referências à necessidade de se manterem cotidianamente atentos à questão. Alguns entrevistados (03/06) revelaram se sentirem mais atentos aos sinais de risco, tal qual pontuado por Sandra (26 anos): *Eu sinto que hoje o médico tá mais atento para essas questões [...]. A gente sempre levanta isso como uma hipótese [...], é [um assunto] sempre discutido, não é um tabu que nunca é falado,* ou ainda como sinalizado por Débora (29 anos): *A gente tem que tá [sic] sempre esperto pra diagnosticar isso*. Outros, no entanto, assumiram que não dão tanta atenção aos sinais que podem denunciar a presença de violência doméstica contra a criança, visto que, por serem novos de profissão estão mais focados nos sinais de doença física. Thaís (27 anos) nos diz: *Eu acho que é bem comum, acho que é subdiagnosticado, acho que a gente não tem a visão de cada... É que a gente tem pouco tempo de médico, só dois anos, mas às vezes a gente acaba é... Ficando... Não sei, eu pelo menos vejo que eu fico menos, que a gente fica menos atento em relação a isso, lógico fora os casos muito evidentes, acho que de resto a gente não dá tanta atenção a isso [...]. Em ambiente de emergência, enfermaria, eu vejo que pelo menos eu sou, não fico tão atenta em relação a esses riscos [...]. Não sei se a gente fica mais focada em relação à doença e esses problemas assim, deixa essa parte um pouco de lado*.

Quando a suspeita é levantada, a criança é internada para investigação, uma medida preventiva diante da incoerência entre o exame clínico e a história relatada pelos pais: *Habitualmente a gente acaba internando essa criança para poder investigar e ver se aquilo que você pensou é real ou não, às vezes é... até a gente exagera por outro lado, você acha que é alguma coisa relacionada ao abuso, não sei, aí você interna e você acaba vendo durante a internação que não era nada daquilo"*, contudo *"é melhor que aconteça isso, do que você deixar passar uma criança que depois vai acabar chegando aqui com um péssimo estado geral, como já aconteceu – a criança chega morta",* assegura Ana (48 anos).

Para que se possa ver, contudo, antes é necessário olhar, mesmo que o ver implique em revoltar-se diante do que foi visto, como colocado por Débora (29 anos), ao descrever: "*Acho que é bem difícil, é uma situação que revolta um pouco a gente.* ***Eu acho que é muito difícil*** *quando você pega, principalmente em pronto socorro****, quando você desconfia****, é*

revoltante. É uma pessoa indefesa! Que... Como que pode ter qualquer tipo de violência com criança, assim, não dá pra... Não sei, na minha cabeça não dá pra admitir isso!" [grifo nosso].

Ao se deparar com o que é posto pela violência infantil, fica o vazio inquietante da dúvida manifestada pelo: *"Como pode?"*. Nesse sentido, o ver e o olhar passam não apenas por uma condição técnica, mas também e, sobretudo, por uma possibilidade subjetiva de olhar, de se aproximar. A fala de Júlia (27 anos), nos convida a refletir sobre tal questão. Embora concorde que a incidência da violência infantil seja cada vez maior, pontua: "*É uma coisa que a gente pensa pouco, quando a gente vê um paciente [...]. Acho que a gente pensa pouco, mas é uma coisa muito comum, a gente vê bastante, na vida profissional"*.

O ver também pode estar ligado ao contexto imposto pelo movimento da instituição. Alguns iniciantes na profissão revelaram que em suas experiências anteriores com a prática médica, a questão da violência infantil não se impôs nem foi experienciada com a mesma frequência com a qual passaram a ver no ICr. Nesse sentido, não se pode negligenciar o fato do ICr ser um hospital de referência para outras unidades hospitalares do país, logo, suscetível a encaminhamentos diversos sobre as problemáticas que permeiam a infância, contudo, percebe-se um diferencial que merece atenção: a presença de um grupo experiente que está atento às questões da violência infantil transmite aos novos a necessidade de um novo olhar para tais fenômenos comuns, mas difíceis de serem notados. Nesse sentido, fica a questão se a atenção dirigida à questão da violência infantil, presente no ICr, é uma característica comum própria de instituições que atendem o público infantil ou se é uma singularidade desta instituição em virtude da equipe profissional nela constituída.

Ana (48 anos), nos esclarece: *"cada vez mais a gente tem visto pacientes que sofrem de violência, abuso, porque na verdade a gente também tá mais atento a alguns sintomas"*. Logo, há uma relação entre o que é apresentado e o que pode ser visto, ou seja, a problemática é posta, mas se faz necessário um movimento daquele que a recebe de poder ver, de estar atento que no seu sentido estrito se remete a cuidadoso, atencioso, mesmo dentro de um contexto invariavelmente caótico com prevalência do emergente, do urgente.

No tocante ao contato com a SMP todos os entrevistados afirmaram que em algum momento da prática ou atenderam algum paciente ou estiveram em uma equipe cujo diagnóstico foi cogitado. Destes nove (09) entrevistados, cinco (05) afirmaram que já atenderam casos cujo diagnóstico de SMP foi confirmado pela equipe multidisciplinar e seguido dos desdobramentos jurídicos comuns a estes casos.

6.4 Um saber teórico e prático sobre a SMP: sentidos e significados.

Dar sentido e significado remete o interlocutor a uma elaboração conceitual e também afetiva acerca do tema. O saber construído sobre a SMP a partir da prática extrapola os pontos referidos pela literatura especializada, e é sobre esse saber que vamos nos debruçar agora.

A SMP foi caracterizada pelos participantes como uma doença psiquiátrica, em que há a fabricação de um quadro clínico, cujo objetivo é obter algum tipo de ganho. Sobre o 'ganho' houve uma discordância entre os entrevistados: alguns assimilam a síndrome como se caracterizando pela ausência de ganhos econômicos, como destacado por Carlos (55 anos): *"O abusador não tem nenhuma vantagem, ele não retira nenhuma vantagem econômica, ou judicial [...]. Mães que tentam de alguma forma obter algum recurso, [algum tipo] de ajuda por intermédio de seu filho para sustentar a família, isso não é SMP, isso é uma forma outra de maus tratos"* ratificando o que diz a literatura (Schreier , 1992; Meadow, 1995; Beard, 2007; Kannai, 2009; Rosenberg, 2003; Schreier e Libow, 1993 apud Lazenbatt & Taylor, 2011); outros participantes porém entendem que o conforto do hospital ou ainda o ganho de passagens e hospedagem, por exemplo, podem ser os atrativos para a perpetuação da síndrome: *"Na maioria [dos casos] a mãe quer algum benefício em si, seja financeiro, seja tá aqui num lugar que é um pouco mais confortável que na casa dela"* diz João (61 anos); outros ainda acreditam que a criança também obtém ganhos, como afirma Sandra (26 anos): *"A criança, pelos cuidados médicos tem, algum ganho, seja um ganho de internação, seja um ganho de atenção",* sugerindo uma superposição dos sujeitos: vítima e agressor, isto é, criança e mãe.

Essa discordância apresentada pelos participantes faz jus à complexidade da SMP, que para muitos é inexplicável. O que ganha a mãe ao infringir sofrimento no filho? Eis um aspecto dessa categoria nosográfica de difícil alcance e entendimento. Difícil alcance porque como apontado por Miller (2008), não há muitos registros de falas do sujeito que fabrica, simula ou induz os sintomas na criança, sobre o que o leva a tal atuação. E de difícil compreensão porque na falta da fala do agressor fica uma lacuna, um vazio que o saber científico, em busca de respostas que possam preencher esse vazio do não saber, constrói a partir da leitura dos atos das mães e das consequências provenientes destes atos nas crianças, vítimas da agressão. Como conclusão, tem-se a obtenção da atenção como fator motivador para a perpetuação do abuso.

Ao localizar a SMP na categoria de violência infantil, os entrevistados destacam a condição da criança: *"Ela [a criança] acaba sendo invadida, acaba perdendo tempo de escola, de lazer pra ir atrás de uma coisa que na verdade não existe"* diz Débora (29 anos), e também do agressor: *"É uma condição extremamente perversa para a criança e para o abusador também, porque ele é um doente mental. Todos precisam ser tratados, a criança resguardada, protegida e o abusador tratado"*, destaca Carlos (55 anos).

Sobre a crença ou descrença na existência do diagnóstico, tal como levantado por Klepper *et al.* (2008), bem como sobre a subnotificação que circunda esse cenário (Abdulhamid & Siegel, 2008; Fujiwara et al. 2008b; Davis, 2009; Squires & Squires Jr, 2010; Sugandhan et al. 2010), identificamos que entre os participantes desse estudo não há dúvidas quanto à existência da SMP e em relação ao seu estado de subnotificação. Nesse sentido, Sandra (26 anos) afirma: *"Eu acho que é uma coisa que existe e que muitos [casos] são sub-diagnosticados".*

Dentre os temas espontaneamente levantados pelos entrevistados, que se propuseram a revelar os sentidos e os significados que atribuem à síndrome em questão, **a mãe perpetradora** foi o tema mais explorado por eles. As características da mãe, a dificuldade de se relacionar com ela e os ecos suscitados em si pela descoberta do abuso foram os aspectos que compuseram o tema em questão.

Dentre as características da mãe perpetradora, os entrevistados destacaram: *"A mãe simula as situações e sabe muito sobre a doença, sobre os problemas e tratamento, para uma criança que, na verdade, é uma criança saudável"* afirma Sandra (26 anos). *"A criança não tem aquela doença, mas elas simulam, dão alguma medicação, fazem alguma lesão de pele, alguma coisa assim. Elas criam na criança uma coisa que a criança não tem"* completa Júlia (27 anos). *"Geralmente são mães que têm algum conhecimento médico: psicólogas, enfermeiras que acabam tendo conhecimento dos termos técnicos e são geralmente são pessoas muito agradáveis que passam uma sensação que cuidam muito bem da criança, mas não é nada disso, elas tão [sic] ocultando uma coisa muito horrível [...]. Ela tá [sic] querendo sempre te agradar, ela vem te chamar o tempo inteiro, quer mostrar pra você que ela é uma mãe super-atenciosa, que ela tá cuidando do bebê o tempo inteiro, é uma mãe muito simpática, não sei, você percebe que tem alguma coisa estranha. É uma pessoa extremamente doente do ponto de vista psicológico que quer atenção de uma forma desesperada"* destaca Ana (48 anos). Para Débora (29 anos) *"[São mães muito] convincentes e bem espertas".*

Para Ana (48 anos) estas mães têm um discurso característico de cobrança e denúncia de suposta ineficácia dos médicos anteriores, peregrinam de hospital em hospital e, como posto pela literatura especializada (Malatack et al., 2006; Abdulhamid & Siegel, 2008) quando sentem seu segredo ameaçado ficam agressivas: *Geralmente a mãe já vem com essa coisa 'Ah já passei em vários lugares e ninguém descobre o que o coitadinho do meu filho tem e não sei o quê'. E normalmente vão [sic] em vários hospitais, ficam rodando de um lado para o outro, vai num hospital e as pessoas começam a se ligar que aquilo não é real [então] ela cai fora, vai pra outro e começa toda a investigação de novo e vai pra outro".*

Sobre a mãe, Carlos (55 anos) assegura que *"é uma pessoa que pratica barbaridades. Um exemplo recente que nós temos aqui internada no hospital: a mãe injeta insulina no filho, traz grandes situações de gravidade, traz problemas importantes de saúde, a criança entra em coma, convulsiona, pode ficar com sequelas importantes e sem um motivo algum, é uma condição não explicável".* E continua: *"Isso é a rigor uma... uma calamidade! Porque aquela pessoa que deveria ser a protetora da criança, no fundo é uma agressora, uma destruidora de caráter de formação da criança, então... É uma situação assim extremamente... O quê? O termo correto é difícil, mas desagradável, desapontadora, uma situação extremamente ruim. **Alguém** precisa quebrar esse ciclo da violência. Mas eu confesso que não é, quando a gente faz o diagnóstico a gente fica contente por ter feito o diagnóstico, mas triste pela condição em si. Principalmente pela criança"* [grifo do autor].

Diante do exposto os entrevistados afirmam que, após levantadas as suspeitas e durante o período de confirmação do quadro, relacionar-se com a mãe é algo bastante difícil: *"Esse contato com a fam... com a mãe especialmente é muito complicado, é irritante! Sinceramente, porque você acaba se envolvendo, não tem como [não se envolver]. A relação com essa mãe é dificílima. E à medida que as coisas vão se confirmando, na verdade, você começa a sentir raiva dessa pessoa. Muito complicado [lidar com isso]. É muito complicado. Porque aí você acaba também bloquean... assim sua relação com ela acaba sendo cortada na medida em que aquilo se confirma, então você acaba sendo bem evasiva,"* diz Ana (48 anos), constatando o revelado por Gueller (2009) quando descreve a reação dos médicos perante os casos que "contrariam o amor materno" (p. 278).

Como apontado por Abdulhamid & Siegel (2008), Jennens (2009), Clin, *et al.* (2009), Tamay *et al.* (2007) e Kannai (2009), tudo parece ser ainda mais difícil em virtude da simbologia que circunda a figura mãe: alguém que protege e cuida. Nesse sentido, Betânia (25 anos), nos esclarece: *"A gente nunca espera que a mãe tenha essa, [silêncio] essa capacidade assim, digamos, esse desejo de fazer isso. A gente sempre espera um cuidado da mãe".* A

situação imposta pela SMP é um convite a pensar o, até então, impensável, ou seja, é como se a mãe boa e a mãe má fossem duas entidades separadas e jamais vividas pela mesma pessoa. Desse modo, de acordo com Bettelheim (2002, p. 70-3), ao lançar um olhar nos contos de fadas a partir dessa perspectiva, identifica que a 'mãe', termo comumente usado no sentido de "protetora toda-dadivosa", pode se transformar na cruel madrasta quando sua conduta apresenta sinais de maldade não concebíveis ao símbolo 'mãe'. Os termos mãe e madrasta assumem a "divisão de uma pessoa em duas, para manter a boa imagem sem contaminação. Com este expediente, todas as contradições são subitamente resolvidas", visto que "a fantasia da madrasta malvada preserva a imagem da mãe boa". O próprio termo 'madrasta' foi originado "de uma forma depreciativa, ressentida – de *mater*, (mãe). *Matrasta* seria assim, desde a formação do vocábulo, um arremedo grotesco de *mater*" (Veja, 2013).

Embora o termo mãe e madrasta sejam respectivamente separados pelo pressuposto de que uma seja boa e a outra má, se faz necessário pontuar que, conforme descrito anteriormente por Martins (2010), no coeficiente de mortalidade infantil em virtude de violência doméstica, calculado no mundo todo, estima-se que 38,9% dos maus-tratos tenham sido perpetrados por mães biológicas contra apenas 3,4% praticados por madrastas. A lógica que se opera, tanto da etimologia do termo como no lugar reservado pelo imaginário social para a figura da madrasta, parece não revelar-se nos números que traduzem a violência doméstica contra crianças pelo mundo a fora.

Sara (27 anos) ressalta: *"É muito difícil. Eu acho difícil porque eu tenho essa tendência a achar que aquela pessoa, [silêncio] não é possível a pessoa que faz [isso]. Mas o... Mas... Não sei... Eu acho que tem uma dificuldade, se você acha que é, vai gerando uma antipatia com... Com a pessoa, então acho que... Que isso é um pouco difícil, essa antipatia que vai gerando com os pais e que eles... Enfim. É difícil! Acho difícil de lidar! É difícil!"*corroborando com o que revela a literatura especializada sobre a concepção social da maternidade (Kempe, 1971; Badinter, 1985 e Barbosa & Pegoraro, 2008).

Nesse quadro de difícil nomeação, uma condição singular é imposta ao médico: não basta identificar, é preciso intervir, fazer barra ao movimento do agressor, considerando as necessidades físicas e psíquicas da criança. Uma condição que se revela de difícil alcance como posto por Sandra (26 anos): *"Eu acho complicado, mais do que chegar eu acho mais difícil você intervir – como manter essa criança dentro do ambiente dela doméstico de uma forma saudável?".* A dificuldade na intervenção, bem como o fato da clínica médica pediátrica depender, de certa forma, da história contada pelos pais (Meadow, 1977) pode dar ao profissional de saúde notícias de sua inevitável condição de impotência frente à

complexidade da natureza humana. Assim, Betânia (25 anos) nos esclarece: *"É difícil porque a gente depende ou da criança trazer isso [a situação de violência] ou de algum familiar perceber, [e é] uma coisa que nem sempre acontece. [O médico] acaba dependendo do olhar de um terceiro"*.

Nesse sentido, o cenário composto pela SMP pode ser traduzido a partir dos elementos que o compõem:

A. A **mãe** (símbolo social importante – que pode evocar o sentido de cuidadora) descreve um conjunto de possíveis sintomas;
B. A alguém – o **médico** (comprometido afetivamente e tecnicamente à busca da cura e do ato de cuidar) que desconhece o histórico da **criança** (que também é um símbolo social que pode evocar a necessidade de ser cuidado e protegido);
C. De uma **doença** (perigo eminente).
D. Resultando em **exames e procedimentos médicos**, ou seja, um quadro se impõe e a resolução parece ser a investigação de patologias na criança – gerando a invasão apontada anteriormente por Débora (29 anos) que nos esclarece: *"Porque na maioria das vezes elas [as mães] têm argumentos pra convencer e pra falar que aquilo é verdade. Geralmente não são queixas totalmente absurdas e infundadas, é alguma coisa que pode acontecer mesmo, então, acho que aí você vê a criança uma vez cê [sic] acaba investigando tudo e procurando e acaba acontecendo de colher tudo de novo, de... De tipo acabar invadindo a criança. Porque qualquer procedimento você acaba invadindo. É... [silêncio] Ah... Eu acho que é complicado, mas se a mãe chega pela primeira vez falando que o filho, que nem esse que tava [sic] sangrando, você vai acabar colhendo exame, colhendo coágulos e vendo como tá hemograma pra ver se não tá anêmico por perda de sangue, acho que você acaba fazendo o bem, pensando no bem do paciente, porque acaba sendo sem querer assim digamos".*

Além disso, o atendimento médico de crianças possui uma característica que difere do atendimento de adultos. A criança quando doente pode apresentar uma importante labilidade que, se não tratada, pode rapidamente se configurar num quadro de urgência pediátrica. Nesse sentido, Alcantara esclarece:

> A criança, na totalidade de seus atributos orgânicos e psíquicos, tem um caráter unitário e global de ser e de reagir. Esta unidade é peculiar a todas as idades, e por isto

> somos um "organismo" e não um "ajuntamento de órgãos". O que distingue a criança do adulto é a muitíssimo maior intensidade desse fenômeno na criança e que vai se atenuando com o desenvolvimento. O adulto pode adoecer por doença que acometa apenas, e moderadamente, um ou alguns de seus aparelhos ou sistemas biológicos. A criança, não. A estímulos ainda que aparentemente moderados, a criança pode reagir, e não raramente reage de modo global, com prejuízo da totalidade, ou quase, de seu conjunto organopsíquico (1979, p. 184).

Débora (29 anos) ainda acredita que no hospital em que se encontra (ICr-HC), mesmo sendo um hospital referenciado, este quadro não deve ocorrer porque as crianças já são naturalmente muito doentes, nesse sentido sugere que a gravidade da criança inibe a ação da perpetradora, tal qual posto em sua fala: *"É... Aqui eu acho que é bem difícil porque... É que aqui as crianças são bem doentes, geralmente. Então não sei se os pais ainda tem essa de querer inventar mais coisas, acho que aqui a incidência é um pouco menor, não sei, nesses pacientes aqui dessa enfermaria".*

6.5 Critérios de identificação: como a equipe reconhece a SMP.

Como apresentado por Klepper *et al.* (2008) e Griffiths (2010), diagnosticar a SMP não é uma tarefa fácil. De acordo com Carlos (55 anos), para diagnosticá-la dois pontos são essenciais: *"Primeiro [ter] conhecimento – quem não conhece não vai fazer o diagnóstico – e [segundo] preocupação. Ele [o profissional] tem que tá pensando nisso sempre. Quando eu falo o profissional é a equipe. Então, para todas as doenças, precisa conhecer a doença, depois você precisa pensar na doença se não você nunca vai fazer o diagnóstico. [Esse é] o envolvimento [...], uma sensibilização pra essa forma de abuso".*

Para Sandra (26 anos) mais difícil que suspeitar é comprovar: *"Acho que é fácil de suspeitar dessa síndrome, mas muito difícil é a gente comprovar a existência dela, comprovar que aquilo que a mãe te conta não é necessariamente um sintoma real da criança".* Betânia (25 anos) corrobora: *"A confirmação é bem difícil. Tem mães que até [com a criança] internada conseguem fazer a manipulação".*

De acordo com Ana (48 anos) estabelecer o diagnóstico é *"extremamente difícil"*. Ela ainda ressalta que *"o que dificulta para quem é mais jovem é que eles se sentem seduzidos por essa mãe, do jeito que ela age, eles nunca vão falar que ela tá fazendo alguma coisa com a criança, porque ela é tão boazinha, tão assim: 'Ah imagina que ela vai fazer um negócio*

desse!'. Eu acho que eles se sentem enganados, acho que isso sim, isso dificultaria em alguns casos, dependendo da articulação dessa mãe, dificultaria fazer o diagnóstico". Desse modo, a entrevistada aponta para a existência de uma sabedoria prática adquirida com a experiência da profissão, o que corrobora com o destacado por Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009, p. 806), ao afirmarem que "a trajetória profissional pode ser um fator diferenciador" na prática da atenção médica visto que é a partir dela que uma "sabedoria prática" pode ser desenvolvida. Nesse sentido, a proposta de um espaço para troca de conhecimentos e experiências entre jovens profissionais e profissionais mais experientes (Canongia, 2013) pode resultar numa efetiva prática contra a perpetuação da violência infantil.

Júlia (27 anos) ratifica a ideia dos autores supracitados ao afirmar que: *"Não sei se eu pensaria nesse diagnóstico, porque eu acho que tem uma coisa meio de feeling, e talvez, agora, nesse exato momento eu não tivesse muito, pelo pouco tempo mesmo [de profissão]. Eu acho que com o tempo talvez eu tenha mais isso, mas... Não sei... Eu acho que também é uma tendência mais minha de achar que as pessoas são meio boas e que elas não vão fazer isso. Até essa paciente que era minha, eu sempre falava: 'Não! Eu acho que não! A mãe é tão presente, é tão boa'. E eu acho que é até um dos sinais né, aquela mãe preocupada, que sempre se mostra preocupada com tudo, que faz perguntas, que quer que a gente investigue cada vez mais. Acho que é uma dificuldade minha mesmo de pensar que talvez não seja bem assim, que tem o outro lado, que ela talvez não tenha o objetivo do bem estar do filho".*

A tendência revelada pela entrevistada pode sugerir a existência de certo padrão de funcionamento, no qual um diferente pensamento é sequer cogitado.

Para João (61 anos), que pratica a medicina há 37 anos, *"de um modo geral se o cara tá atento ele percebe, mas tem que tá atento na história, tem que ter uma história detalhada, porque a mãe sempre vai errar em alguma coisa ou exacerba muito a história, valoriza muito...".*

Durante o estudo, dentre hipóteses diagnósticas e diagnósticos fechados de SMP, foram descritos pelos participantes treze (13) casos clínicos. Não há um levantamento no instituto que traduza de forma precisa a incidência desse diagnóstico ao longo dos anos, contudo, segundo nossos entrevistados até o momento já foram atendidos um número considerável de casos, cuja SMP tenha sido cogitada ou confirmada. Carlos (55 anos) afirma: *"seguramente foram algumas dezenas".*

Dentre os casos descritos, cujo diagnóstico foi fechado, temos o relatado por Ana (48 anos): *"Uma criança que tinha uma diarreia importante, ela não ganhava peso, era uma bebezinha de 1 ano e meio, dois anos. A gente observava que ela tinha o quadro diarreico só*

de manhã e durante o dia não acontecia nada. Já tinha internações anteriores. A gente começou a suspeitar de Munchhausen. Toda a investigação laboratorial não invasiva foi feita, porque para você dizer que é SMP você tem que descartar todas as causas orgânicas. [Então conseguimos] fazer com que essa mãe não visitasse a criança durante uma semana e, durante uma semana, a criança não teve diarreia e ganhou muito peso, mais de um quilo. Ela [a mãe] dava uma substância irritativa para a criança e a criança tinha diarreia, com isso ela tinha a atenção pra ela, para a criança". Ana (48 anos) continua: *"Um outro caso que a gente teve, a mãe vinha com uma história que a criança tinha hematura, que ela tinha sangramento na urina, que era uma coisa frequente. A gente colhia hemograma, nunca caia a hemoglobina e assim, se essa criança tinha tanto sangramento ela tinha que tá com anemia, essa criança não tinha [anemia]. A gente investigou tudo, se ela tinha distúrbio de coagulação, tudo, tudo, e todos os exames sempre vinham normais, até que a gente descobriu, é nojento isso, ela... Quando essa mãe ficava menstruada ela colocava aquele sangue na fralda do bebê para dizer que era hematura [silêncio]... Essa incompatibilidade, quer dizer, essa mãe te traz uma queixa seria, uma coisa super grave, uma criança pequena sangrando o tempo inteiro, você faz ultrassom, você faz... tudo, tudo, tudo normal, a criança bem, comendo bem, tem alguma coisa errada nisso".*

O terceiro caso relatado por Ana (48 anos) foi de intoxicação. Ela prossegue: *"Eu lembro de uma história, são várias histórias, de uma mãe que vinha do interior de SP, ela tinha um filho que de repente entrava em coma, ela vinha pra cá toda vez e aí começou o outro [filho] a ter também esse quadro. Os dois chegavam comatosos aqui e isso era há um tempo atrás, ninguém imaginava, pensava em SMP, nem nada, e essa mãe conseguia ficar em hotel legal porque a prefeitura sabia, era uma cidade pequena, a prefeitura pagava avião para vir pra SP, hotel, estadia pra ficar aqui, ela dava entrevista na televisão de lá, porque os meninos tinham uma coisa que ninguém sabia o que era. Os meninos entravam em coma, dois meninos grandes, aí eles ficavam toda vez na UTI, investigavam, ninguém achava [nada] e um dia alguém resolveu colher o nível sérico de drogas que pudesse tá intoxicando a criança e aí foi encontrado fenobarbital. [...] Ela dava gardenal pras crianças em nível tóxico, eles entravam em estado meio comatoso, eram intubados..."*.

Thaís (27 anos) descreveu um caso de *"intoxicação exógena por carbamazepina*[11]*, amitriptilina*[12]*, benzodiazepínico*[13] *e cocaína* cuja suspeita de SMP foi confirmada: *"Essa*

[11] Classe terapêutica: antiepiléptico, neurotrópico e agente psicotrópico.
Fonte: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp
[12] Antidepressivo tricíclico.

criança chegou a ser intubada porque rebaixou, a mãe tinha provocado, ela criava sintomas pra fazer pensar que era uma outra doença e foi um caso desse ano aqui no Pronto Socorro. No fim fechou [o diagnóstico de SMP]. A mãe perdeu a guarda da criança, era uma mãe que era auxiliar de enfermagem do Complexo HC e a criança tinha sido intoxicada, e ela levava assim toda uma história, mas levava a crer, ela forjava uma febre, sintomas, ela fazia de um jeito que todo mundo raciocinasse que era uma encefalite e foram feitas todas as medidas, mas aí num ponto a gente pensou em talvez [fosse] intoxicação e aí os resultados vieram positivos, e eram vários medicamentos, tinham drogas, tinha cocaína também no meio e a gente descobriu que tinham usuários [de droga] na casa dela, e tudo foi sendo investigado e confirmado na enfermaria. A hipótese levantada no Pronto Socorro foi de intoxicação, a gente na verdade nem pensou muito que a mãe pudesse ter provocado, isso foi no desenrolar da história que a gente foi pensando". Após descrever o caso, Thaís (27 anos) completa: *"Talvez eu tenha já deixado passar, é uma coisa que eu não penso muito, não é um diagnóstico que eu levanto muito. Eu pelo menos não me atento tanto há alguns fatos, que levantam essa hipótese diagnóstica, quando tem uma criança que tem algum diagnóstico que a gente não sabe, ou a história é mais diferente".*

João (61 anos) enriquece nosso estudo com o seguinte caso: *"Uma mãe, do começo do ano, de Belém, passou com o filho em vários lugares, vários lugares, dizendo que seu filho tinha um problema pulmonar muito grande, e aí foi investigado em várias, vários lugares lá em Belém".* Segundo João, nas idas de um hospital para outro a mãe aprende informações, termos médicos, que serão utilizados com os profissionais que se seguirão: *"Ela aprende algumas coisas e então vai no outro médico e coloca algumas coisas que ela aprendeu".* Prossegue: *"Era uma mãe que queria achar um diagnóstico para a criança, então ela veio aqui e a gente fez uma série de exames. Ela [a criança] ficou internada e a gente mandou um relatório, devolvendo para Belém, dizendo que a criança não tinha realmente nenhum problema imunológico ou doença de base, nem respiratório, e que tava [sic] afastado fibrose cística. Ela [a mãe] pôs uma coisa branca, pegou a assinatura da médica e escreveu: 'Minha paciente, olha aqui o que aconteceu comigo, eu estava aqui, então agora vocês têm que ter pena de mim porque meu filho tem fibrose cística, eu vou voltar para o Belém, nunca ninguém descobriu aí, eu fui lá, fizeram uma reunião de médicos dizendo que meu filho tem*

---

[13] Agentes classificados como sedativo-hipnóticos. Agem sobre a ansiedade e tensão.
Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002624.PDF

essa doença crônica, vou precisar de ajuda porque meu filho precisa de pulmozyme[14]'. Só que tinha uma residente de Belém aqui que conversou com a médica da universidade e chegaram a ver isso no facebook, essa mulher [mãe] postou no facebook, e então foram tentar descobrir o por quê dessa carta, e aí perceberam que [na carta] às vezes tinha um carimbo pequeno, às vezes tinha um carimbo grande e percebeu [a fraude]. Foi feito o B.O. e tudo... Essa criança fez quatro ou cinco tomografias. Dependendo do tomógrafo, já significa que a criança tá praticamente recebendo a mesma radiação que tá em Hiroshima e Nagasaki. As pessoas nem sabem disso, mas se não for um tomógrafo adaptado pra criança, muitas vezes com contraste, cinco tomografias de tórax com contraste já significa o mesmo nível de radiação [existente em] Hiroshima e Nagasaki. Tomografia não é uma coisa benigna assim, e expõe a criança muitas vezes a esses riscos".

A discussão dos malefícios do uso de tomografias em crianças, em virtude da radiação a que são expostas é um dos temas do projeto "Diagnóstico amigo da Criança", anteriormente apresentado por Carneiro-Sampaio, (2013). Um dado encontrado na literatura especializada e corroborado em nossa pesquisa de campo, e que não representa a realidade da saúde no Brasil, visto que, conforme apontado pela referida Diretora, esta prática ainda não é exercida em todos os hospitais que possuem pediatria no país. Isso nos leva a pensar, sem ainda poder concluir, se nossos hospitais públicos espalhados por todo o país estão preparados para identificar de forma precoce e assertiva a SMP.

Outro caso relatado por João (61 anos) de suspeita de SMP, que estava em investigação na ocasião, é de uma criança de apenas sete (07) anos de idade, cujo histórico clínico relatado pela mãe é composto de duas kawasakis[15], duas meningites e dez pneumonias: *"Eu tô [sic] com uma criança aqui agora, a mãe conta história de duas kawasakis, duas meningites e dez pneumonias. [...] Já chegou muito mal, chegou hipotônica, tem essa história de às vezes perder o sentido, ficar muito prostrada, aí foi colhido o material, é a terceira vez que ela dá entrada aqui com esse histórico. [...] Foi colhido o material, ela tem no sangue um antidepressivo, desses tricíclicos, foi comprovado. Então... Essa história não tá batendo... quer dizer, pode ser que a criança tem, mas quem que deu pra ela esse tricíclico? Um antidepressivo? [A mãe não consegue dizer isso]. Nós pedimos a*

[14] Solução para inalação, indicada no tratamento de pacientes portadores de fibrose cística para reduzir a freqüência das infecções respiratórias e melhorar a função respiratória.
Fonte: http://www.bulas.med.br/bula/4745/pulmozyme.htm

[15] Vasculite aguda e multissistêmica que compromete vasos de médio calibre e pode provocar aneurismas, principalmente nas artérias coronárias. Urbano, L. M. F (2009). Doença de Kawasaki. An Bras Dermatol. 2009;84(4):317-31. Fonte: http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n4/v84n04a02.pdf

relação de remédios e ela não tem. A gente [tem] três casos de suspeita de Munchhausen aqui agora".

Após reconhecido as dificuldades que se impõem ao diagnóstico precoce e descrito alguns dos casos atendidos, com suspeita ou diagnóstico de SMP, os participantes descreveram quais são os principais indícios, ou sinais de alerta que os levam a considerar a SMP como possível diagnóstico. Para uma melhor exposição dos dados, agrupamos os referidos sinais clínicos em três categorias, de acordo com a similaridade apresentada entre eles, a saber: 1ª) Histórico clínico anterior da criança; 2ª) Características da mãe; 3ª) Quadro clínico atual da criança, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

Indícios considerados pela equipe como sinais de alerta para suspeita da SMP

CATEGORIAS	N	%
Histórico clínico anterior da criança	3	7%
Características da mãe	10	53%
Atual quadro clínico da criança	9	40%
TOTAL DE CITAÇÕES	**22**	**100%**

De acordo com Carlos (55 anos), os indícios que podem levar a suspeita da SMP "*são dados muito finos, que só quem tá [sic] vivendo e tá [sic] preocupado, envolvido, que vai captar"*. Nesse sentido, o levantamento da história clínica anterior da criança é considerado pelos participantes do estudo como uma importante fonte para o estabelecimento de um seguro diagnóstico. A esse respeito sinais como: 1) presença de um histórico de múltiplas internações; 2) presença de histórias confusas e floreadas e 3) criança que, no discurso da mãe, apresenta todos os sintomas, podem indicar a presença da síndrome, tal qual referido por Sandra (26 anos) ao conceituar a SMP: *"É uma crença em geral com múltiplas internações [...] ou muitas vindas ao médico cada vez com sintomas diferentes, em que a história é bastante confusa, bastante floreada e a criança apresenta todos os sintomas".*

Em relação à mãe, 53% dos sinais espontaneamente levantados pelos entrevistados referem-se à forma como a mãe se apresenta, ou seja, os aspectos considerados como característicos dessas mães. Mesmo sem compreender a base do comportamento materno, os

entrevistados apontam para a existência de um movimento que requer atenção. Ana (48 anos) arremata: *"Você percebe que tem alguma coisa estranha".* O Quadro 1 apresenta as características apontadas pela equipe.

Quadro 1

Características apresentadas pelas mães e consideradas pela equipe como sinais de alerta para suspeita da SMP

CARACTERÍSTICAS DA MÃE
Detém um saber médico
Apresenta-se ansiosa por buscar mais sintomas
Mostra-se extremamente preocupada
Estabelece um bom vínculo com o serviço, com a equipe médica
Busca constantemente o Pronto Socorro por motivos que nenhum médico pode constatar
Insiste pela realização de mais exames
Fica o tempo todo ao lado da criança, não se afastando em momento algum
Nunca aceita contestações da doença
Sempre apresenta queixas
Constantemente muda a história

De acordo com Sandra (26 anos) na SMP a "*mãe sabe muito e parece que procura outros problemas ao seu redor [...] com uma ansiedade [pela] procura de outros sintomas, de outras coisas, que parece que só vai aumentado e que nada vai melhorando a situação, geralmente [é] um familiar que tem muito bom vínculo com o serviço, muito bom vínculo com os médicos".* Débora (29 anos) diz que chama a atenção o fato *"da mãe procurar sempre o pronto socorro por coisas que não são constatadas por nenhum médico; (silêncio) acho que uma mãe que... meio que insiste em querer exames e querer investigação, exame de sangue, raio x, eu acho que pode ser algo a se pensar".* Para Carlos (55 anos) são sinais a: *"postura da mãe, [uma] mãe extremamente atenciosa, preocupada, sempre querendo mais exames. Mães que ficam o tempo todo com a criança, com o abusado, com a vítima. Sempre, sempre com queixas, nunca aceitando contestações a respeito da doença. [...] São situações que a gente vê que não é uma situação comum pros outros doentes".* Tais características também são apontadas pelos autores Abdulhamid & Siegel, (2008), Tamay *et al.* (2007) e Beard (2007).

A terceira categoria originada das respostas dos entrevistados refere-se ao atual quadro clínico apresentado pela criança, cuja sintomatologia não se encaixa em nenhuma classificação nosológica, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2
Indícios do atual quadro clínico apresentado pela criança e considerados pela equipe médica como sinais de alerta para suspeita da SMP

ATUAL QUADRO CLÍNICO DA CRIANÇA
Quadro difícil de controlar
Presença de sintomas que não se encaixam entre si, ou se encaixam em uma síndrome muito completa
Quadro inexplicável
Não consegue justificar a clínica com laboratório nem com o exame físico da criança
Na investigação nunca se comprova nada, mesmo com internações prolongadas
Presença de situações estranhas
Quando o médico chega a pensar: 'nunca vi um caso assim antes'
Ninguém consegue formular uma hipótese: os sintomas não sugerem nada
Sempre acontece quando não tem ninguém por perto além da mãe

Para Ana (48 anos), um sinal clássico de SMP é o fato de ocorrer uma clara *"incompatibilidade entre a clínica que a criança tem com o que a mãe traz".* E isso é ratificado pela maioria dos entrevistados. Nesse sentido, corrobora Carlos (55 anos): *"uma das características é [a presença] de situações em que você não consegue justificar a clínica com laboratório, com exame físico da criança. Então, uma das frases célebres é 'nunca vi um caso como esse'. Essa é uma situação que o médico tem que ficar atento porque são casos totalmente estranhos".*

De acordo com Betânia (25 anos), apesar da várias queixas da mãe *"na hora da investigação, nunca se comprova nada".* Júlia (27 anos) confirma: *"Ninguém consegue formular uma hipótese porque são sinais e sintomas que não casam, não tem uma doença que agrupe tudo. Você vê que não tá indo, todo mundo fica meio que com o pé atrás, ninguém sabe muito o que pensar".* Para Sara (27 anos) são *"coisas muito fora do padrão, aquelas crianças que não bate a história com o exame físico, [...] são histórias que mudam muito às vezes, o exame não bate, a clínica não bate, nada bate, não sugere nada, acho que faz você pensar que alguma coisa tá um pouco diferente, ou então sempre que acontece não tem ninguém vendo, era sempre aquele mesmo acompanhante, sempre que tem aquele sintoma na presença daquela pessoa acho que isso também sugere".*

Desse modo, os casos estranhos que se apresentam na clínica levam inicialmente a equipe a levantar várias hipóteses, todas no campo biológico. Pensar inicialmente num caso de agressão praticada pela mãe é algo que está fora da formação biomédica e, talvez até se configure em algo impensável.

6.6 Possibilidades de atuação: âmbito institucional e em Saúde Pública

Um quadro como o da SMP, difícil de suspeitar e de diagnosticar, exige uma ação daqueles que o recebe. Nesse sentido, pergunto o que pode ser feito diante desse quadro nos âmbitos institucional e de Saúde Pública. As respostas obtidas englobam algumas propostas de atuação e apontam para a existência de pontuais necessidades. Para melhor análise e exposição dos dados, as respostas foram agrupadas em três categorias de acordo com sua temática e similaridade, a saber: sobre a atuação profissional no atendimento clínico; no pós-atendimento clínico e no âmbito da Saúde Pública, tal qual exposto na Tabela 2.

Tabela 2

Possibilidades de atuação frente a SMP: propostas e necessidades

CATEGORIAS	N	%
No atendimento clínico	10	53%
No pós-atendimento clínico	3	16%
No âmbito da Saúde Pública	6	32%
TOTAL DE CITAÇÕES	**19**	**100%**

Entre os entrevistados é consenso que a primeira atuação que a equipe profissional pode ter diante da SMP é diagnosticando-a precocemente, tal qual posto por Carlos (55 anos): *"fazer o diagnóstico o mais rapidamente possível é uma tentativa de quebrar esse ciclo [de violência]".* Para alcançar o diagnóstico precoce e, assim, romper com o ciclo de violência alguns passos são necessários. Nesse sentido, o quadro 3 nos revela as possibilidades de atuação, identificadas pelos entrevistados, no manejo da SMP.

Quadro 3

Sobre a atuação profissional no atendimento clínico

ATUAÇÃO NO AMBIENTE CLÍNICO
Ficar mais atento
Levantar uma boa história com mãe
Estabelecer um bom vínculo com a família
Excluir causas orgânicas
Acompanhar o caso
Conversar com toda a família
Atuar em conjunto com equipe multiprofissional
Desenvolver e ministrar aulas para novos profissionais acerca do tema
Encaminhar a mãe para tratamento psicológico e psiquiátrico
Envolver o Conselho Tutelar

O manejo idealizado por Sandra (26 anos) refere-se a *"[levantar] uma boa história com a mãe e [estabelecer] um bom vínculo com essa família. Excluir outras causas desses sintomas, causas orgânicas, eu acho que é uma fonte de exclusão da síndrome".* Ao prosseguir algumas dúvidas parecem recorrer em seu pensamento, Sandra continua: *"E... Eu não sei, talvez conversar com o posto de saúde em que essa criança é acompanhada, talvez conversar com os familiares mais próximos que tem contato com essa família".*

Débora (29 anos) acrescenta: *"Eu acho que a mãe precisa de um acompanhamento psicológico, psiquiátrico, não sei. E algum outro cuidador precisa tá [sic] responsável pela criança junto com essa mãe".*

A necessidade de um acompanhamento psicológico e psiquiátrico para a mãe foi consensual entre os participantes, contudo, como nos revela Ana (48 anos) há um problema pontual nesse aspecto: a mãe não adere ao tratamento psi: *"Isso é uma doença psiquiátrica, essa mãe precisa de tratamento só que raramente você consegue porque ela que tem que ir ao psiquiatra. A gente já fez encaminhamento pra várias, elas não vão, elas não vão. Eu sei porque a gente já mandou e ela não vai, ela se recusa. E é um problema porque em alguns casos isso é caso de polícia também, não é só psiquiátrico. É um distúrbio psiquiátrico que faz com que essa mulher seja uma criminosa também. Eu acho que deveria ter uma lei, alguma coisa que pudesse punir com o tratamento, ela precisa ser tratada, isso não é normal".*

Sabe-se que para identificar a SMP antes é necessário conhecê-la e, nesse sentido, frequentemente são ministradas aulas para o grupo de residentes em Pediatria, sobre os tipos

de violência infantil. Diz João (61 anos) *"Nessa aula [ministrada para o grupo de residentes] ele [o prof] dá toda a orientação, todo o cronograma de como se portar, de quando você pensa no diagnóstico, a conduta, todo o organograma, a ajuda do juiz. O juiz tem ajudado muito a gente, a assistente social, psicóloga, a gente tem sempre equipe de médico, equipe de psicólogo, equipe de enfermeiro, assistente social e equipe de juiz, por exemplo".* É sabido que quem ministra estas aulas é um professor, médico assistente, bastante engajado e envolvido com o tema.

Para Júlia (27 anos) um manejo interessante atravessaria a necessidade da confirmação, seguida de confrontação com essa mãe. Assim ela nos diz: *"primeiro eu acho que a gente tem que confirmar. Tem que tentar um jeito de confirmar, não sei, aumentar aí a quantidade de enfermagem para cuidar daquela paciente. De algum jeito tentar confirmar isso aí pra ver se é isso mesmo e depois eu acho que tem que ser conversado com o cuidador, com a pessoa que você acha que tá fazendo isso, pra é... Jogar... Colocar ela na parede mesmo. Assim, confrontar e falar com ela, falar que a gente sabe o que tá [sic] acontecendo. Ter todo o jeito de falar que a [condição] clínica [da criança] não bate, que a gente percebeu que [alguém/quem?] tem feito uma determinada ação que tá causando esse mal para o paciente. Eu acho que tem que ser falado para a pessoa".* A confrontação parece ser necessária, contudo deve-se reconhecer o melhor momento de ser feita, visto que, conforme apontado por Ana (48 anos): "*se ela descobre que a gente sabe o que tá acontecendo, que é Munchhausen, ela começa a criar um clima muito ruim na enfermaria, ela começa a fazer barraco mesmo e querer ir embora, então você tem que manter até você descobrir mais ou mesmo isso e mandar o caso pra Vara e de repente ter uma decisão judicial, até esse momento você tem que manter uma certa... ah... um certo relacionamento com essa mãe, a ponto de que ela não desconfie, não é que não desconfie, ela vai ter que saber o que tá acontecendo, mas pra que ela não fique muito agitada [...], aí na hora que você conta vira um [faz gesto com a mãos seguido de silêncio]... cenas horríveis assim: 'Vou te matar!' Já aconteceu do pai querer chegar no final de semana armado, [dizendo] 'ninguém vai levar meu filho para o abrigo e não sei o quê'. É muito ruim. É uma coisa muito tensa na verdade".*

Após descoberta a síndrome, os entrevistados apostam que o melhor manejo consiste em conversar com a família, insistir no encaminhamento psicológico e psiquiátrico para a mãe e garantir algum tipo de acompanhamento para criança, sobretudo o acompanhamento do Conselho Tutelar (Quadro 4).

Quadro 4

Sobre a atuação profissional no momento do pós- atendimento

ATUAÇÃO NO PÓS-ATENDIMENTO CLÍNICO
Conversar com o posto de saúde que é a criança é acompanhada
Encaminhar a mãe para tratamento psicológico/psiquiátrico
Realização de algum tipo de supervisão familiar

Betânia (25 anos) confirma: *"Acho que o principal é conseguir um seguimento pra essa mãe, psiquiátrico, um acompanhamento e garantir uma supervisão no cuidado dessa criança. Acho que isso é o principal, seja com a guarda mantida da mãe ou não, aí eu acho que depende da gravidade do quadro".*

Pensar na SMP a partir do ponto de vista de Saúde Pública se mostrou uma tarefa difícil para os participantes, como observado por Sandra (26 anos): *"Eu acho que é muito difícil atuar nisso do ponto de vista da Saúde Pública".* Contudo, a maioria dos entrevistados coloca a Educação como uma possibilidade interventiva de política pública de saúde. Nesse sentido, são estratégias educativas: a divulgação e a orientação a respeito da síndrome junto à população de uma forma em geral, junto aos profissionais que atuam nos Postos de Saúde e junto aos Conselhos Tutelares.

As estratégias educativas, comumentemente pensadas nos casos de resolução em longo prazo, usam da razão num terreno onde o racional não predomina. Desse modo, seu alcance na resolutividade da questão é quase sempre parcial. Sobre a atuação dos Conselhos Tutelares no país, fica a questão no tocante aos seus alcances junto à população atendida.

O Quadro 5 apresenta as possibilidades de manejo, pensadas pelos participantes do estudo, como estratégias de intervenção frente à SMP, no âmbito da Saúde Pública.

Quadro 5

Sobre a atuação profissional no âmbito da Saúde Pública

ATUAÇÃO NO PÓS-ATENDIMENTO CLÍNICO
Criação de uma lei que obrigasse a mãe a fazer o tratamento psicológico
Maior investimento no campo da educação de uma forma em geral
Maior divulgação da síndrome para pais e profissionais
Maior assistência psicológica e psiquiátrica no sentido preventivo
Sistema de saúde que acompanhe mais a criança
Maior preparo por parte de órgãos públicos como Conselho Tutelar

Pensar num atuação que obrigue o perpetrador a se submeter ao tratamento psicológico, pode dar pistas do desespero e da angústia que estes casos podem provocar em quem com eles se depara, visto que, não conseguimos obrigar alguém a se tratar.

Ainda no tocante aos Conselhos Tutelares, Betânia (25 anos) aponta para a necessidade de estes estarem mais preparados para compreender a gravidade do caso, ampliando o olhar que é dirigido à mãe. Nesse sentido, afirma *"às vezes, a gente tem muita dificuldade é com o próprio Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar [deveria] ser mais preparado para entender o que acontece nesses casos e a gravidade [...] não ser tão subjetivo: 'Ah... Mas é uma mãe muito legal! É uma mãe que se preocupa', porque às vezes eles só veem esse lado, que é uma mãe que se preocupa. Mas, nesse caso, em geral é uma mãe que se preocupa, e muito, com a criança".*

Após o término das entrevistas foi questionado a todos os entrevistados se eles gostariam de acrescentar algo ao que foi falado, e Carlos (55 anos) acrescentou: *"Eu acho que seria importante que, cada vez mais, todas as pessoas envolvidas com saúde se enterassem desse, é... Do problema do abuso, um problema muito sério. E... Colaborasse de alguma forma pra se aumentar o número de diagnósticos. E sensibilizar toda... O pessoal aí, de... de... eh... Os dirigentes né? Pra que alguém pudesse dar alguma luz diferente é... Para se tentar bloquear de alguma forma esse grande número de crianças abusadas em nosso meio".*

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se, a partir de Freud (1901-1905), que o contexto do desenvolvimento da criança é, naturalmente, constituído por dificuldades e desafios a serem transpostos pela criança, que mesmo quando inserida no aconchego de um ambiente familiar e acolhedor, deverá progressivamente abrir mão das amarras físicas (superar dificuldades motoras como equilibrar-se, andar, controlar seus esfíncteres, adquirir o domínio da língua corrente, seja ela falada e escrita); da dependência afetiva (experimentar o inevitável afastamento materno, ainda que temporário em virtude das exigências sociais impostas a ela – trabalho, etc – na expectativa de seu retorno para garantia e manutenção de sua condição de 'ser cuidado') e, sobretudo, social (sua inserção em novos contextos – creche, escola – ainda que seu desejo seja permanecer na segurança de seu ambiente familiar). Como posto por Bettelheim (2002) "há um tempo certo para determinadas experiências de crescimento, e a infância é o período de aprender a construir pontes sobre a imensa lacuna entre a experiência interna e o mundo real" (p. 70).

Nesse sentido, adicionar ao desenvolvimento da criança a condição imposta pela violência infantil, seja ela qual for, revela-se como algo inquietantemente preocupante, podendo se aproximar, talvez, a algo da ordem do insuportável. Insuportável para a criança que vive a experiência da dor física e psíquica e, insuportável, para quem dela precisa tratar.

No entanto, apesar de tais considerações, sabe-se que a cada dia centenas de crianças são submetidas a algum tipo de violência infantil (Biscegli et al, 2008; Martins, 2010). De acordo com o relatório do Disque Direitos Humanos do Disque 100, de 2011, diariamente "a cada hora, cinco casos de violência contra meninas e meninos são registrados no país. Esse quadro pode ser ainda mais grave se levarmos em consideração que muitos desses crimes nunca chegam a ser denunciados". Além disso, é crescente o número de crianças e adolescentes que chegam à rede pública de saúde vítimas de violência doméstica (BRASIL, 2013, p. 33).

Segundo Gregory, conforme citado anteriormente, as crianças simplesmente sobrevivem à tamanha experiência, e assim o fazem como podem, mas não estão livres de graves limitações e comprometimentos sócio afetivos quando adultas (Mota, 2009).

Adicionado a essa problemática, tem-se o fato da perpetuação da SMP ser majoritariamente exercida por um símbolo social secularmente eleito como representante do amor e do cuidado incondicional. À figura materna, e como consequência à mulher

socialmente destinada a materializar a imagem idealizada de mãe, é reservado uma posição social que não se assemelha em nada (na verdade é diametralmente oposta) à imagem concebida de quem abusa, violenta e destrói.

Há ainda "certa tendência em querer localizar na mãe biológica o agente da função materna" (Kamers, 2006, p. 108). Desse ponto de vista, uma mulher é feita para ser mãe, e mais, uma boa mãe. Toda exceção à norma será necessariamente analisada em termos de exceções patológicas (Badinter, 1985, p.15). Prova disso são as inúmeras possibilidades de diagnósticos sobre os "desvios" da maternidade apresentados nos manuais de desordens mentais, os conhecidos DSM, que classificam, tipificam e qualificam os desvios da norma da "boa mãe".

A impossibilidade de fundir na figura 'mãe' uma essência composta em parte pelo amor (aquele que cuida, que protege de forma ilimitada) e em parte pela agressividade (aquela que corrói, que mata, que destrói), parece ter sido simbolicamente resolvida com a criação da figura 'madrasta', tal qual posto por Bettelheim (2002, p. 70-3) ao analisar os contos de fadas.

No entanto, a realidade cotidiana, às vezes, escancara aquilo que não estamos dispostos a ver, visto que, como apresentado anteriormente, os números que traduzem a incidência da violência infantil revelam que 38,9% da violência praticada contra crianças foram perpetrados por mães biológicas contra apenas 3,4% praticados por madrastas (Martins, 2010). Especificamente no campo da SMP, esses dados se repetem revelando uma incidência esmagadora de casos perpetuados pela mãe biológica (95%) (Mason & Poirier, 2009; Abdulhamid & Siegel, 2008; Fujiwara et al. 2008a). Nesse sentido, a SMP parece ter essa característica, dentre tantas outras já apresentadas, visto que, ela escancara nossa impotência, nossa ingenuidade, nossas ilusões pautadas em ideais: ela encarna e personifica uma figura materna que a sociedade como um todo insiste em mascarar.

A dificuldade de conceber a maternidade a partir desse prisma é também compartilhada pelo saber científico e, logo, pelos profissionais que trabalham a partir desse saber: pediatras, enfermeiros, psicólogos, juristas, assistentes sociais, educadores, os agentes de proteção infantil de uma forma em geral, etc, visto que, por trás da prática científica há um sujeito (o cientista) que apesar do esforço do exercício da neutralidade, funciona e reage a partir de sua natureza humana. Desse modo, a SMP traz em seu núcleo uma contradição de difícil manejo.

Tais dificuldades são também reveladas pelo índice de pesquisas publicadas no mundo todo a respeito desse fenômeno. Conforme apresentado anteriormente, ao mesmo tempo em que a literatura especializada revela um grande esforço dos autores que se debruçam sobre a

SMP, ela também denuncia que esta é uma condição subnotificada (Abdulhamid & Siegel, 2008; Fujiwara et al. 2008b; Davis, 2009; Squires & Squires Jr, 2010; Sugandhan et al. 2010).

No Brasil, especificamente, pode-se perceber um movimento ainda que pequeno, mas nem por isso menos importante, em direção a uma maior divulgação e entendimento da SMP. Como citado anteriormente, desde 1996 pediatras e outros profissionais dos diversos campos do saber, de diversos locais do Brasil, dedicam-se em investigar e publicar os diversos aspectos envolvidos nessa condição pouco conhecida. Além do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr HCFMUSP) – instituição que colaborou diretamente com a elaboração deste trabalho – podemos citar o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) cujos estudos sobre a SMP são desenvolvidos pelo pediatra Dr. Reynaldo Gomes de Oliveira, (Mota, 2009); os trabalhos desenvolvidos na comunidade de Paraisópolis pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), cujo olhar pôde identificar três casos com suspeita da SMP (Santos, 2011).

Existem publicações realizadas por diversos centros hospitalares e universidades espalhados por todo o país, a saber: a Universidade Federal da Bahia (Moreira & Moreira, 1999); a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Pires e Molle, 1999); o Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP (Fagundes et. al., 2000), entre outros. São trabalhos que, pioneiramente, ou não, contribuíram para o esclarecimento construído até então.

As publicações supracitadas, seguindo as mesmas temáticas dos estudos existentes nos trabalhos internacionais, enriqueceu nosso saber no que se refere a conceituação histórica da SMP; sua incidência; os indícios que favorecem sua identificação; os aspectos que dificultam o diagnóstico precoce, além de fornecer o relato de ricos casos clínicos, em que a suspeita da SMP foi levantada e, até mesmo, confirmada. Além disso, a preocupação com a divulgação e maior esclarecimento da SMP, presente no meio pediátrico é revelada, sobretudo, pela iniciativa de desenvolver e publicar um Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, cujo capítulo 5 foi dedicado à SMP (Cardoso e Hirschheimer, 2011), que é apresentada de forma completa e acessível. Contudo, é consenso entre os estudiosos da SMP que ainda há muito a esclarecer.

Em virtude do tímido índice de publicações a respeito da SMP, também, no campo da Psicanálise e, especialmente, pela lógica no qual esse saber se sustenta, decidimos traçar nossas contribuições à luz das contribuições freudiana e lacaniana. Considerando que tanto Freud (1856-1939) quanto Lacan (1901-1981), embora iniciados na lógica do saber médico

(neurologia e psiquiatria, respectivamente), percorreram outros campos do saber, transcendendo ao saber médico, para pensar e construir novas possibilidades de atuação, frente aos enigmáticos problemas que se colocavam e desafiavam o saber corrente.

Sabe-se que a SMP interroga e desafia a medicina quanto a sua possibilidade de saber, nesse sentido, de acordo com o anteriormente enunciado por Bertoldi (2011), a falta/ausência de saber pode ser experimentada pelo clínico como sendo de extrema angústia. Contudo, a necessidade de domínio pleno da ciência médica, experimentada pelo clínico, sobretudo na Pediatria, possui uma via de mão dupla: ela pode originar-se de uma raiz narcísica, ou seja, de um desejo do pediatra em ocupar o lugar, diante dos pais, de detentor de um saber ilimitado, eficiente, completo e seguro, mas, também, pode ter sua raiz na necessidade real de fornecer respostas imediatas e eficazes mediante um quadro cuja labilidade é eminentemente real (Alcantara,1979).

Por outro lado, parece não restar dúvida quanto ao fato da SMP impor uma condição de impotência ao clínico que com ela se depara, visto que, apesar de seus esforços, a melhora clínica da criança nunca é alcançada, ou é de forma passageira, logo, seu trabalho não reflete nem resulta em sucesso clínico.

A condição de impotência pode ainda ser experimentada pelos profissionais da área psi (psiquiatras, psicólogos, psicanalistas) que, apesar dos esforços em dominar uma técnica e construir um raciocínio clínico que favoreça a direção do tratamento, não conseguem sequer aproximar o perpetrador do contexto terapêutico/analítico, por um motivo óbvio: só é possível tratar quem está disposto a se submeter a tratamento.

Desse modo, é imprescindível o reconhecimento por parte dos profissionais que se deparam com os casos de SMP, das diversas facetas que o ser humano pode assumir. A condição apresentada pela SMP impõe impasses difíceis de serem transpostos: a mãe parece fazer um apelo de escuta, não apenas a escuta do pedido por mais exames, mas, sobretudo do que está subjacente ao pedido, exigindo uma abordagem que transcende à lógica classificatória e organicista. Ainda que peçam outra coisa ou se mostrem satisfeitas pelo conforto oferecido pela hotelaria hospitalar, presume-se que estas mães, e suas crianças, precisam de ajuda. A literatura especializada, e pesquisada até 2013, aborda mais a relação da mãe com o médico (mãe diante do médico). As contribuições da Psicanálise tem algo a oferecer para entender e manejar diferentemente esses casos. Segundo Zenoni (2002), como destacado anteriormente, é necessário que um novo olhar seja lançado para a SMP, agora sob o prisma da relação mãe/criança. O difícil nesses casos é a mãe consentir em ser ouvida pelo

menos em algumas entrevistas preliminares (entrevistas que o psicanalista realiza para começar a elaborar o diagnóstico e a direção do tratamento).

Além disso, como anteriormente levantado, a condição imposta pela SMP denuncia um aparente paradoxo experimentado pelos profissionais que com ela se depara, visto que, a condição do perpetrador deve ser vista por meio de duas vertentes: ao mesmo tempo em que precisam ser denunciados devem, também, ser tratados em sua condição. Desse modo, é imprescindível que a equipe possa estabelecer possíveis discussões acerca dessa paradoxal condição, a fim de melhor se situarem em relação ao seu papel, "sua atuação, participação e responsabilidade dentro de uma equipe" (Barbosa e Pegoraro, 2008, p. 84).

Ademais, uma vez afastado o perigo iminente a que a criança é comumente submetida na SMP, o exercício de suspensão de saber praticado pelo clínico pode auxiliar no reconhecimento do quadro, ou seja, suspender a perspectiva teórica (focada nos aspectos orgânicos e funcionais) e voltar-se para a dupla em si, afastando-se de seu objeto de estudo, pode favorecer a adição de informações, que de outro modo poderiam ser inacessíveis. Tal indicação é, essencialmente, formulada a partir da concepção freudiana de atenção flutuante (Freud, 1911-1913b).

Nesse sentido, a postura de suspensão pode proporcionar a formulação de novas perguntas, pois, paradoxalmente, o vazio deixado pela ausência do saber absoluto, anteriormente predominante, possibilita ao sujeito a construção de um novo saber, agora não mais sustentado pela lógica do ideal (portanto inalcançável), mas sim do possível. Ademais, considerando que a SMP abala qualquer ideia preconcebida a partir da lógica do ideal, é possível que, ao se posicionar diante dela como aquele que nada espera ou deseja além de ouvir e ver o que está posto por excelência, um novo movimento, que não aquele pautado na repetição pelo pedido por mais exames, possa ser inscrito.

Além disso, tal qual como posto anteriormente, na clínica pediátrica a escuta da fala da criança, se coloca como uma prática essencial (Dolto, 2005). De acordo com Priszkulnik, (1997, p. 311), a criança não precisa apenas ser pensada e falada, visto que ela pode pensar e falar. Para a autora, "algumas crianças não conseguem falar de si e responder às perguntas, entretanto, é imprescindível que façamos as perguntas porque, estando inserida na linguagem", ela "pode tentar se expor com ou sem palavras, pode tentar dizer através de gestos, de mímicas, de movimentos, de silêncio até".

Tais recomendações, essencialmente freudianas, podem auxiliar no trato clínico diário, se pudermos nos posicionar diante da mãe e da criança e, especialmente, da SMP, a partir do lugar de quem conhece os efeitos transferenciais e contratransferências, já discutidos, que

regem as relações, visto que a relação médico-paciente-família pode conter certa agressividade do paciente, e/ou seu responsável, dirigida ao médico. No interjogo proposto pela mãe a partir da SMP, a agressividade dirigida ao médico, ainda que não verbalizada, pode ser localizada quando esta convoca o médico a responder de um lugar que ele não está tecnicamente e/ou emocionalmente habilitado. Trata-se de uma violência simbólica sofrida pelo médico.

Contudo, não recomendamos aqui que o pediatra inicie uma formação em Psicanálise; não pretendemos negar o valor de nenhum tipo de saber, nem propor nenhum tipo de psicologização. Queremos propor uma reflexão acerca das diferenças e impossibilidades na condução dos casos a partir dos lugares a que se propõem, visto que existe uma demanda a ser tratada. Os saberes científicos e psicanalíticos são formas de tratamento que podem se somar e não se excluírem. Como posto anteriormente, o intuito é que o saber psicanalítico possa de alguma forma contribuir, a partir de suas concepções, com a identificação e atuação eficaz junto aos protagonistas da SMP, sejam eles vítimas ou agressores. Nesse sentido, não se faz necessário ser psicanalista para que a escuta analítica possa ser exercida; esta pode estar presente na prática diária de um pediatra quando este exerce uma escuta diferenciada a ponto de permitir que o estranhamento lhe dê dicas de que há algo para além do orgânico, e daí possa proceder com o devido encaminhamento.

Freud (1911-1913c, p. 152) nos advertiu em sua obra da necessidade da realização do encaminhamento para um colega, que a partir de outra área, de outro olhar e perspectiva, irá empreender um encaminhamento/tratamento que seja o mais indicado para a problemática em si.

Em relação à SMP, além do pediatra e do psicanalista já citados, se mostra necessário e até imprescindível que outros profissionais colaborem: assistente social, conselheiro tutelar, Tribunal de Justiça, etc.

Sabemos ainda a partir do exposto até então, o quanto é difícil identificar ou até levantar a suspeita da SMP, visto que segundo Kannai (2009), a SMP configura um desafio para a comunidade médica como um todo, e que mesmo os médicos mais experientes podem se perder diante dos significados inconsistentes dos sintomas da criança, contudo, parafraseando Lacan, advertimos: não recuem diante da SMP.

Conhecer o quadro pode ser uma das primeiras iniciativas para detecção e prevenção deste tipo de abuso infantil, pois não há como suspeitar, sem antes conhecer. A falta de cogitação por parte dos profissionais de saúde pode proporcionar ao agressor, neste caso uma mãe comprometida por questões psicopatológicas, um campo de atuação vasto e ilimitado, e à

criança restará um espaço de sofrimento e contradição no qual aquele que se dispõe e se compromete a tratar, também, ‘violenta’ e ‘faz’ adoecer.

Adicionado ao desejo de fazer do profissional menos experiente, pode ser de grande valia a troca de informações entre colegas, nesse sentido, é interessante que os jovens médicos possam recorrer aos médicos mais experientes a fim de trocar conhecimento e experiência, sejam eles de que ordem for. Nesse sentido, tal qual posto pelos entrevistados e pela literatura especializada, é importante que haja na equipe de saúde um médico pediatra generalista para que o conjunto de sintomas apresentados pela criança e/ou trazidos pela mãe, possa ou não, ser correlacionado. Um olhar clínico que não se restrinja a uma especialidade pode contribuir no momento da identificação da fraude.

O interesse pela pesquisa e o interesse na qualidade da formação de novos jovens, fazem do contexto hospitalar um espaço de constante construção do saber, e isso propicia o diálogo interdisciplinar tão necessário nos casos de SMP. Como posto anteriormente, de acordo com Carneiro-Sampaio (2013), o ICr conta com projetos inovadores e pioneiros que, em virtude da importância e benefícios que trazem à população, podem ser revertidos em projetos de Lei.

Desenvolver projetos cujo alcance social atinja a relevância e a dimensão necessárias para a conversão num projeto de Lei, é contribuir diretamente para o contexto da Saúde Pública. Nesse sentido, as instituições hospitalares por receberem uma parcela considerável das problemáticas sociais existentes no país, acabam se tornando espaços para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, através da conjugação de diferentes saberes e práticas que, diante do real da clínica, podem fornecer novas respostas, apontando para o que chamaríamos de reinvenção da clínica. Desse modo, ampliar os aspectos pertinentes a SMP para o contexto de Saúde Pública tornou-se um ato de imprescindível execução, visto que, as questões pertinentes a violência infantil são consideradas no Brasil, e no mundo, como um grave problema de Saúde Pública.

A existência de um cadastro único, no caso do SUS, por meio de um prontuário eletrônico de paciente (PEP) ajudaria enormemente as equipes de saúde na detecção desse tipo de violência infantil, visto que, possibilitaria ao médico acessar e construir um histórico clínico do paciente, acessível em qualquer lugar do país por meio da internet. Dessa forma, as equipes de saúde teriam uma visão horizontal dos casos com possível acompanhamento de todos os atendimentos realizados para a criança, o que representa o acesso a um maior número de informações, ficando menos suscetível ao restrito acesso quando dependente do relato puro e simples da mãe e familiares. Com o cadastro único, o profissional ampliaria seu olhar, sua

escuta e seu parecer clínico, facilitando o diagnóstico da SMP e, claro, de qualquer outro quadro de pacientes. Ao se considerar as condições de funcionamento do SUS no Brasil, a ideia do PEP mais se aproxima de uma utopia do que de uma futura realidade. Os atrasos na área da saúde e a falta de interesse por parte de nossos governantes acabam por beneficiar e ampliar o campo de atuação de perpetradores da SMP e de outras formas de violência, que, embora silenciosamente, matam e fazem sofrer.

Sobre a atuação dos Conselhos Tutelares no país frente a SMP, fica a questão no tocante aos seus alcances junto à população atendida, visto que, para a execução de tarefas como: a) Atender crianças e adolescentes quando ameaçadas e violadas em seus direitos e aplicar a elas medidas de proteção; e b) Atender e aconselhar os pais ou responsáveis, nos casos em que crianças e adolescentes são ameaçados ou violados em seus direitos e aplicar a estes medidas pertinentes previstas no Estatuto (Gebeluka & Bourguignon, 2011), não parece ser uma tarefa de fácil execução, considerando as complexidades que envolvem tais situações. Gregory nos alertou em seu discurso que os perpetradores da SMP são astutos e se "eles conseguem enganar um médico, eles podem enganar um agente de proteção infantil. São muito bons manipuladores" (Mota, 2009).

Diante dos casos de violência praticada contra crianças, uma questão formulada por Soares (1997), parece persistir, ainda nos dias atuais. Para a autora,

> a grande questão, posta na ordem do dia nos Estados Unidos, e que também nos deve fazer refletir, é a seguinte: quando o Estado ultrapassa a porta da casa, está invadindo a privacidade ou protegendo vítimas indefesas? Está sendo despótico ou estendendo a cidadania? Parece-me insuficiente lavar as mãos, em nome da proteção da privacidade, pois onde há vitimização falta cidadania. Mas é importante analisar os efeitos perversos de políticas públicas bem-intencionadas, para evitar o risco de que elas venham a gerar novas formas de vitimização (Soares, 1997).

As questões são amplas e diversas, e a SMP continuará a existir ainda que todas elas sejam, um dia, respondidas, pois a complexidade humana parece se reinventar, tornando-se ainda mais complexa. Contudo, a função (e o prazer) de ser pesquisador consiste em buscar, constantemente, no exercício diário algo que possa iluminar a problemática que se impõe. Desse modo, com esse trabalho, desejosos de que ele possa, ainda que minimamente, iluminar a discussão acerca da SMP, e, sobretudo, abrir outras e infindáveis possibilidades discursivas a serem percorridas pelas futuras pesquisas.

Os aspectos estudados até então pela literatura especializada esclarecem e ampliam, ainda que parcialmente, o entendimento sobre a SMP, no entanto, é consensual entre aqueles que se debruçam sobre o tema que ainda há muito a ser esclarecido. Nesse sentido, consideramos imprescindível que esta mãe (perpetradora da SMP) seja escutada por um experiente psicanalista, ainda que seja apenas nas entrevistas preliminares, para que, a partir do acesso às suas motivações inconscientes, um novo saber acerca desse fenômeno seja construído, favorecendo então o desenvolvimento de novas possibilidades de intervenção. Em relação a criança o trabalho é mais específico, visto que a depender de sua idade ela também poderia ser escutada, contudo isso também dependeria do desejo da mãe. Se estas pesquisas puderem ser feitas, apesar de todas as dificuldades apontadas até agora, muito poderia ser esclarecido sobre a SMP.

REFERÊNCIAS

Abdulhamid, I., & Siegel, P. T. (26 de Mar de 2008). *Munchausen Syndrome by Proxy*. Acesso em janeiro de 2011, disponível em emedicine.medscape.com: http://www.ocfcpacourts.us/assets/files/list-770/file-989.pdf

Adshead, G., & Blugrass, K. (2005). Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. *British Journal of Psychiatry*, pp. 328-333.

Alcantara, P. d. (1978). Introdução ao estudo da Pediatria. In: E. Marcondes, *Pediatria Básica.* São Paulo: Sarvier.

Alcantara, P. d. (1979). A Pediatria. *Pediat.(São Paulo), 1*, 183-189.

Altoé, Sonia; Lima, Marcia Mello de;. (2005). *Psicanálise, Clínica e Instituição.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed., text rev.). Washington, DC. (2000). pp. 781-782.

Badinter., E. (1985). *Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira (Tradução de Waltensir Dutra).

Bannwart, T. H., & Brino, R. F. (2011). Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev Paul Pediatr, 2*, pp. 138-45.

Barbosa, P. Z., & Pegoraro, R. F. (2008). Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saúde Soc. São Paulo, 17*(3), p.77-89.

Bass, C., & Jones, D. P. (2009). Fabricated or induced illness: assessment of perpetrators and approaches to management. *PSYC HIATRY, 8*(5), pp. 158-163.

Beard, K. V. (December de 2007). Protect the children: Be on the lookout for Munchausen syndrome by proxy. *RNWEB*, pp. 33-37.

Benoit, P. (1988). *Psicanálise e Medicina: Teorias e casos clínicos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Berry, L. (2008). Understanding Munchausen Syndrome by Proxy. *On The Edge, 14*(4), pp. 1-10.

Bertoldi, S. G. (2011). *Contribuição do Discurso Psicanalítico para a Formação Médica. Um Estudo de Caso na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.* 84 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Bettelheim, B. (2002). A Psicanálise dos contos de fadas. *Paz e Terra*(16), 70-3.

Biscegli, T. S., Arroyo, H. H., Halley, N. d., & Dotoli, G. M. (2008). Violência doméstica contra crianças: nível de conhecimento dos pais de crianças em escolas pública e privada. *Rev Paul Pediatr, 26*(4), 65-71.

Bools C, N. B. (1994). Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse Negl, 18*, pp. 773–88.

Bools, C. N., Neale, B. A., & Meadow, S. R. (1992). Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives ofDisease in Childhood, 67*, pp. 77-79.

Bragança Júnior, Á. A. (2014). *O Barão de Münchhausen e o discurso antiiluminista na Alemanha do século XVIII - um ensaio.* Acesso em Janeiro de 2014, disponível em Linguagem e discursos da história - LIEDH - Faculdade de Letras UFRJ.pp. 1-10: http://www.letras.ufrj.br/liedh/media/docs/art_alvaro8.pdf

BRASIL. (2002). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*, pp. 1-49.

BRASIL. (2005). *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Atualizada até 08.12.2004. 35ª ed. atualizada com a Emenda Constitucional n. 45.* São Paulo: Saraiva.

BRASIL. (2013a). Direito a não ser submetido a castigos cruéis, desumanos e degradantes. *Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República*, pp. 1-57.

BRASIL. (2013b). Estatuto da criança e do adolescente e legislação correlata: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata [recurso eletrônico]. *Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados*.

Brito, M. V. (2011). Parecer-consulta sobre a legalidade de instalar câmeras com áudio no consultório médico. Parecer-consulta nº 010/2011 – CRM/PA, Protocolo n° 3643/2011. Belém. pp. 01-4: Fonte: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPA/pareceres/2011/10_2011.pdf - Acesso em 15.01.2014.

Bütz, M. R., Evans, F. B., & Webber-Dereszynski, R. L. (2009). Practitioner's Complaint and Proposed Direction: Munchausen Syndrome by Proxy, Factitious Disorder by Proxy, and Fabricated and/or Induced Illness in Children. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(1), pp. 31–38.

Byard, R. W. (2009). ''Munchausen syndrome by proxy'': problems and possibilities. *Forensic Sci Med Pathol, 5*, pp. 100–101.

Campos, R. O. (2013). *Psicanálise & saúde coletiva.* São Paulo: HUCITEC EDITORA.

Canongia, A. I. (dezembro de 2013). A transmissão possível do método clínico através da supervisão. *Revista Latino Americana de Psicolpatologia Fundamental, 16*(4), 1-7.

Cardoso, A. C., & Hirschheimer, M. R. (2011). Síndrome de Munchausen por transferência. In: R. D. Waksman, & M. R. Hirschheimer, *Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência* (pp. 63-71). Brasília/DF: CFM.

Carneiro-Sampaio, M. M. (Dezembro de 2013). Em defesa das crianças. (C. Fioravanti, & N. Marcolin, Entrevistadores) PESQUISA FAPESP 214.

Cely, L. A., Rátiva, M. G., & Bayona, A. d. (Julio-Diciembre de 2003). Estado del arte sobre el Síndrome de Münchausen por poderes. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia), 2*(2), pp. 187-198.

CID-10. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.* (D. Caetano, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Clavreul, J. (1978). *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico.* Editora Brasiliense.

Clifton. (1742). *État de la médecine ancienne et moderne.* Paris: apud Foucault, M. (2008). O Nascimento da Clínica. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Clin, B., Ferrant, O., Dupont, C., & Papin, F. (2009). Recurrent caustic esophagitis: A clinical form of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect, 33*, pp. 293–295.

Davis, P. (2009). Fabricated or induced illness in children: The paediatrician's role. *Paediatrics and Health, 19*, pp. 498-508.

Deluqui, C. G. (1982). A síndrome da criança espancada. *Pediat. (S. Paulo), 4*, pp. 26-34.

Dolto, F. (2002). *A Imagem Inconsciente do Corpo.* São Paulo: Perspectiva.

Dolto, F. (2005). *A Causa das Crianças.* Aparecida, SP: Ideias & Letras.

Dumas, C. L. (1807). *Éloge de Henri Fouquet, prononçé dans la séance publique de l'école de médecine de Montpellier, le 11 Novembre 1807.* Montpellier: Chez G. Izar. 92 páginas.

Dyer, C. (DECEMBER de 2002). Paediatricians did not have duty of care to patient's mother. *BMJ, 325*, p. 1321.

Eminson, M., & Jureidini, J. (2003). Concerns about research and prevention strategies in Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) abuse. *Child Abuse & Neglect, 27*, pp. 413–420.

Foucault, M. (2008). *O Nascimento da Clínica* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Freud, S. (1893-1899). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. In: *Primeiras Publicações Psicanalíticas.Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. III, pp. 35-50.

Freud, S. (1901-1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Um caso de Histeria, Três Ensaios sobre Sexualidade e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. VII, pp. 117-231.

Freud, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Duas Histórias Clínicas (O "Pequeno Hans" e o "Homem dos Ratos"). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. X, pp. 13-133.

Freud, S. (1911-1913a). A Dinâmica da Transferência. In: *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago 1996, VOL. XII, pp. 107-119.

Freud, S. (1911-1913b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XII, pp. 123-136.

Freud, S. (1911-1913c). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise). In: *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago 1996, VOL. XII, pp. 135-158.

Freud, S. (1914-1916). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XIV, pp. 77-108.

Freud, S. (1917-1918a). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: *Uma Neurose Infantil e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XVII, pp. 143-153.

Freud, S. (1917-1918b). Sobre o Ensino da Psicanálise nas Universidades (1919 [1918]. In: *Uma Neurose Infantil e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XVII, pp. 183-189.

Freud, S. (1923-1925). O Ego e o Id. In: *O Ego e o Id e outros trabalhos. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras

Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XIX, pp. 15-82.

Freud, S. (1925-1926). Um Estudo Autobiográfico. In: *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos.Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XX, pp. 11-80.

Freud, S. (1927-1931). O Mal-Estar na Civilização (1930[1929]). In: *O Futuro de uma Ilusão, o O Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XXI, pp. 67-148.

Freud, S. (1932-1936). Conferência XXXII - Ansiedade e vida instintual. In: *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XXII, pp. 85-112.

Freud, S. (1937-1939). Esboço de Psicanálise. In: *Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Tradução sob a direção de Jayme Salomão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, VOL. XXIII, pp. 153-224.

Fujiwara, T., Okuyama, M., Kasahara, M., & Nakamura, A. (2008a). Characteristics of hospital-based Munchausen Syndrome by Proxy in Japan. *Child Abuse & Neglect, 32*, pp. 503–509.

Fujiwara, T., Okuyama, M., Kasahara, M., & Nakamura, A. (2008b). Differences of Munchausen syndrome by proxy according to predominant symptoms in Japan. *Pediatrics International, 50*, pp. 537–540.

Fulton, D. (2000). Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. *Critical Care Nursing Quarterly, 23*, pp. 35–42.

Garrote, N., Arza, J. I., Puentes, A., Smith, M., Bagge, P. d., & Coulembier, M. P. (2008). Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. *Arch Argent Pediatr, 106*(1), pp. 47-53.

Gay, P. (2004). *Freud: uma vida para nosso tempo.* São Paulo: Companhia das Letras.

Gebeluka, R. A., & Bourguignon, J. A. (2010). Configuração e atribuições do Conselho Tutelar. *Emancipação, 10*(2), pp. 551-562.

Gregory, J. (2004). *Eu não sou doente: A verdadeira história de uma vítima da síndrome de Munchausen por procuração.* São Paulo: Arx.

Griffiths, J. (10 de Jun de 2010). A tough case to prove. *Community Care.*, pp. 16-7.

Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr, K. R. (2009). Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva, 19*(3), 797-815.

Gueller, A. S. (2006). Entre a Mãe ideal e a Medicina ideal: síndrome de Münchhausen transferida, um transtorno factício. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line, VI*(2), pp. 56-68.

Gueller, A. S. (junho de 2009). Falhas na operação transitivista materna na síndrome de Münchhausen por procuração. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund, 12*(2), pp. 276-284.

Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B., & Herrmann, B. (2010). Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Dtsch Arztebl Int, 107*(13), pp. 231–40.

Jennens, R. (October de 2009). Munchausen Syndrome by Proxy: Implications for Professional Practice in Relation to Children's Education. *Child Care in Practice., 15*, pp. 299-311.

Jureidini, J. N., Shafer, A. T., & Donald, T. G. (2003). "Munchausen by proxy syndrome": not only pathological parenting but also problematic doctoring? *MJA*, pp. 130–132.

Kahan, B. B., & Yorker, B. C. (1991). Munchausen's syndrome by proxy: Clinical review and legal issues. *Behavioral Sciences and the Law, 9*, pp. 73-83.

Kamers, M. (2006). As novas configurações da família e do estatuto simbólico das funções parentais. *Estilos da Clínica, XI*(21), 108-125.

Kannai , R. (2009). Medical Family Therapy Casebook: Munchausen by Mommy. *Families, Systems, & Health, 27*, pp. 105-112.

Kaplan, R. (June de 2008). Savonarola at the stake: the rise and fall of Roy Meadow. *Australasian Psychiatry, 16*(3), pp. 213-215.

Kempe, H. C. (1971). Paediatric Implications of the Battered Baby Syndrome. *Archives of Disease in Childhood, 46*(28), pp. 28-37.

Klepper, J., Heringhaus, A., Wurthmann, C., & Voit, T. (2008). Expect the unexpected: favourable outcome in Munchausen by proxy syndrome. *Eur J Pediatr, 167*, pp. 1085–1088.

Kola, V., Kola, E., & Koroshi, A. (2006). Munchausen syndrome by PROXY. *HIPPOKRATIA, 10*(2), pp. 90-91.

Kuhn, T. S. (1998). *A estrutura das revoluções científicas* (5ª ed.). São Paulo: Editora Perspectiva.

Lacan, J. (1953-1954). Sobre o Narcisismo. In: *O Seminário - Livro 1: Os escritos técnicos de Freud* (pp. 146-159). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1954-1955a). Freud, Hegel e a máquina. In: *Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (pp. 92-109). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1954-1955b). Uma definição materialista do fenômeno da consciência. In: *Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (2ª ed., pp. 60-77). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1954-1955c). Psicologia e Metapsicologia. In: *Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (2ª ed., pp. 11-24). Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1971-1972). Peço-te que me recuses o que te ofereço. In: *O Seminário 19:...ou o pior.* (pp. 78-90). Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

Lacan, J. (1998a). A agressividade em psicanálise. In: *Escritos* (pp. 104-126). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (1998b). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Lacan, J. (2001). O Lugar da Psicanálise na Medicina. *Opção Lacaniana*(32), 1-7.

Lamberte, M. M., & Polanczyk, G. V. (2012). Modelos etiológicos dos transtornos mentais. In: G. V. Polanczyk, & M. T. Lamberte, *Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 15-29). Barueri, SP: Manole.

Lamberte, M. T., Pereira, M. E., & Jerusalinsky, A. N. (2012). A gestação e o primeiro ano de vida. In: G. V. Polanczyk, & M. T. Lamberte, *Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 61-80). Barueri, SP: Manole.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulário da Psicanálise.* São Paulo: Martins Fontes.

Lazenbatt, A., & Taylor, J. (2011). *Fabricated or induced illness in children: A rare form of child abuse.* (N. C. STOP, Ed.) Acesso em Fev de 2012 - pp. 1-25, disponível em Children, National Society for the Prevention of Cruelty to Children: https://www.nspcc.org.uk/Inform/research/briefings/fii_pdf_wdf83368.pdf

Luna, C. J. (19 de outubro de 2013). Legalidade de câmeras de segurança em Centro Cirúrgico. Ceará, Processo-Consulta Protocolo CREMEC nº 9443/2013, http://www.cremec.com.br/pareceres/2013/par2113.pdf.

Malatack, J., Consolini, D., Mann, K., & Raab, C. (2006). Taking on the parent to save a child: Munchausen syndrome by proxy. *CONTEMPORARY PEDIATRICS, 23*(6), pp. 50-63.

Martins, C. B. (jul-ago de 2010). Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm, 63*(4), 660-5.

Mason, J. D., & Poirier, M. P. (16 de Outubro de 2009). *Munchausen Syndrome by Proxy in Emergency Medicine.* Acesso em Dezembro de 2012, disponível em Medscape: http://emedicine.medscape.com/article/806735-overview#showall

Mattos, S. d. (2003). Da querela à arte do diagnóstico. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, 77-83.

McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood., 75*, pp. 57-61.

Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet, 13*(2), pp. 343-345.

Meadow, R. (1982). Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood, 57*, 92-98.

Meadow, R. (1995). What is, and what is not, ‘‘Munchausen syndrome by proxy’’? *Archives of Disease in Childhood., 75*, pp. 534-538.

Meadow, R. (2002). Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect, 26*, pp. 501–508.

Mercer, S. O., & Perdue, J. D. (1993). Munchausen Syndrome by Proxy: Social Worlk's Role. *Social Work, 38*(1), 74-81.

Miller, M. C. (8 de Janeiro de 2008). *Harvard Medical School - Harvard Health Newsletters*. Acesso em 26 de Setembro de 2012, disponível em PARTNERS PREMIERE: http://harvardpartnersinternational.staywellsolutionsonline.com/HealthNewsLetters/69,M0808g

Minayo, M. S. (2001). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant, 1*, 91-102.

Monteiro, L. C. (2011). Cauliflower ear in a teenager: A possible sign of child abuse. *Pediatric Dermatology., 2*, pp. 1-2.

Morrell, B., & Tilley, D. S. (2012). The Role of Nonperpetrating Fathers in Munchausen Syndrome by Proxy: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing, 27*, pp. 328–335.

Mota, D. (30 de abril de 2009). "Não há como rastrear o abusador". *Folha de São Paulo*, p. http://www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/eq3004200905.htm.

Oliveira, L. M. (2012). Câmeras filmadoras de monitoramento dentro e fora da unidade hospitalar. Processo-consulta CRM-PR n.º 063/2011; Parecer nº 2361/2012; Sessão plenária n.º 2884, de 16 de jan. Curitiba. pp.1-3, Fonte: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2012/2361_2012.pdf - Acessado em 15.01.2014.

Pankratz, L. (2006). Persistent Problems With the Munchausen Syndrome by Proxy Label. *J Am Acad Psychiatry Law*, pp. 90-95.

Polanczyk, G. V., & Lamberte, M. T. (2012). O conceito de transtorno mental. In: G. V. Polanczyk, & M. T. Lamberte, *Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (pp. 3-14). Barueri, SP: Manole.

Pommier, G. (1998). *O Amor ao Avesso: Ensaios sobre a transferência em psicanálise.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Priszkulnik, L. (1995). A criança e a Psicanálise: O "lugar" dos pais no atendimento infantil. *Psicologia USP, 6*(2), 95-102.

Priszkulnik, L. (1997). Contribuições da psicanálise à clínica pediátrica. *Pediatria Moderna, 23*(5), 309-314.

Priszkulnik, L. (1998). As entrevistas diagnósticas em Psicanálise. *Psyche (São Paulo), 2*(2), 17-23.

Priszkulnik, L. (2000). Clínica(s): diagnóstico e tratamento. *Psicologia USP, 11*(1), 11-28.

Priszkulnik, L. (2009). Violência contra crianças: desafios só para médicos? *O Mundo da Saúde, 33*(1), pp. 58-63.

Priszkulnik, L. (2013). Crianças: Freud pode colaborar no atendimento pediátrico? *Pediatria Moderna, 49*(3), 136-140.

Rand, D. c. (1990). Munchausen Syndrome by Proxy: Integration of Classic and Contemporary Types. (Acesso em Jun de 2011, disponível em Institute for Psychological Therapies (IPT): http://www.ipt-forensics.com/journal/volume2/j2_2_4.htm).

Randall, P., & Parker , J. (1997). 1.A response to 'factitious disorders by proxy: A trap for the unwary' Parent induced illness, factitious illness by proxy (Munchausen by proxy). *Journal of Social Work Practice, 11*(2).

Rosenberg, D. A. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse & Neglect, 27*, pp. 421–430.

Santos, L. d. (2011). *Síndrome de Münchhausen por procuração: um estudo social.* 28 f. Monografia - Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Campus Curitiba.

Schreier, H. (1992). ‘The perversion of mothering: Munchausen syndrome by proxy’. *Bulletin of the Menninger Clinic, 56*, pp. 421–437.

Schreier, H. (2004). Munchausen by Proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 34*, pp. 126-143.

Schreier, H. A., & Libow, J. A. (1993). Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome. *New York: Guildford Press*.

Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 17*(1), 29-41.

Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. (2005). Contribuições da psicologia da saúde–hospitalarna atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira, 20*(1), 50-5.

Siegel, D. M. (2009). Munchausen Syndrome by Proxy: A Pediatrician’s Observations. *Families, Systems, & Health, 27*, pp. 113-115.

Silva, H. M., & Priszkulnik, L. (2013). Síndrome de Munchausen por procuração, a Psicologia e a Psicanálise: conhecer para suspeitar. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 3*(2), 155 - 170.

Silva, M. M. (18 de maio de 1997). O prazer de enganar médicos . *Folha de São Paulo*, p. http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/5/18/mais!/7.html.

Soares, B. M. (18 de maio de 1997). Formas da violência doméstica. *Folha de São Paulo*, p. http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/5/18/mais!/10.html.

Southall, D., Plunkett , M., Falkov, Falkov, A., & Samuels, M. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics, 100*(5), pp. 735-60.

Spence, S. A., Kaylor-Hughes, C. J., Brook, M. L., Lankappa, S. T., & Wilkinson, I. D. (2008). 'Munchausen's syndrome by proxy' or a 'miscarriage of justice'? An initial application of functional neuroimaging to the question of guilt versus innocence. *European Psychiatry, 23*, pp. 309-14.

Squires, J. E., & Squires Jr, R. H. (Setembro de 2010). Munchausen Syndrome by Proxy: Ongoing Clinical Challenges. *JPGN, 51*(3), pp. 1-6.

Stirling, J. (2007). Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *PEDIATRICS, 119*(5), pp. 1026-1030.

Stycer, M. (18 de maio de 1997a). Um caso brasileiro da síndrome. *Folha de São Paulo*, p. http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/5/18/mais!/4.html.

Stycer, M. (18 de maio de 1997b). A Síndrome de Munchausen Transferida (SMT) introduz um sentimento a mais: incredulidade. *Folha de São Paulo*, p. http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs180505.htm.

Sugandhan, S., Gupta, S., Khandpur, S., Khanna, N., Mehta, M., & Inna, P. (2010). 'Munchausen syndrome by proxy' presenting as battered child syndrome: a report of two cases. *International Journal of Dermatology, 49*, pp. 679–683.

Tamay, Z., Akcay, A., Kilic, G., Peykerli, G., Devecioglu, E., Ones, U., & Guler, N. (2007). Corrosive poisoning mimicking cicatricial pemphigoid: Munchausen by proxy. *Child: care, health and development, 4*, pp. 496–499.

Trajber, Z., Murahovschi, J., Candio, S., Cury, R., Gomide, C., Klein, E., & Tofolo, V. (1996). Síndrome de Munchausen por procuração: o caso da menina que sangrava pelo ouvido. *Jornal de Pediatria, 72*(1), 35-9.

Turato, E. R. (2010). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa.* Rio de Janeiro: Vozes.

Veja. (03 de dezembro de 2013). Fonte: http://veja.abril.com.br: http://veja.abril.com.br/blog/sobre-palavras/curiosidades-etimologicas/madrasta-uma-palavra-que-ja-nasceu-torta/

Waiselfisz, J. J. (2012). Mapa da violência: crianças e adolescentes do Brasil. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/.

Wilson, R. G. (11 de August de 2001). Fabricated or induced illness in children: Munchausen by proxy comes of age. *BMJ, 323*, 296–7.

Zenoni, A. (2002). Quando o filho realiza o objeto (A respeito da chamada síndrome de Münchausen por procuração). *Psicologia em Revista, 8*(12), 65-71.

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

1018

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0904/11

Título: SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO (SMP): UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA E PARA A PSICANÁLISE

Pesquisador Responsável: Silvia Maria de Macedo Barbosa

Pesquisador Executante: Heliane Maria Silva Margarido

Co-autores: Léia Priszkulnik

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Departamento: PEDIATRIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 01/02/2012, o protocolo acima.

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.

CAPPesq, 06 de Fevereiro de 2012

PROF. DR. LUIZ EUGÊNIO GARCEZ LEME
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar - CEP 05403-010 - São Paulo - SP.
Fone: 55 11 2661-6442 ramais 16, 17, 18 e 20 - e-mail: cappesq@hcnet.usp.br

15/2/12

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:..... .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE .....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE: .....
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Síndrome de Munchausen por Procuração: um desafio para a Saúde Pública e p a Psicanálise”.

2. PESQUISADOR : Drª. Silvia Maria de Macedo Barbosa.
CARGO/FUNÇÃO: ..Médica Assistente.... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº .62559.....
UNIDADE DO HCFMUSP: ..Unidade de Especialidades – Dor e Cuidados Paliativos.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO **X** RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : .....7 meses.....

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada "Síndrome de Munchausen por Procuração: um desafio para a Saúde Pública e para a Psicanálise".

2 - Sua forma de participação no estudo consiste em responder as perguntas abertas provindas de uma entrevista semi-dirigida cujo conteúdo será gravado.

3 - Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa identificar: a) como os médicos, que atuam na Enfermaria de Especialidades do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, reconhecem a Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP); b) quais as possibilidades de manejo desenvolvidas por esta equipe frente a SMP e c) quais os significados atribuídos e a percepção destes médicos em relação a este tipo de abuso infantil.

4 – Nesta atividade não existe riscos para o participante, não sendo cobrado nada e não havendo gastos, portanto, não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

5 – A princípio não há um benefício direto para o participante, por outro lado, todas as informações coletadas na entrevista e respostas das perguntas feitas aos participantes da pesquisa, poderão ajudar a compreender os meios possíveis de identificação e tratamento para a SMP, e isto poderá trazer benefícios para o tratamento dos envolvidos neste quadro peculiar de violência infantil.

6 – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Drª. Sílvia Mª de Macedo Barbosa que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 647 – 7º andar - Telefone(s) (11) 2661-8611 e Heliane Maria Silva (11) 99312-2428. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

7 – Sua participação é livre e voluntária, assim como sua liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhum tipo de prejuízo. Você também pode desistir de participar da pesquisa se, depois de começar a responder as perguntas, mudar de idéia.

8 – As informações obtidas serão analisadas não sendo divulgado a identificação de nenhum participante.

9 – Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados das pesquisas que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

10 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

11 - Os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Síndrome de Munchausen por Procuração: um desafio para a Saúde Pública e para a Psicanálise". Eu discuti com a Dra. Sílvia Mª de Macedo Barbosa e Heliane Maria Silva Margarido sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ___/___/___

Assinatura da testemunha Data ___/___/___

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ___/___/___