

Um Estudo Teórico sobre a Síndrome de Münchausen por Procuração

Mariana da Silva Braga

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Psicologia Clínica – Ênfase em Infância e Família – sob orientação da Profa. Dra.

Daniela Centenaro Levandowski e do Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Porto Alegre, março 2007

Resumo

Este artigo apresenta uma revisão da literatura nacional e internacional, realizada através de consulta a bases de dados eletrônicas de artigos e livros disponíveis publicados nos últimos 15 anos, sobre a Síndrome de Münchausen por Procuração. Essa síndrome é caracterizada como uma forma de abuso físico e emocional, na qual o perpetrador, geralmente a mãe, simula ou produz doenças no (a) filho(a), a fim de obter atenção médica. Este transtorno é considerado bastante nocivo à saúde física e emocional da criança, causando, muitas vezes, graves seqüelas ou mesmo a morte. Os trabalhos revisados foram apresentados em dois grandes blocos: *aspectos históricos, caracterização, conceituação e diagnóstico da síndrome e características do perpetrador*. A literatura aponta que ainda existe uma carência de conhecimentos relativos à síndrome, principalmente nos países de língua não inglesa, como o Brasil. O reconhecimento desta doença por parte das equipes de saúde é o primeiro passo para o seu tratamento, que abrange as esferas públicas e privadas, de saúde, assistência social e jurídica.

Palavras-chave: síndrome de Münchausen por procuração, revisão da literatura.

Introdução

A dor física e o trauma corporal são experienciados tanto no corpo como na mente

(Farinatti, Biazus e Leite, 1993, p. 244)

A Síndrome de Münchausen por Procuração (SMP) é um transtorno factício, no qual a ação de simular ou produzir uma doença física ou psicológica é direcionada a um terceiro, na maioria dos casos, o (a) filho (a), com o objetivo de obter atenção da equipe médica. É uma forma de violência pouco conhecida contra crianças e também pouco diagnosticada no Brasil. Assim, pode-se perceber que a Síndrome de Münchausen por Procuração afeta não só a dupla mãe-filho, mas todo o espectro familiar e, na medida em que existem sintomas físicos reais ou simulados, a gravidade da situação é ainda maior. Daí a importância de se realizar um diagnóstico preciso e disponibilizar um tratamento adequado, tanto para a criança quanto para mãe. Para que isso ocorra, é fundamental que a equipe de saúde esteja capacitada para lidar com essa situação.

Feldman e Brown (2002), a partir de uma revisão da literatura sobre essa síndrome, baseada em mais de 400 artigos, capítulos e livros, verificaram que a grande maioria dos trabalhos científicos foi originada e publicada em países industrializados de língua inglesa. Dessa forma, fica ainda mais evidente a importância de se estudar essa temática em âmbito nacional, para que principalmente as equipes de saúde estejam capacitadas na abordagem desse tipo de violência contra crianças.

Assim, o presente estudo apresenta uma revisão da literatura nacional e internacional sobre o assunto, realizada através de consulta a bases de dados eletrônicas (PsycInfo, Scielo e BVS-Psi), de artigos e livros disponíveis publicados nos últimos 15

anos. Os trabalhos revisados foram apresentados em dois grandes blocos: *aspectos históricos, caracterização, conceituação e diagnóstico da síndrome e características do perpetrador*.

Aspectos Históricos, Conceituação e Caracterização e Diagnóstico da Síndrome de Münchausen por Procuração

Em 1951, Asher (citado por Forsyth, 1995; Trajber & cols. 1996; Pasqualone & Fitzgerald, 1999; Pires & Molle, 1999; Gattaz, Dressing, Hewer & Nunes, 2003) usou o termo *Síndrome de Münchausen* para descrever o quadro de pacientes que contam, consistentemente, histórias falsas, com sintomatologia dramática recorrente e, como consequência, são submetidos à investigação diagnóstica, tratamentos desnecessários e potencialmente perigosos. Trata-se de uma “doença crônica factícia (criada artificialmente) com sintomas físicos”. A síndrome foi assim batizada em memória ao Barão de Münchausen, que viveu no século XVIII.

Karl Friedrich Hieronymus, o Barão de Münchausen (1720-1797), é um personagem histórico alemão, que foi oficial a soldo dos russos e combateu os turcos, conforme os escritos de Rapse e Bürger [198-]. Depois das batalhas, de volta à sua terra, o Barão de Münchausen divertia-se contando a seus amigos as mais inverossímeis e absurdas aventuras de guerra e de caça. Por isso, também tornou-se conhecido como o “Barão Mentiroso”. A doença recebeu o nome de *Síndrome de Münchausen*, pois, assim como o Barão, os “pacientes também são peregrinos, viajando de hospital em hospital, contando suas histórias fantásticas sobre doenças, e inventando sintomas com que captam a atenção dos médicos, exibindo a arte de verdadeiros mágicos ilusionistas” (Penna, 1992, p. 341).

Somente em 1977, a Síndrome de Münchausen passou a ser considerada dentro da Pediatria, quando o pediatra britânico Richard Meadow (citado por Forsyth, 1995; Trajber & cols., 1996; Pasqualone & Fitzgerald, 1999; Moreira & Moreira, 1999; Pires & Molle, 1999; Maida, Molina & Carrasco, 1999; Rogers, 2004) descreveu a *Síndrome de Münchausen por Procuração*, uma condição em que a criança apresenta-se repetidamente com sintomas que são, na verdade, produzidos pelos pais, resultando em numerosos procedimentos médicos danosos. De acordo com Roy Meadow (2002), o primeiro artigo escrito sobre o assunto descrevia dois casos de crianças que sofreram inúmeros procedimentos de investigação e tratamentos dolorosos e desnecessários devido à história falsa e sinais fictícios, como acontece com pessoas com Síndrome de Münchausen. Entretanto, nesses casos, a falsificação não era advinda do paciente, mas de outra pessoa. Assim, o termo *Síndrome de Münchausen por Procuração* (SMP) foi usado para descrever o abuso que essas duas crianças sofreram. Este quadro também é referido como *Síndrome de Polle*, que se acredita ter sido a filha do Barão de Münchausen, a qual morreu misteriosamente com um ano de idade.

Feldman e Brown (2002) dizem que é possível traçar uma história da literatura sobre a SMP nos países industrializados de língua inglesa. Segundo os autores, escritos ingleses e americanos tiveram início com estudos de caso na década de 70, e artigos de revisão de literatura apareceram 10 anos depois dos registros dos primeiros casos. As estimativas de prevalência da síndrome, dentro de populações específicas (língua inglesa), emergiram na década de 80. Estudos de caso mais recentes têm sido limitados a manifestações não usuais ou novas abordagens de detecção da síndrome, além de se direcionarem aos aspectos éticos e legais que envolvem a SMP, como o uso de filmagens secretas em instituições de saúde. Os mesmos autores acreditam que este padrão seria esperado nos países nos quais o reconhecimento dessa SMP se deu mais

recentemente. O exame da literatura internacional por eles realizado demonstrou tal proposição. Israel foi o primeiro país de língua não inglesa a ter uma publicação sobre o assunto. Somente na metade dos anos 80 que foram encontrados registros de casos na França, Itália, Espanha e Alemanha. Os registros da forma de apresentação da SMP foram similares em diversos países do mundo, embora não se possa determinar com certeza as taxas de incidência do fenômeno entre as culturas.

Como mencionado anteriormente, a Síndrome de Münchausen por Procuração ataca os pais ou responsáveis que provocam, persistentemente, doenças (imaginárias ou reais) nos seus filhos para obter atenção médica (tratamento e até mesmo cirurgias desnecessárias), prejudicando a saúde física e mental dessas crianças e, em casos extremos, levando-as a óbito (Forsyth, 1995). Dessa forma, o perpetrador recebe apoio da equipe médica, atendendo às suas necessidades psicológicas (Awadallah & cols. 2005). Em função dessas características, esse termo é usado para nomear uma forma de abuso. De fato, na Inglaterra, a SMP é caracterizada como abuso físico, embora alguns a considerem a forma máxima de abuso emocional, quase sempre acompanhada de abuso físico (Meadow, 2002).

Farinatti, Biazus e Leite (1993) consideram como *abuso infantil* (termo utilizado em alternância com maus-tratos) “toda a ação ou omissão de parte do adulto cuidador, que resulte em dano ao desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social da criança” (p. 13). Os autores classificam o abuso em físico, emocional, sexual e negligência. O abuso *físico* existe quando há presença de lesões constatáveis em exame clínico. Já o *emocional* “é o cerne de todas as formas de abuso” (p. 243), consistindo “em atos ou omissões por parte do adulto responsável, os quais são julgados nocivos à psique e que transgridem as regras comunitárias e sociais no tocante à criação dos filhos” (p. 246).

Já Barrios, Couse e Corral (1996) consideram a SMP um modo de agressão, que pode ser classificado como *maltrato intencional*. Nesse sentido, os autores realizaram uma pesquisa, entre dezembro de 1990 e janeiro de 1992, em um hospital cubano, com 200 crianças com suspeitas de maus-tratos, verificando uma incidência de 21% de maltrato intencional. Desses, o maltrato físico foi a variante mais comum (54,7% dos casos), seguido de abandono ou negligência (26,1%) e a Síndrome de Münchausen por Procuração, com 9,5%.

Schreier (2004) menciona que, nos últimos cinco anos, um grupo multidisciplinar ligado à Sociedade Americana Profissional no Abuso Infantil desenvolveu critérios diagnósticos específicos para a SMP. O grupo criou os termos “falsificação de condição pediátrica”, que se refere a um diagnóstico de abuso na criança, e “transtorno factício por procuração”, que aponta o diagnóstico do cuidador que causa dano à criança através da falsificação da condição pediátrica, com a motivação de auto-contemplar suas necessidades psicológicas. Sendo assim, a SMP, para esses profissionais, compreende esses dois transtornos.

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1995, p. 685), a SMP é encontrada sob o título de *Transtorno Factício por Procuração*, sendo caracterizada pelos seguintes sintomas: a) produção intencional ou simulação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos em outra pessoa que está sob os cuidados do indivíduo; b) a motivação para o comportamento do perpetrador é assumir o papel de doente através de outra pessoa; c) incentivos externos para o comportamento (tais como ganhos financeiros) estão ausentes; d) o comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental.

Santoro Jr. e Guerra [199-] explicam que a simulação caracteriza-se pelo exagero ou invenção do sintoma, como por exemplo, a contaminação da urina do filho

com seu próprio sangue. Quanto aos principais sintomas físicos apresentados pela criança, Asher (citado por Talbot, 1992) descreve três padrões principais de simulação: o tipo abdominal agudo, que se caracteriza por dores abdominais e um histórico de várias cirurgias; o tipo hemorrágico e o neurológico, em que as queixas envolvem cefaléias, perda da consciência ou convulsões.

Já a produção da doença caracteriza-se por um agravo à criança, como por exemplo, a introdução de substâncias nocivas em seu organismo. Constatou-se que, entre as crianças acometidas pelo transtorno, em 25% dos casos há simulação dos sintomas, em 50% há produção dos mesmos e em 25% coexistem as duas possibilidades (Santoro Jr. & Guerra, 199-).

Normalmente as vítimas são crianças em idade pré-escolar, mas isso pode acontecer também com recém-nascidos, adolescentes e adultos. Pesquisas revelam que 52% das vítimas têm entre três e 13 anos e 26%, até três anos; as maiores de 13 anos representam 26% da população atingida e 9% são adultos (Feldman & Brown, 2002). No entanto, Schreier (2004) aponta a imprecisão das estatísticas relacionadas à SMP. A incidência da síndrome varia entre os países e conforme o local de registro, suspeitando-se de que muitos casos de morte súbita na infância envolvam a SMP (por sufocamento).

Nos casos que envolvem indivíduos com idades mais avançadas, devemos considerar a possibilidade da sua participação na produção dos sinais ou sintomas (Penna, 1992; Moreira & Moreira, 1999). Nesse sentido, um estudo baseado na revisão de casos de crianças com seis anos ou maiores avaliadas em um hospital de Cleveland e encaminhadas para serviços de proteção entre janeiro de 2001 e junho de 2003, revelou ser comum a colusão da vítima com o perpetrador, sendo difícil saber se a vítima auxilia o cuidador a manter a doença fictícia ou se está apta a reconhecer a falsificação. Além

disso, estas crianças parecem temer as conseqüências da revelação da “mentira” (Awadallah & cols. 2005).

De acordo com Santoro Jr. e Guerra [199-], os sintomas físicos mais comuns produzidos na criança são: sangramentos (41%), convulsões (42%), depressão do sistema nervoso central (19%), apnéia (15%), diarreia (11%), vômitos (10%), febre (10%) e exantema (9%). Muitas crianças apresentam dois ou mais sintomas, o que aumenta a gravidade da situação. Para que estes apareçam, os pais executam diferentes tipos de ações, como: adulteração dos espécimes coletados para exames laboratoriais, troca das amostras de laboratório, administração excessiva de laxantes, indução de bacteremia por infusão de líquido contaminado, administração de doses elevadas de drogas emetizantes, troca de medicamentos mantendo o frasco original, sufocação com parada cardiorrespiratória e adulteração de dados do termômetro.

Richard Meadow (citado por Pires & Molle, 1999) refere que o envenenamento é a forma mais utilizada para causar os sintomas, sendo quase a metade dos casos de envenenamento não acidental e *smothering* relacionados à SMP (Meadow, 2002). O perpetrador começa ministrando pequenas doses em casa; o aumento progressivo leva a criança à hospitalização. Como drogas mais utilizadas, encontram-se os anticonvulsivantes, como fenobarbital, benzodiazepínicos, cloreto de sódio, insulina, aspirina, xarope de ipeca, antidepressivos, antieméticos, codeína, entre outros. Pelo método relativamente sofisticado que o agressor usa, fica difícil para a equipe médica perceber que algo errado está acontecendo e, quando isto acontece, fica mais complicado ainda confirmar tal desconfiança (Pires & Molle, 1999).

Maida, Molina e Carrasco (1999) citam em seu artigo uma pesquisa realizada na Inglaterra em 1996, envolvendo o uso de filmagens nos casos de suspeita de SMP provocada por pais ou cuidadores. Dos 39 casos investigados, em 33 deles, os pais

realizaram manobras de sufocação durante a hospitalização, fizeram o filho ingerir uma substância tóxica, causaram uma fratura deliberada ou golpearam a criança repetidas vezes.

Já os sintomas psicológicos demonstrados pelas crianças, embora não tão comuns quanto os físicos, envolvem psicose, personalidade múltipla, transtorno de déficit de atenção, epilepsia, síndrome de Tourette e autismo, gerando tratamento ambulatorial e/ou hospitalizações repetidas (Schreier, 2000).

Para Schreier (2000, 2004), a maior dificuldade é detectar a doença. No caso de sintomas psíquicos, esta dificuldade acentua-se, uma vez que o perpetrador, normalmente, tem conhecimentos profundos da saúde mental e apresenta casos (seu filho) com sintomas que parecem ser cópias de exemplos de livros científicos. Porém, o autor afirma que não é incomum a existência de discrepância entre a descrição dos sintomas e o comportamento da criança no consultório.

Em função disso, Awadallah e colaboradores (2005) ressaltam alguns “sinais de alerta” que auxiliam no diagnóstico: uma doença incomum ou reclamação sintomática que não pode ser totalmente substanciada apesar de múltiplas consultas prévias; doença que falha em responder ao tratamento adequado; e a criança parecer bem adaptada situação. Os autores advertem para o fato de que a equipe médica, muitas vezes, pode acabar reforçando ou permitindo o abuso, mesmo sem consciência ou intenção, pela continuidade de busca de um diagnóstico e tratamento mágicos. Jureidini e Donald (citados por Schreier, 2004) consideram que alguns médicos são mais propensos a serem envolvidos em casos de SMP, pois ficam ansiosos por não fecharem um diagnóstico e ao mesmo tempo atraídos pela possibilidade de estabelecerem um diagnóstico raro.

Outro fator a ser considerado é o avanço da tecnologia no campo da medicina atualmente. A prática médica moderna pode aumentar o risco desse tipo de transtorno por ser orientada pela investigação, especializada e influenciada pelas ameaças de litígios judiciais (Eminson & Jureidini, 2003).

Schreier (2004) salienta que existem várias outras situações em que pode acontecer a fabricação de doenças em crianças sem a ocorrência da SMP e que a equipe médica também deve estar atenta para esses fatos. São elas: o mascarar (o cuidador exagera ou falsifica uma doença para manter a criança consigo); iludir (a mãe ou cuidador tem uma crença ilusória de que a sua criança é doente, levando-a freqüentemente ao médico e insistindo na realização de exames ou procedimentos); buscar ajuda (tal comportamento tem o objetivo de conseguir ajuda para a própria mãe ou cuidador); *doctor-shopping* (o cuidador acredita que seu filho não está sendo diagnosticado ou tratado corretamente; ele concorda com exames, mas fica ansioso como os mesmos e questiona sua finalidade e riscos); hipocondria (o cuidador apresenta reação exagerada a condições normais da infância e eventuais sintomas); transtorno obsessivo-compulsivo (cuidador que direciona seu transtorno para a doença da criança, exagerando nas medicações, sem intenção de falsificar informações); evento traumático precoce (em função do qual o cuidador considera a criança vulnerável e fica muito preocupado com a sua saúde); ganho secundário (situações em que se ganha auxílio financeiro, vingança ao abandono do esposo, etc).

A síndrome é difícil de ser diagnosticada pelos profissionais, entre outros fatores, pelo parco conhecimento da mesma, decorrente de escassa literatura existente sobre o assunto, principalmente nos países de língua não inglesa (Feldman & Brown, 2002), além da atitude do agressor de negar qualquer tipo de acusação. Nesse sentido,

Forsyth (1995) acredita que, quanto mais conscientes da síndrome os profissionais da saúde estiverem, mais casos serão diagnosticados.

De fato, Trajber e colaboradores (1996), adaptando os escritos de Richard Meadow, datados do ano de 1982, e apoiados por Rosenberg Roy Meadow (2002), apontam para a importância de os profissionais estarem atentos para algumas circunstâncias para, enfim, chegarem ao difícil diagnóstico desta pouco conhecida síndrome. Como indicadores para esse fim, os autores mencionam, doença persistente ou recorrente sem explicação; discrepância entre história, dados físicos e resultados laboratoriais; quadro clínico que causa dúvida em especialistas; sintomas presentes apenas na presença da mãe; despreocupação da mãe com a possível gravidade do caso; hipótese diagnóstica de doença rara, conhecimentos de enfermagem do cuidador ou apresentação de sintomas semelhantes. Quanto a esse último indicador, Roy Meadow (2002) refere que a maior parte da literatura existente sobre SMP, especialmente os primeiros estudos, concentrou-se no reconhecimento e na definição da síndrome, contendo pouca informação sobre os perpetradores. Quando havia alguma referência, faltavam informações detalhadas sobre os seus registros de saúde, necessários para assegurar a possibilidade de um “comportamento anormal”.

Feldman e Brown (2002) referem que existe uma considerável concordância nos países ocidentais em relação ao diagnóstico e ao gerenciamento inicial do quadro. Porém, para eles, a forma como a história dessas famílias é examinada, que seria o primeiro passo para o diagnóstico, é afetada pelas práticas locais, pela estrutura dos serviços de saúde e pela extensão de recursos de enfermagem e outros profissionais. Também os detalhes do gerenciamento, uma vez que o diagnóstico já esteja definido, são afetados pelos papéis e expectativas de pais e mães em diferentes culturas e pela estrutura jurídica local para lidar com o abuso infantil. Dessa forma, os autores

concluem que o número limitado de registros da síndrome em culturas de língua não inglesa reflete mais a falta de consciência dessa forma de maltrato do que a sua real incidência.

Quanto às seqüelas psicológicas causadas na criança por esta síndrome, muito pouco há descrito na literatura. Os resultados de pesquisas realizadas (Rogers & cols. 1976; Meadow, 1985; Mcguire & Feldman, 1989 citados por Forsyth 1995), e igualmente apontados por Pires e Molle (1999) e Schreier (2004), indicam que algumas vítimas tornar-se-ão adolescentes ou adultos portadores de Síndrome de Münchausen, na medida em que continuarão, por si mesmas, a fabricar sintomas. Também foram descritos como efeitos psicológicos adversos: imaturidade, passividade, relacionamentos anormais com as mães, comportamento agressivo, problemas de separação, medo de morrer ou de ser envenenado, intensa ansiedade, comportamento deprimido e hiperativo (Pires & Molle, 1999). Schreier (2004) refere ainda que, a longo prazo, pode ocorrer a geração de um transtorno desafiador opositivo, transtorno de estresse pós-traumático, distúrbios na atenção, problemas na interação social, baixa auto-estima e padrões de distorção da realidade.

Em bebês e em crianças de até três anos de idade foram observados distúrbios de alimentação, e, em pré-escolares, comportamento retraído, hiperativo ou resistente (Forsyth, 1995). Pires e Molle (1999) comentam que, se a criança tem idade em torno dos seis anos, pode acreditar que é responsável por suas doenças, creditando-as como uma punição por maus comportamentos. Já o escolar fica prejudicado pela perda da aprendizagem, educação e interação social com outras crianças, em virtude das repetidas internações hospitalares.

Pasqualone e Fitzgerald (1999) afirmam que não há dúvidas de que a saúde psicológica da criança fica afetada, em virtude das inúmeras hospitalizações,

procedimentos invasivos desnecessários e até cirurgias às quais é submetida. Estas ações acabam tornando-a mais dependente de seu cuidador e “da própria doença”, numa relação de simbiose e cumplicidade (Pires & Molle, 1999). Pasqualone e Fitzgerald também acreditam que o fato de as crianças viverem estas intervenções e ações repetidamente pode fazê-las acreditar que esta forma de viver é normal. A dificuldade que os profissionais encontram é romper esta relação destrutiva que existe entre mãe e filho.

Cabe salientar que o paciente que produz ou simula doenças em si mesmo não está infringindo a lei. Entretanto, no momento em que os sintomas são causados por uma outra pessoa, caracteriza-se uma situação potencialmente forense, na qual a primeira pode ser acusada de crime (Pasqualone & Fitzgerald, 1999).

Assim, fica evidente a importância de serem examinadas as características principais dos perpetradores apontadas na literatura, para que o diagnóstico e o manejo clínico possam ser melhor estabelecidos.

Características do Perpetrador

De acordo com a literatura revisada, o principal participante ou perpetrador no caso da SMP é sempre o cuidador da criança, seja ele pai ou mãe biológicos ou adotivos, babá, enfermeira ou outro parente (Pasqualone & Fitzgerald, 1999; Maida, Molina & Carrasco, 1999). Portanto, segundo Schreier (2004), o diagnóstico de SMP pertence ao cuidador.

Na literatura encontram-se referências de que, na grande maioria dos casos, os agressores são as mães biológicas. Schreier (2004) refere que, em pelo menos 93% dos casos, a mãe é o perpetrador. Feldman e Brown (2002), baseados em uma revisão da literatura internacional, indicam que em 86% dos casos o abusador é a mãe, em 4% o

pai, em 2% os avós e em 4% os novos parceiros dos pais. Geralmente os sintomas desaparecem quando a criança é separada da mãe. A taxa de mortalidade gira em torno de 9% (Santoro Jr. & Guerra, 199-).

Apesar da escassa literatura sobre o tema, é possível traçar um perfil das famílias das vítimas. A mãe, quando perpetradora, mostra-se simpática, interessada, amável, dócil, preocupada e colaboradora com a equipe, uma vez que, em geral, é uma pessoa carente de atenção, o que obtém no serviço de saúde através de seu filho (Santoro Jr. & Guerra, 199-). De fato, as mães costumam ter uma necessidade insaciável de que a atenção seja direcionada para elas. São calmas e confiam nos médicos (Moreira & Moreira, 1999). O ambiente hospitalar é visto por elas como o “pai perfeito” – interativo, preocupado, provedor de cuidado e atenção. Entretanto, sua aparente confiança e competência mascaram seu sofrimento frente à insegurança e baixa auto-estima (Pasqualone & Fitzgerald, 1999).

Trajber e colaboradores (1996), assim como Maida, Molina e Carrasco (1999), também apontam que a mãe costuma apresentar as seguintes características: idade entre 24 e 37 anos; afável; cuidadosa; cooperativa; “vive” no hospital; recusa-se a aceitar separações breves da criança; tem uma relação fácil e amigável com a equipe médica; parece apreciar procedimentos médicos; tem conhecimentos de enfermagem; fica ansiosa por mais procedimentos médicos; permanece calma a despeito da condição aparentemente grave da criança; usa a criança para preencher suas próprias necessidades e possui sintomatologia factícia, tendo ela própria diagnóstico de Síndrome de Münchausen. Contudo, Rogers (2004) alerta para que não haja uma generalização drástica das características dessas mães, pois, segundo ele, em uma área com poucos e dramáticos exemplos, o perigo é tratar casos muito atípicos e extremos como os de um padrão diagnóstico.

Forsyth (1995) ressalta algumas outras características destas mães. Conforme o autor, a qualidade do cuidado com o filho é surpreendente, mas também costuma ser de natureza excessiva. Entretanto, estudos mostram que apesar desse aparente cuidado “exemplar”, essas mães, quando observadas por várias horas, não se relacionam ou são cruéis com a criança (Schreier, 2004). Além disso, desenvolvem relacionamentos próximos com a equipe, chegando a ajudar as enfermeiras em suas tarefas, a realizar refeições com médicos e a manter contato social com a equipe fora do hospital.

Já em relação ao pai, este costuma ser pouco envolvido, raramente visita o hospital, não está a par das falsificações e, com frequência, é alcoolista. É comum ter um emprego que o mantém afastado da família por longos períodos de tempo (Forsyth, 1995; Pasqualone & Fitzgerald, 1999). O relacionamento do casal costuma ser emocionalmente distante e, muitas vezes, abusivo, controlador e super-envolvente ou sufocante (Pasqualone & Fitzgerald, 1999).

A família de origem do perpetrador é marcada pelo abuso físico, sexual ou emocional e, em geral, exibe um padrão patológico de comportamento, incluindo história familiar de uso de medicação psicoativa, ou reação de atenção excessiva e até recompensas frente à doença (Pasqualone & Fitzgerald, 1999). A vítima pode ter irmãos que morreram em condições misteriosas, levando à suspeita de SMP

Roy Meadow (2002) considera uma estimativa de que 50% dos perpetradores de ambos os sexos têm algum transtorno psíquico. Ele sugere que a SMP é uma “perversão da parentalidade”, ou seja, uma falha na capacidade de amar, proteger e priorizar as necessidades da criança.

Libow e Schreier (citados por Pires & Molle, 1999) classificaram os perpetradores em três tipos: os que “procuram ajuda” (*help seekers*), os “indutores ativos” (*active inducers*) e os “viciados em médicos” (*doctors addicts*). Os que

“procuram ajuda” vão aos médicos em busca de atenção para sua ansiedade, depressão, exaustão e inabilidade nos cuidados com a criança. Fazem parte deste grupo os casos de violência doméstica, gravidez indesejada ou não planejada e mães solteiras. “Os ‘indutores ativos’ induzem doenças nos seus filhos com métodos dramáticos” (Pires & Molle, 1999, p.284). Estas mães apresentam uma relação muito boa com a equipe médica e controlam com atenção todos os procedimentos terapêuticos. No entanto, são depressivas, ansiosas, usam a negação, a dissociação do afeto e a projeção paranóide. Por fim, os “viciados em médicos” procuram obsessivamente o tratamento médico para doenças inexistentes em seus filhos. Para isso, mentem e falsificam sintomas e história clínica, e costumam medicá-los por conta própria, uma vez que acreditam na sua enfermidade. Estas mães são paranóicas, desconfiadas, irritadas e contraditórias.

Muitas teorias explicam estes comportamentos maternos. A mais aceita é a de que estas mães teriam perdido precocemente suas próprias mães, representando a rejeição, a falta de amor e de atenção na infância (Pires & Molle, 1999).

Assim, três fatores parecem estar intimamente relacionados à etiologia da SMP. O primeiro deles é a experiência da mãe com abuso na sua infância ou o fato de ter se sentido, ou realmente sido, rejeitada pelos pais. Dessa forma, o relacionamento conjugal insatisfatório na vida adulta contribui para o aumento do sentimento de rejeição e para a baixa auto-estima. O segundo fator é o relacionamento patológico que desenvolve com os filhos, caracterizado pela simbiose. Por último, há o efeito gratificante gerado pelo sistema de tratamento médico. Guandalo, citado por Forsyth (1995), afirma que “a doença é o bilhete de entrada para um local onde o entendimento e o cuidado aliviaram os sentimentos de desamparo e isolamento” (p. 1044). Em geral, esse abuso é compulsivo, mas se essas mães desejarem, elas conseguem controlar seus impulsos e

muitas vezes, ao encontrarem outra forma de preencherem suas necessidades, cessam o abuso (Schreier, 2004).

Schreier (2000) e Awadallah e colaboradores (2005) referem que a motivação dessas mulheres parece residir na necessidade perversa de estar numa dependência ambivalente e hostil, controlando o relacionamento com o médico ou com a equipe. Segundo Schreier, essas relações estabelecidas pela mãe são vistas como uma tentativa de vingar e reparar um passado, fantasiado ou real, de humilhações, através da destruição destas lembranças. Por isso, esses autores defendem que as necessidades dessas mulheres devem ser conhecidas e compreendidas para que um bom diagnóstico seja feito. Roy Meadow (2002), assim como Schreier (2004), acreditam na importância do conhecimento dos profissionais acerca da motivação dos comportamentos dessas mães, critério atual para definir a SMP.

Dessa forma, faz-se necessário, cada vez mais, uma melhor compreensão por parte das equipes de saúde, não só das características dessa síndrome, mas também das motivações inconscientes, sociais e ambientais que envolvem essas pessoas.

Considerações finais

A partir dessa revisão da literatura, pode-se perceber que a escassez de estudos e publicações sobre a Síndrome de Münchausen por Procuração no contexto nacional e internacional dificulta o reconhecimento e o adequado manejo da mesma nos locais de atendimento à saúde das crianças. Dessa forma, desde já, considera-se de extrema importância a capacitação dos profissionais de saúde, abrangendo não só as equipes hospitalares e ambulatoriais, mas também os profissionais das escolas e outras instituições que recebem crianças e suas famílias (Eminson & Jureidini, 2003; Schreier 2004).

É necessário que profissionais de diversas partes do mundo contribuam para o desenvolvimento de padrões de cuidado e diagnóstico numa perspectiva internacional. Ao mesmo tempo, também espera-se que uma expansão da literatura nos países de língua não inglesa forneça recomendações compatíveis às práticas locais (Feldman & Brown, 2002). Assim, novamente se torna perceptível a importância de novos estudos sobre essa forma de violência contra crianças.

Roy Meadow (2002) reitera tal idéia dizendo que a consciência acerca da SMP tem sido útil para direcionar a atenção para muitas formas previamente não reconhecidas pelas quais as crianças vêm sendo seriamente abusadas. Nesse sentido, Fensterseifer e Braga (2003) reúnem em seu artigo a opinião de alguns profissionais que se depararam com a SMP em instituições hospitalares na cidade de Porto Alegre. Entre esses profissionais, foi consenso que a idéia de que o manejo no âmbito institucional é o melhor momento de agir, uma vez que mãe e filho estão sob os cuidados da equipe médica. Entretanto, no Brasil ainda existem poucos escritos sobre o assunto, e menos ainda se conhece em termos de diagnóstico e intervenção. Isso se torna um grande problema, no momento em que, mesmo nos países de língua inglesa, onde há mais literatura disponível, os pesquisadores concordam com a dificuldade existente na detecção da síndrome.

Considerando a afirmação de Roy Meadow (2002), de que a SMP é uma “perversão da parentalidade”, pode-se pensar que a intervenção nesses casos não fica só restrita ao tratamento físico e psicológico da criança. A técnica tripartite, utilizada por Margaret Mahler (citada por Bleichmar, 1992), em que mãe e criança são atendidas em psicoterapia juntas, poderia ser adaptada nesses casos, já que existe uma “ferida” nessa relação e a mesma também deve sarar. Esse tipo de psicoterapia teria o objetivo de “resgatar” as raízes desse vínculo, perdidas em meio a muita dor e sofrimento.

Embora o presente estudo tenha discutido acerca da história, características, conceituação e diagnóstico da síndrome, além das características do perpetrador, fica a sugestão para a realização de novos estudos que investiguem a dinâmica da relação mãe-filho nesse contexto.

Referências

- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM – IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Awadallah, N., Vaughan, A., Franco, K., Sharaby, N. & Goldfarb, J. (2005). Munchausen by proxy: A case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse & Neglect*, 29 (8), 931-941.
- Barrios, A. I. C., Couse, G. F. & Corral, J. P. (1996). Niño maltratado. *Revista Cubana de Pediatría*, 68 (3), 1996, Disponível em <http://scielo.bvs-psi.org.br>, acesso em 13/07/2006.
- Bleichmar, N. M. (1992). *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eminson, M. & Jureidini, J. (2003). Concerns about research and prevention strategies in munchausen syndrome by proxy (MSBP) abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27 (4), 413-420.
- Farinatti, F., Biazus, D. B. & Leite, M. B. (1993). *Pediatria social: A criança maltratada*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Feldman, M. D. & Brown, R. M. A. (2002). Munchausen by proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect*, 26 (5), 509-524.
- Fensterseifer, L., Braga, M. S. (2003). O encontro da violência com a mentira: síndrome de münchhausen por procuração. *Psico*, 34 (1), 181-194.
- Forsyth, B. W. C. (1995). Síndrome de Münchhausen por Procuração. Em L. Melvin (Org.). *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência* (p. 1042-1049). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gil, A. T. (1989). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

- Maida, A. M., Molina, M. E. & Carrasco, X. (1999). Síndrome de Münchausen-por-poder: Um diagnóstico a considerar. *Revista Chilena de Pediatría*, 70 (3), 1999, Disponível em <http://scielo.bvs-psi.org.br>, acesso em 23/03/20026.
- Meadow, R. (2002). Different interpretations of munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 26 (5), 501-508.
- Moreira, E. C. & Moreira, L. A. C. (1999). Hipocondria por procuração: Relato de dois casos. *Jornal de Pediatría*, 75 (5), 373-376.
- Pasqualone, G. A. & Fitzgerald, S. M. (1999). Munchausen by Proxy Syndrome: The forensic challenge of recognition, diagnosis and reporting. *Critical Care Nursing Quarterly*. 22 (1), 52-64.
- Penna, T. L. M. (1992). Desordens fictícias. Em J. de M. Filho, *Psicossomática hoje* (p. 340-343). 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pires, J. M.A. & Molle, L. D. (1999). Síndrome de Münchausen por Procuração: Relato de dois casos. *Jornal de Pediatría*. 75 (04), 281-286.
- Rapse, R. E. & Bürger, G. [198-]. *As aventuras do Barão de Münchausen*. São Paulo: Círculo do Livro.
- Rogers, R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of munchausen by proxy: Extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse & Neglect*, 28 (2), 225-238.
- Santoro Jr., M. & Guerra, V. N. A. [199-]. Münchausen Syndrome by Proxy: “Uma doença fabricada”. *Telecarta de abril*. 04-16.
- Schreier, H. A. (2000). Factitious disorders by proxy in wich the presenting problem is behavioral or psychiatric. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39 (5), 668-670.
- Schreier, H. A. (2004). Munchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34 (3), 126-143.
- Trajber, Z., Murahovschi, J., Candio, S., Cury, R., Gomide, C., Klein, E. & Tofolo, V. (1996). Síndrome de Münchausen por Procuração: O caso da menina que sangrava pelo ouvido. *Jornal de Pediatría*, 72 (1), 35-39.
- Talbot, J. A. (1992). *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.