

Centro Universitário de Adamantina
Revista Científica OMNIA Saúde
e-ISSN 1806-6763
<http://doi.org/10.29327/2272174.6.1-4>

Bruna Porto Valverde¹,
Victoria Gareti Carreira¹,
Ana Carolina Francheschi Siniciato^{1*}
Cesar Marinho¹,

¹Departamento de Medicina, Centro Universitário de Adamantina, Adamantina, SP, Brasil

Autor correspondente:
37119@fai.com.br

Recebido em: 28/05/2023
Aceito em: 14/08/2023

Resumo: A Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP) descrita pela primeira vez pelo médico Meadow em 1977, é um modelo de abuso infantil que consiste na invenção ou na produção intencional de sinais ou sintomas de doenças. Apesar de ter sido descrita pela primeira vez há mais de 60 anos, grande parte dos estudos são relatos de casos e revisões de literatura, definida inicialmente como uma desordem psiquiátrica. Em cerca de 90% dos casos da SMP, o perpetrador é a mãe da criança cuja qual, simula sinais e sintomas na mesma, levando-a a diversas internações, exames e tratamentos invasivos desnecessários a fim de chamar a atenção para si. Ao se investigar essa forma de abuso infantil retoma-se o conceito da relação triangular existente entre o médico, a mãe e a criança. Partindo do pressuposto, além de propor um estudo clínico completo em que abordamos informações gerais sobre a Síndrome e as consequências deste abuso tanto para a criança quanto para terceiros, priorizamos uma análise minuciosa sobre o perfil do perpetrador da doença, suas motivações diversas e as altas taxas de privação e abusos físico e sexual. Esse mesmo estudo identificou a correlação frequente de mentira patológica e apresentações somatoformes ao analisar detalhadamente os registros médicos, de serviço social e de atenção básica à saúde dessas mães.

Palavras-chave: Munchausen; Psiquiatria Infantil; Pediatria; Maus Tratos Infantis; Cuidados do Médico.

INTRODUÇÃO

O termo Síndrome de Munchausen por Procuração foi introduzido na pediatria em 1977 quando Meadow publicou dois relatos de casos onde um dos pais, geralmente a mãe, simulava sinais e sintomas dramáticos na criança que por consequência eram submetidos a uma investigação diagnóstica, expondo o filho a exames a tratamentos desnecessários com objetivo de chamar atenção para si.

Alguns anos mais tarde, o primeiro caso latino americano foi publicado por Jayme Murahovsch, em 1996, que apontava uma fraude também perpetrada pela mãe, que simulava preocupações e devoção e tinha uma ânsia inédita pela exposição do caso e da criança nos veículos de comunicação.

Mesmo sendo casos que muito diferem entre si, como na localização ou na década do ocorrido, ainda assim apresentam grandes semelhanças, o que nos faz questionar a existência de um padrão no perfil do adulto que manifesta essa Síndrome na criança e principais sintomas simulados. Por ainda pouco relatada na literatura médica, principalmente a nacional, a doença continua sendo muitas vezes subnotificada, seja por desconhecimento do profissional pelo assunto, ou pela resistência da equipe aceitar a possibilidade que alguém tão próximo, como a mãe, está adoecendo o próprio filho. Este transtorno faz com que a vítima passe por

incontáveis procedimentos, exames e intervenções invasivas, visto que a queixa não é sanada, e os materiais são incompatíveis com a história, fazendo com que a investigação continue, com isso perpetua-se um risco eminente para o paciente, como por exemplo altas taxas de radiação aplicadas em tomografias, radiografias, dentre outros exames, além de que o autor pode causar ferimentos cada vez mais sérios com a intenção de continuar o caso.

Não se sabe ao certo a porcentagem de ocorrência dessa Síndrome, principalmente no Brasil, mas o custo que é investido em exames e procedimentos é considerável, e ocorre um resguardo da parte médica, em que dificilmente se fecha o diagnóstico da Síndrome por receio, com isso mais gastos desnecessários são feitos.

Com isso, este trabalho tem como objetivo formar e caracterizar um perfil diagnóstico para ajudar com as dificuldades da Síndrome de Munchausen, para isso será apresentada uma revisão bibliográfica que aborda a história, a epidemiologia, os critérios diagnósticos e as principais dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam ao lidar com essa Síndrome e apontar o padrão do perfil do adulto que adoce a criança, discutindo seus principais atributos, a fim de facilitar a chegada da hipótese diagnóstica da Síndrome de Munchausen por Procuração.

Epidemiologia

A Síndrome de Munchausen de procuração tende a ocorrer especialmente em crianças menores de seis anos de idade, porém, não é documentada nenhuma predileção de gênero (GIUSTI et al; 2022). Todavia, casos com vítimas até à idade de dezesseis anos têm sido identificados e nestes casos, as crianças tendem a envolver-se como um modo de aceitação, ou seja, a motivação para a vítima adotar o papel de doente como forma de receber atenção adicional de vários profissionais e muitas vezes até do próprio cuidador(a).

Apesar de alguns casos serem corretamente reconhecidos ainda sim são subnotificados, a incidência do transtorno é de aproximadamente 0,5 a 2,0 por 100.000 crianças menores de 16 anos. Embora a incidência maior seja em crianças menores, crianças maiores também podem ser vítimas. A mortalidade e a morbidade da Síndrome são consequências tanto da ação direta do cuidador quanto das intervenções médicas desnecessárias e invasivas. Esta mortalidade varia de 6 a 10%, podendo chegar até 33% quando o mecanismo empregado para fabricar a doença for o sufocamento ou envenenamento (GONÇALVES et al., 2021).

Embora seja uma Síndrome descrita há mais de 60 anos, a consistência de estudos sobre a epidemiologia ainda é limitada, e as evidências existentes se concentram principalmente em casos graves, também se limitando aos casos relatados às autoridades, portanto o real número de casos existentes ainda não é oficializado (ROESLER et al., 2022).

MATERIAIS E MÉTODOS

Sabe-se que há uma escassez de estudos dedicados à Síndrome de Munchausen por procuração, e um dos motivos que justifica isso é a dificuldade metodológica envolvida, impossibilitando a coleta de dados e os estudos de caso. O presente estudo foi realizado com uma revisão bibliográfica, constituído pela busca de determinados fenômenos e para seu aprofundamento e conhecimento da realidade.

O método científico, foi o hipotético-dedutivo, onde foram formuladas hipóteses no intuito de mostrar as dificuldades de um problema, em que as consequências foram deduzidas, para serem testadas ou falseadas. (PRODANOV; et al, 2013). O conhecimento do tema foi aprofundado e disposto em cinco etapas, sendo elas, formulação de uma questão norteadora, coleta de dados, avaliação dos

dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Na primeira etapa formulou-se a questão norteadora, questionando a existência de um padrão no perfil do adulto que manifesta essa síndrome na criança.

A segunda etapa consiste na elaboração de critérios e na busca por dados na biblioteca virtual. Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados recentemente no Brasil, com resumos disponíveis nos bancos de dados selecionados, texto disponível na íntegra e que fossem de livre acesso. Para seleção dos estudos, realizou-se o levantamento nas seguintes bases de dados: google acadêmico e na Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros-Scientific Electronic Library Online (SCIELO) Brasil. Foram definidas as seguintes palavras chaves para as buscas bibliográficas: Munchausen, Psiquiatria infantil, Sd. de Munchausen na Pediatria, Maus tratos infantis, Cuidados do Médico.

Na terceira fase, foi analisado cada um dos artigos e realizado um apanhado com as informações que julgamos mais fundamentais como, por exemplo: objetivo do estudo, caracterização da SMP, considerações sobre a intervenções necessárias e, o papel do médico frente à SMP. Na quarta etapa, foi realizada uma análise e uma interpretação minuciosa dos artigos selecionados, ressaltando os pontos principais e correlacionando estes com o objetivo do trabalho. Na quinta e última etapa, foi elaborada uma apresentação clara e sucinta dos resultados permitindo ao leitor, sua própria avaliação crítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um número cada vez maior de pacientes está sendo atendido por diversas especialidades médicas devido a comportamentos e sintomas inexplicáveis do ponto de vista médico. Esses sintomas estão se tornando cada vez mais comuns na medicina, embora sua verdadeira escala possa ser ainda maior, uma vez que muitos médicos permanecem cautelosos ao excluir doenças físicas. A fim de encontrar uma base biomédica para o diagnóstico, várias descrições etiológicamente agnósticas e diagnosticamente ambivalentes estão sendo utilizadas na prática clínica. No entanto, na maioria dos casos, esses distúrbios são descritos pelo que não são, em vez de serem considerados doenças em si mesmos.

Com frequência, esses sintomas são associados a distúrbios psicogênicos do movimento, que surgem de contextos sociais específicos e, sobretudo, de crenças ligadas a uma visão primitiva de dualismo

mente-corpo intuitivo. Muitas dessas crenças não são conscientes e servem como impulsionadoras do comportamento, mas também influenciam significativamente a experiência do paciente e as explicações utilizadas para entender e dar sentido aos sintomas. Por exemplo, uma crença inconsciente de que o paciente não pode mover o membro afetado (paralisia) ou a simulação involuntária de movimentos distônicos podem estar por trás desses sintomas. (RIBEIRO et al., 2016).

Os esforços para classificar os transtornos factícios em categorias psiquiátricas mais estabelecidas destacam a falta de fundamentação conceitual desses transtornos. O DSM-5 propõe a recategorização dos transtornos factícios em duas categorias de transtornos de sintomas somáticos: transtorno factício imposto a si mesmo (falsificação de sinais e sintomas médicos ou psicológicos em si mesmo) e transtorno factício imposto a outro (quando um indivíduo falsifica uma doença em outra pessoa, como em crianças). Nesse caso, o diagnóstico é dado ao agente, não à vítima, enquanto a vítima pode receber um diagnóstico de abuso. No entanto, a inclusão desses transtornos em categorias estabelecidas ainda carece de uma base conceitual sólida (FELDMAN et al., 2014).

Apresentação sintomatológica

Como a apresentação clínica depende da história contada pelo cuidador no atendimento médico, as queixas podem ser muito subjetivas podendo transitar entre 3 grandes categorias de classificações das manifestações clínicas, sendo as leves, moderadas e graves.

Manifestações leves em sua maioria são atribuídas em casos que os pais procuram cuidados médicos excessivos e desnecessários, mesmo após a garantia que a criança está bem, seriam os "help seekers" na classificação de Libow e Schreier. é uma tentativa de chamar a atenção para a ansiedade ou depressão, podendo resultar em uma prescrição de antibiótico ou de um teste diagnóstico mesmo sem indicação apenas pela insistência por parte dos pais

A forma moderada da SMP envolve perturbações significativas na vida da criança, mas ainda sem risco de vida, por exemplo um pai insistindo em uma cadeira de rodas para um filho mesmo sem indicação médica. Ou um cuidador que simula erupções cutâneas pintando ou aplicando cáusticos na pele da criança. (ROSENBERG et al., 1987). Já na forma grave temos risco de vida, com pais que apresentam um alto

grau de negação, dissociação de afeto e projeção paranoide. Eles são mais propensos a indução de doenças com métodos dramáticos, como uma remoção cirúrgica do intestino delgado após relatos dos pais de sintomas de obstrução (GALL et al., 2020) O Dr. Antonio Carlos Alves Cardoso, Doutor em Pediatria pela USP, também pontuou as formas de apresentação, dizendo que estado clínico da criança está intimamente relacionado com uma das três maneiras ou pilares em que a agressão se manifesta, que é determinado de acordo com a gravidade da condição clínica que provoca:

A "Mentira", que é quando o agressor fornece informações falsas, o que pode levar a criança a ser privada de bens necessários como alimentos e medicações sem justificativa real. A "Simulação", que ocorre sem agressão direta à criança, por exemplo, aquecendo o termômetro para simular febre ou alterando as anotações de enfermagem ou os resultados dos exames. Acredita-se que esta forma de apresentação ocorra em cerca de 25% dos casos da Síndrome. A "Indução", neste caso, os sintomas ou sinais aparecem de maneiras variadas, como o uso de laxantes para provocar diarreia, intoxicação (com depressores do SNC, anticoagulantes, insulina, etc.). As crianças nesse grupo têm maior risco de morte ou sequelas graves. Acredita-se que uma porcentagem dos casos de "morte súbita" possam ser, na verdade, vítimas desta Síndrome. Em 50% dos casos, os sinais/sintomas são induzidos e, em 25%, há uma combinação de simulação e indução.

O Dr. Antônio Carlos também pontua que as queixas mais frequentes são em relação ao sistema nervoso central, elas representam 45% do total e incluem convulsões, apnéia e depressão. As queixas gastrointestinais são comuns em cerca de 10% dos casos e os vômitos podem ser provocados por meio mecânico ou por drogas.

Erupções cutâneas, conhecidas como "rashes", são observadas em cerca de 10% dos casos e podem ser provocadas pela aplicação de substâncias cáusticas e tinturas na pele, ou por meio de atrito e escoriações. As queixas de febre são referidas em 10% dos casos e podem ser provocadas pelo aquecimento do termômetro, aquecimento do corpo da criança ou injeção de substâncias que aumentam a temperatura do paciente, estima-se que entre 3% e 9% das queixas de febre, sem sinais de localização ou etiologia conhecida, são decorrentes dessa Síndrome.

Os sangramentos são queixas comuns, com hematuria sendo a mais frequentes, mas outros tipos

de hemorragias podem ser causados, como melena, hematêmese ou sangramentos orificiais, os sangramentos podem ser simulados usando sangue de outra pessoa ou substâncias coloridas que parecem ser sangue, e podem ainda ser provocados pelo uso de medicamentos anticoagulantes.

Em alguns casos, os sintomas não são completamente fabricados, em vez disso, podem ocorrer acréscimos de sintomas a uma doença real ou aumento da frequência de um evento que ocorre espontaneamente, por exemplo, a criança pode apresentar convulsões ou epistaxis verdadeiras e esporádicas, mas a pessoa responsável inventa uma série de outras crises, dando a impressão de que a doença é mais grave ou que não responde ao tratamento e exige intervenções mais intensas.

À medida que a criança cresce, há uma tendência de que ela se envolva mais na fraude, tornando-se cúmplice da pessoa responsável, e, a partir da adolescência, pode se tornar portadora da Síndrome de Munchausen por si mesma, em que ela mesma inventa, simula ou provoca os sintomas, uma teoria que explica esse fenômeno é que a criança se acostuma a um relacionamento em que o amor e o afeto estão vinculados a estar doente, ela só se sente amada e cuidada quando está doente; quando está saudável, sente-se negligenciada, e às vezes é realmente negligenciada. (CARDOSO et al., 2018)

Diagnóstico

Segundo Feldman, baseado no DSM-5, o Transtorno factício imposto ao outro, ou também chamado de Síndrome de Munchausen por procuração, é criteriada por requisitos que como falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, como a indução de lesão ou doença em outro, associada a fraude identificada. Tal comportamento fraudulento é evidente até mesmo na ausência de recompensas externas óbvias, além de não ser bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico

Também temos o indivíduo apresentando a vítima a terceiros como doente, incapacitado ou lesionado, ou agindo secretamente para falsificar, simular ou causar sinais ou sintomas de doença ou lesão na ausência de recompensas externas evidentes

Tais critérios pontuados por Feldman ajudam na hora do raciocínio clínico quando vamos levantar a hipótese diagnóstica baseada no quadro da vítima.

Diagnóstico Diferencial

Um dos diagnósticos diferenciais são os Transtornos de sintomas somáticos; nessa situação o indivíduo pode apresentar uma preocupação excessiva com questões médicas percebidas, o que pode levar a uma busca excessiva por atenção e tratamento. No entanto, não há evidência de que o indivíduo esteja fornecendo informações falsas ou se comportando de maneira fraudulenta.

Indivíduos que apresentam um conjunto de sintomas somáticos acompanhados de pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados a esses sintomas ou preocupações com a saúde. Características importantes incluem pensamentos persistentes e desproporcionais sobre a gravidade dos sintomas, ansiedade persistente sobre a saúde ou sintomas e dedicação excessiva de tempo e energia para esses sintomas ou problemas de saúde. O diagnóstico é aplicável mesmo na presença de uma doença clínica, desde que a ênfase seja dada aos pensamentos e comportamentos que acompanham os sintomas (ARAÚJO et al., 2014).

Neste tipo de transtorno deve-se estar atento a pacientes que apresentam múltiplos sintomas físicos sem explicações biológicas plausíveis, o que pode levá-los a buscar constantemente ajuda médica e realizar numerosos exames. É importante ressaltar que a somatização só é considerada um transtorno quando há um padrão repetitivo e crônico de somatização que impacta significativamente a vida do paciente (BRUNONI et al., 2023).

Simulação; simulação é distinta do transtorno factício pelo fato de que na simulação há a intencionalidade de relatar sintomas para obter algum benefício pessoal, como dinheiro ou licença do trabalho. Por outro lado, o diagnóstico de transtorno factício exige que não haja recompensas externas óbvias para o comportamento fraudulento.

No manual DSM-V, é abordada a questão da simulação no contexto das "Outras Condições que Podem Ser Foco da Atenção Clínica". De acordo com o documento, a simulação é definida como a produção intencional ou exagerada de sintomas físicos ou psicológicos falsos, impulsionada por incentivos externos, recompensas ou para evitar responsabilidades. Em alguns casos, a simulação pode ser considerada um comportamento adaptativo em situações de perigo (FELDMAN et al., 2014).

Indivíduos com essas condições são considerados como tendo um grande sofrimento psicológico e possíveis danos ao seu estado mental, o que pode

representar um risco para si e para as pessoas ao seu redor, tanto a simulação quanto o Transtorno Factício são mencionados na maioria dos itens de "Diagnóstico Diferencial" no final dos principais transtornos mentais do manual, destacando a importância de considerar a possibilidade de simulação antes de fechar um diagnóstico em alguém (RODRIGUES et al., 2016).

Para facilitar o diagnóstico da SMP e a literatura médica já aponta um certo padrão do perfil do agressor que podemos ter em mente na hora de levantar as hipóteses, assim evitando que os sinais passam despercebidos

Quadro 1. Perfis

A vítima: a criança	- Idade entre 2 meses a 6 anos
O perpetrador: a mãe	- Idade entre 24 a 37 anos - Super cuidadosa, atenciosa e cooperativa - Recusa separações breves da criança - Aprecia procedimentos médicos, chegando a ser ansiosa por mais - Sintomatologia factícia na mãe - Psicopatia sem rótulo definido - Usa a criança para preencher suas próprias necessidades
O pai: "baixo perfil"	- Minimamente envolvido com a família/ausente - Raramente visita a criança no hospital - Não está a par da falsificação - Alcoólatra
Os irmãos	- Morte em condições misteriosas/suspeitas de SMP
Problemas Maritais	- Divórcios - Segundo casamentos
O Médico	- Instrumento na perpetuação do abuso

Adaptado de Trajber, publicado no Jornal da Pediatria 1996

Com os dados pré estabelecidos, podemos analisar porque tais padrões são repetitivos.

Há uma escassez de material literário sobre o comportamento e as características dos perpetradores, sendo que a maioria das publicações se concentram nas vítimas, no entanto compreender o perfil e o comportamento desses indivíduos pode auxiliar na antecipação de suas ações futuras e na elaboração de um diagnóstico precoce.

O perfil da Síndrome

O Perpetrador / a mãe

A mãe seria a última pessoa em que se suspeitaria de ser o abusador, é difícil entender o por que alguém deseja assumir o papel de paciente, mas é ainda mais incompreensível entender que a mãe submetaria seu filho á exames e procedimentos complexos e dolorosos, quando institui-se esse papel para o filho contrária-se o "amor materno" que é frequentemente considerado um instinto natural, é possível que a ausência ou desvio desse comportamento padrão

seja visto como uma forma de perversão. Quando inicialmente descrita, o médico Meadow sugeriu que a motivação da mãe em provocar doenças na criança era sádica, pois ela esperava que procedimentos cruéis fossem realizados, no entanto quando a condição foi incorporada nos manuais de Psiquiatria como o DSM-4 e CID-10, a motivação da mãe foi reinterpretada como sendo a busca por assumir indiretamente o papel de paciente doente, e portanto a crueldade dos procedimentos tornou-se secundária (TACHIBANA et al., 2020).

Mas as motivações dos perpetradores são diversas, podem variar de uma ansiedade extrema que leva a um exagero dos sinais e sintomas de uma doença, com a intenção de convencer o médico a descartar qualquer possibilidade de tratamento ou então o anseio por adquirir benefícios materiais.

Estudos que investigaram perpetradoras do sexo feminino revelaram altas taxas de relatos de privação, abuso físico e sexual, bem como perdas significativas na infância dessas mulheres. Transtornos

somatoformes e factícios são mais comuns entre essas perpetradoras. Em um estudo recente conduzido por Bass e Jones com 28 mães suspeitas de fabricação ou indução de doença em seus filhos, foi constatado que 57% delas apresentavam transtorno somatoforme e 64% tinham transtorno factício. Ambos os diagnósticos foram encontrados em 39% das participantes. Além disso, esse mesmo estudo identificou a frequente coexistência de mentira patológica e apresentações somatoformes ao analisar detalhadamente os registros médicos, de serviço social e de atenção básica à saúde dessas mães (GONÇALVES et al; 2021)

A mãe aparenta ser gentil e protetora, criando uma relação próxima com o filho, conhecida como fusional ou relação de fuso, esta relação implica que a mãe apresenta comportamentos que alteram o psicológico, como auto-referência, depressão, pensamento concreto, mudanças de humor, dificuldade em diferenciar e constituir a identidade corporal, já no filho observa-se um contato precário com a realidade, percepção do mundo externo como ameaçador, persecutório e destrutivo, além de sinais de falta de controle emocional, pouca capacidade de conter impulsos; Com esse perfil, na psicose, a percepção corporal e a identidade são influenciadas pelo investimento materno no corpo do filho, que é sentido como uma extensão do próprio corpo da mãe. (GONÇALVES et al., 2021)

Esse tipo de vínculo mãe-filho ocorre através de uma relação simbiótica e não-diferenciada. Em outras palavras, durante a gestação, a mãe não consegue criar uma representação mental da criança que está carregando em seu útero, e sente ela como sua posse, essa relação poderia vir a explicar o por que o perpetrador apresenta uma fixação pela criança, não aceita se separar e transmite a ideia de cuidadora que deve o tempo todo estar com seu filho, a ainda mais pode explicar o por que há a colaboração das crianças, uma vez que esse vínculo é criado de uma forma deturpada.

A dedicação aparente da mãe consegue comover e enganar a equipe médica, afinal, ela age aparentemente com muito carinho e atenção com a criança durante a hospitalização, mas a preocupação da perpetradora não parece condizente com a gravidade aparente da doença, e a apreciação e motivação da mãe que incentiva procedimentos médicos complexos, mesmo que possam ser perigosos levanta um questionamento para um alarme (ROSENBERG et al., 1987).

Com a SMP o perpetrador consegue estabelecer ou manter a identidade de alguém, de manter relações interpessoais e lidar com problemas emocionais e carências não atendidas. Doenças prolongadas ou hospitalização podem trazer vantagens que não estariam disponíveis em contextos sociais mais comuns, como um papel claro no ambiente em que se encontram e sensações de importância, pertencimento, cuidado e aceitação por outros (BASS et al., 2014).

Pacientes com Síndrome de Munchausen por procuração geralmente iniciam seu comportamento no início da idade adulta, frequentemente após a hospitalização por um transtorno somático ou mental, destes, muitas mães que apresentam a Síndrome foram vítimas de abuso durante sua infância, o qual incluiu privação, negligência e traumas, ao induzir doenças em seus filhos, elas podem estar trabalhando sua própria dinâmica de abuso precoce. A raiva reprimida por ter sido vítima na infância é projetada na criança, permitindo que a mãe busque ajuda sem precisar confrontar diretamente seu passado traumático (SCHRADER et al., 2017); este pode ser um dos motivos pelo qual a idade média do perpetrador é de 24 a 37 anos, (GIUSTI et al; 2022) são mães jovens que podem estar projetando seus abusos quando engravidam e têm seus filhos. (TRAJBER, 1996)

De modo geral, é comum que os indivíduos que sofrem da Síndrome tenham algum tipo de histórico anterior de envolvimento ou experiência com a área da saúde, esses pacientes frequentam diversos hospitais e, por isso, passam por múltiplas avaliações, e em diversas ocasiões, encontram-se evidências de que os sintomas são auto infligidos, causando então o abandono da avaliação neste hospital, partindo para outro ambiente na tentativa de dar continuidade a Síndrome, (GONÇALVES et al., 2020), o indivíduo passando por inúmeros estabelecimentos de saúde, mesmo após receber alta médica, ignora as orientações e entra em conflito com profissionais da área, buscando tratamento em outras instituições, e é comum que criem histórias falsas sobre seus nomes, endereços e profissões, o que dificulta o acesso aos seus registros médicos e, conseqüentemente, prejudica o diagnóstico. (GARCIA et al., 2019).

O perpetrador possui um conhecimento médico acima da média e/ou nutre uma fascinação por assuntos médicos e pelo ambiente hospitalar, demonstrando curiosidade pelos detalhes das condições de saúde de outras pessoas, e em muitos

casos ele pode ser um profissional da área da saúde ou alguém que busca uma colocação nesse ramo da Saúde HERNÁNDEZ, , com o sua experiência e domínio na área médica, o autor do caso pode proporcionar uma maior acurácia aos sintomas e sinais em que ele falsifica.

Avítima

A SMP é mais comum em crianças na primeira infância, geralmente abaixo dos 6 anos de idade, embora a idade possa variar de caso para caso. Essas crianças podem desenvolver mecanismos para chamar a atenção dos pais, como auto induzir doenças, a fim de escapar do abandono e obter o amor parental, no entanto, essa doença pode se tornar uma forma de expressão para elas e, no futuro, elas podem se tornar pacientes com a Síndrome de Munchausen. Infelizmente, elas podem ter dificuldades em se comunicar com a sociedade e se isolar dos outros. O resultado disso pode ser o aumento do absentismo escolar, o insucesso acadêmico e uma significativa diminuição na capacidade de interação social com seus colegas, o que pode acabar excluindo-as ainda mais da sociedade. (HERNÁNDEZ, et al 2016).

O pai/“baixo perfil”

De modo geral, os pais não perpetradores das crianças que sofrem com doenças induzidas ou fabricadas tendem a ser distantes, pouco engajados, emocional e fisicamente afastados do núcleo familiar (BASS et al., 2014), o autor do ato, a mãe, impulsionado pela sua necessidade psicológica básica de receber atenção e se sentir parte de um grupo, incentiva o médico a investigar a doença suspeita. Dessa forma, o perpetrador mantém uma proximidade com o médico, que é visto como uma figura masculina, e satisfaz a sua necessidade de ser valorizado e alcançar o seu potencial, além de sentir-se realizado ao imaginar uma espécie de "família hospitalar" (OLIVEIRA et al., 2020).

Os irmãos

Se a vítima tiver irmãos, a história clínica deles deve ser pesquisada e os mesmos devem ser protegidos, devido a incidência do abuso. Visto que, em alguns casos, há antecedentes de saúde semelhantes nos irmãos da criança. Os irmãos em questão, usualmente apresentam doenças raras ou sofreram de morte súbita, ou até mesmo casos de doenças sem

diagnósticos conclusivos. Esse quadro demonstra um padrão de comportamento desta mãe.

Problemas maritais

O perfil familiar nestes casos é constituído normalmente pela criança e pelo perpetrador, habitualmente a mãe, integrados a um núcleo familiar disfuncional (marido ausente, conflitos matrimoniais, divórcios e segundo casamento).

O Médico

O médico-profissional de saúde é usado pela mãe para sua satisfação intrínseca, com finalidade de obter atenção, simpatia e compaixão para si, e conseqüentemente, sendo um instrumento na perpetuação do abuso. Neste caso, o médico assume um papel importante tanto na perpetuação do abuso, como no diagnóstico oportuno, visto que, o médico é visto pela mãe como um "herói" capaz de "salvar" a criança, submetendo a criança a procedimentos médicos invasivos e inúteis que podem levar à morte, não condizente com o juramento hipocrático.

Sendo assim, é fundamental que os médicos se atentem e desenvolvam uma desconfiança razoável para que não sejam usados como co autores do abuso, alimentando a Síndrome e prolongando a violência.

Consequências para a vítima

As crianças que sofrem de SMP são submetidas a uma grande quantidade de exames médicos desnecessários, tratamentos invasivos e medicamentos potencialmente perigosos. Além de estarem em constante contato com o agressor que muitas vezes tem um forte poder de manipulação, que pode levar a criança a acreditar que está doente. As consequências para uma criança vítima de SMP podem ser graves e duradouras, variando conforme a gravidade do abuso e da duração que permaneceu sofrendo até ter sido intervida; Os campos mais afetados da criança são a saúde física e emocional. (CIDIVANI, Luiza et al 2020)

Consequências a saúde psicológicas na vítima de SMP

Em um quadro onde temos o cuidado de pressionar e reforçar a ideia da criança doente e fragilizada é esperado que a vítima apresente problemas de autoestima e quadros como ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e também pela exposição prolongada a abusos físicos e psicológicos.

Também temos crianças com quadros de isolamento social, dificuldade de fazer relações com confiança por ter medo de buscar ajuda ou socializar com outras pessoas devido à manipulação e controle do cuidador.

Conclui-se que as consequências desse abuso infantil são extremamente prejudiciais

Consequências a saúde física na vítima de SMP

Vamos ter relações diretas entre ação do abusador e a reação do corpo da vítima conforme qual foi a violência aplicada, sendo mais comuns danos aos órgãos e infecções pela manipulação de medicamentos e tratamentos invasivos

Desnutrição já que temos um quadro onde o abusador manipula fazendo acreditar que a vítima é alérgica ou intolerante a certos alimentos, a submetendo em dietas inadequadas

e por fim anemia nos casos onde a criança é submetida a múltiplas transfusões de sangue desnecessárias

Consequências para o hospital

Por essa exposição frequente das vítimas de SMP, os hospitais também acabam sofrendo com custos médicos significativos que geralmente enfrentam como um desafio ao lidar com os casos da SMP, que gastam com cirurgias, internações prolongadas, tratamentos especializados e testes diagnósticos;

Além dos custos financeiros diretos, outro problema que os hospitais enfrentam é o impacto negativo na sua imagem pública. É comum que os agressores chamem veículos de mídia para expor o caso dos filhos, acusando os hospitais e a equipe médica de negligência, fato que afeta negativamente a confiança dos demais pacientes e da comunidade em relação ao hospital (TRAJBER; 1996)

Por isso é muito importante que o hospital esteja ciente dos sinais da SMP e trabalhe em conjunto com sua equipe multidisciplinar para identificar e tratar adequadamente esses casos, a fim de minimizar os custos financeiros desnecessários, proteger a imagem e reputação do hospital

Conduta

Quando um médico suspeita ou recebe um caso de uma criança vítima de Síndrome de Munchausen por procuração, é importante seguir alguns passos específicos para garantir a segurança e o bem-estar da criança, avaliando por completo e sua história médica ainda que não exista uma diretriz brasileira

sobre a conduta do médico em casos da SMP, mas já algumas diretriz gerais que podem ser aplicadas quando a suspeita (GIUSTI et al; 2022)

A Sociedade Brasileira de Pediatria orienta a avaliação cuidadosa nas crianças com suspeita de maus tratos e abuso infantil, incluindo a investigação da historia clinica e familiar, avaliação medica completa em conjunto com a equipe multidisciplinar, notificação das autoridades responsáveis, a o fornecimento de apoio psicologico e emocional para a criança e sua familia.

No entanto, é importante ressaltar que a abordagem ao tratamento da SMP deve ser personalizada e adaptada às necessidades individuais da criança e de sua família, e que a orientação de um profissional de saúde especializado em abuso infantil e SMP é fundamental para garantir a segurança da criança e uma avaliação completa da situação.

CONCLUSÃO

Com o artigo em questão concluímos que a Síndrome de Munchausen ainda é um desafio para a medicina por ser um tipo de transtorno factício ligado a simulação de sinais e sintomas. Além disso, ainda é limitada a consistência de estudos, influenciando negativamente no gerenciamento terapêutico e no prognóstico, induzindo a um diagnóstico tardio dos médicos e dos demais profissionais de saúde.

Por ser uma forma extrema de abuso infantil associada a alta morbidade e mortalidade levando a sequelas psicologicas irreparaveis, é de suma importância que a equipe de saude seja devidamente preparada para reconhecer e fazer a correta abordagem multiprofissional o mais breve possivel, garantindo assim, a segurança da vitima.

Além das consequências no desenvolvimento físico e psicológico da vítima já citados no texto acima, o diagnóstico tardio da Síndrome pode levar a testes laboratoriais e procedimentos desnecessários, prolongando o tempo de hospitalização e aumentando o custo do sistema de saúde.

Finalizamos o estudo com um apelo para que possamos compreender as necessidades de nossas crianças e da importância de que elas não sejam violadas e, se caso aconteça, que a equipe médica esteja devidamente treinada e capacitada para identificar o perfil do abusador e garantir a segurança que essa criança precisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.
- ALVES, Nuno Miguel Ramalho Correia Simões. **Diferenças de Género na Utilização de Serviços de Saúde: O Papel das Queixas Subjectivas e das Preocupações Sobre os Efeitos da Modernidade na Saúde**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal), 2004.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.
- ÀS CRIANÇAS, Manual de Atendimento et al. Síndrome de Munchausen por transferência. **Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência**, p. 63, 2011.
- BASS, Christopher; GLASER, Danya. Reconhecimento precoce e manejo de doenças fabricadas ou induzidas em crianças. **The Lancet**, v. 383, n. 9926, pág. 1412-1421, 2014.
- BASS, Christopher; JONES, Davi. Psicopatologia de perpetradores de doenças fabricadas ou induzidas em crianças: série de casos. **The British Journal of Psychiatry**, v. 199, n. 2, pág. 113-118, 2011.
- SILVANY, Célia Maria Stolze; IVO, Adriana Meira; SILVA, Laís Grazye Batista. Síndrome de Munchausen por procuração: relato de caso. 2018.
- CARDOSO, Antonio Carlos Alves et al. Síndrome de Munchausen por transferência ou procuração (causada por terceiro). In: **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência [2. ed.]**. Conselho Federal de Medicina, 2018.
- CIDIVANI, Luiza et al. Síndrome de Munchausen por procuração: a importância e os desafios do diagnóstico precoce no contexto do abuso infantil, 2020
- CRIDDLE, Laura. Monstros no armário: Síndrome de Munchausen por procuração. **Enfermeira de cuidados intensivos**, v. 30, n. 6, pág. 46-55, 2010.
- DE BORBA TELLES, Lisieux E. et al. Transtorno factício imposto a outro (Síndrome de munchausen por procuração) e maus-tratos infantis. **Debates em Psiquiatria**, v. 5, n. 6, p. 38-42, 2015.
- DE OLIVEIRA, Ana Lúcia Castelo Branco et al. Palliative care in nursing in the intensive care unit: integrative review/Cuidados paliativos em enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa/Cuidados paliativos en enfermería en la unidad de cuidados intensivos.. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 9, 2020.
- Feldman, M. D. (2000). Factitious disorder and Munchausen syndrome.
- GARCIA, Nathália Pereira et al. Síndrome de munchausen: um caso de confissão espontânea da simulação de sinais e sintomas. In: **Colloquium Vitae. ISSN: 1984-6436**. 2019. p. 52-58.
- GALL, John AM. Physical Child Abuse. **Clinical Forensic Medicine: A Physician's Guide**, p. 195-238, 2020.
- GIUSTI, Marcia et al. Doença inventada ou induzida em uma criança pelo (a) cuidador (a): o que o médico precisa saber. 2022.
- Gonçalves. M.; Pimentel. de C.; MouraR. S.; SiqueiraB. da R.; PimentelF. de C.; FerreiraV. L.; GonçalvesS. J. da C. O transtorno factício das síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por Procuração: uma revisão narrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 11, p. e9072, 22 nov. 2021.
- GONÇALVES, Bruno Marinho et al. Síndrome de Munchausen relacionada à calculose urinária não metabólica: um relato de caso. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 7, n. 2, p. 41-44, 2020.
- Lopes, E., & Anastácio, Z. (2021). Na teia da ficção: a complexa narrativa da Síndrome de Munchausen por procuração.
- LOPES, Elisabete; ANASTÁCIO, Zélia Caçador. Síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa sobre a figura perpetradora. **Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 1, n. 2, p. 93-100, 2022.
- Meadow RD. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57:92-8.
- PIRES, Joelza MA; MOLLE, Lucas Dalle. Síndrome de Munchausen por procuração-Relato de dois casos. **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 4, p. 281-286, 1999.
- RIBEIRO, C.; HALLIGAN, P. Transtornos factícios e maledicência em relação aos distúrbios neurológicos funcionais. **Manual de neurologia clínica**, v. 139, p. 509-520, 2016.
- RODRIGUES, Diego Bezerra et al. Simulação de sintomas e transtornos mentais: Uma revisão crítica do fenômeno para a psicologia. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 21, p. 134-145, 2016.
- ROESLER, A. Thomas, MD; Carole Jenny, MD, MBA, FAAP **Abuso infantil médico (Síndrome de Munchausen por procuração)** 2022
- ROSENBERG, Donna A. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. **Child abuse & neglect**, v. 11, n. 4, p. 547-563, 1987.
- SCHRADER, Harald; AASLY, Jan O.; BØHMER, Thomas. Challenges presented by Munchausen syndrome. **Tidsskrift for Den norske legeforening**, 2017.
- TACHIBANA, Miriam; FERREIRA, Guilherme Dantas. O cuidado materno violento: reflexões psicanalíticas sobre a Síndrome de Munchausen por Procuração. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 41, n. 2, p. 229-248, 2020.
- TRAJBER, Zelnik et al. Síndrome de Munchausen por procuração: o caso da menina que sangrava pelo ouvido. **Jornal de Pediatria**, v. 72, n. 1, p. 35-39, 1996.