



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

MAFALDA MARIA PEDREIRA CASCAIS

***SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN POR
PROCURAÇÃO, UM DESAFIO CLÍNICO***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSORA DOUTORA JENI CANHA**

ABRIL/2012

SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO, UM DESAFIO CLÍNICO

Mafalda Maria Pedreira Cascais¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

mafalda_m_c@hotmail.com

Índice

Resumo.....	3
Abstract	5
Lista de Abreviaturas	7
1. Introdução	8
2. Caracterização.....	14
2.1. Vítimas.....	14
2.2. Agressores	16
2.2.1. Progenitor não agressor.....	21
2.3. Médico	22
2.4. Impacto na equipa de saúde.....	23
2.5. Outros alvos.....	24
2.6. Caracterização Clínica	24
2.6.1. Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI)	29
2.6.2. Acute Life-Threatening Events (ALTE).....	30
3. Diagnóstico	31
3.1. Estratégia diagnóstica	33
3.2. Critérios de diagnóstico	35
3.3. Sinais de alarme.....	36
3.4. Colaboração Interdisciplinar.....	37
3.5. Vídeo Vigilância Oculta (VVO).....	38
4. Estratégias de Intervenção	40
4.1. Plano interventivo.....	40
4.2. Abordagem terapêutica.....	43
4.2.1. Intervenção na criança	44

4.2.2. Intervenção no agressor/cônjuge.....	44
4.2.3 Intervenção na família.....	45
4.2.4. Reunificação	46
5. Evolução, Complicações e Prognóstico	47
6. Prevenção.....	49
7. Conclusões	51
Agradecimentos.....	53
Referências Bibliográficas	54

Resumo

Introdução: A Síndrome de Munchausen por procuração é uma forma rara de mau trato, de grande complexidade diagnóstica e responsável por elevados índices de morbidade e de mortalidade.

Objetivos: A presente revisão pretende atualizar o conhecimento sobre a Síndrome de Munchausen por procuração, visando dotar os profissionais de saúde de informação que permita a evocação do seu diagnóstico nas diversas áreas e o conhecimento das principais linhas orientadoras de atuação, com o intuito de evitar sequelas ou a morte das vítimas.

Materiais e métodos: Com base nos objetivos propostos foi realizada uma pesquisa de artigos científicos e de revisão na *PubMed*, no âmbito do tema em estudo, publicados entre janeiro de 1995 e janeiro de 2012, em português, espanhol, inglês e francês. Foi incluído um artigo de 1977, dado o seu interesse histórico. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Munchausen Syndrome by proxy”, “Pediatric Condition Falsification”, “Factitious Disorder by proxy”. Efetuou-se uma revisão e uma análise detalhadas dos dados obtidos a partir destas fontes.

Desenvolvimento: A Síndrome de Munchausen por procuração constitui uma categoria de maus tratos que associa as vertentes física e psicológica à intervenção médica, podendo o profissional de saúde exercer um papel adjuvante na agressão à criança. Tratando-se de uma entidade rara, o profissional de saúde necessita de um elevado índice de suspeição, sobretudo quando confrontado com a apresentação de quadros clínicos aparentemente inexplicados ou com insucessos terapêuticos inesperados. De caráter frequentemente insidioso e recorrente,

apresenta um amplo espectro de manifestações, podendo integrar o diagnóstico diferencial da Síndrome da Morte Súbita Infantil e de “ALTE” (Acute Life-Threatening Events). O prognóstico pode revelar-se reservado se não forem instituídas medidas de proteção adequadas e em tempo útil.

Conclusões: A Síndrome de Munchausen por procuração deve constituir uma preocupação do clínico. O estado atual da Medicina, particularmente a subespecialização e a evolução tecnológica, associadas às expectativas sociais face aos cuidados de saúde, predispõem à ocorrência desta forma de maus-tratos. Os elevados índices de recidiva e morbi-mortalidade tornam imperativa a sua divulgação junto dos profissionais de saúde, que devem assumir um papel primordial na sinalização e orientação subsequente destes casos.

Palavras-chave: Síndrome de Munchausen por procuração, Síndrome de Munchausen, Mau Trato Infantil, Perturbação Factícia por procuração, Falsificação de Condição Pediátrica, Vídeo Vigilância Oculta, Síndrome da Morte Súbita Infantil, Acute Life-Threatening Events.

Abstract

Introduction: Munchausen Syndrome by proxy is a rare form of maltreatment, with a very complex diagnosis, and is responsible for high rates of morbidity and mortality.

Objectives: The aim of this review is to update the knowledge about Munchausen Syndrome by proxy, in order to provide health professionals with useful information, which will enable the evocation of this diagnosis in the various areas, and the awareness of the main guidelines for its management, in order to avoid sequels or the death of victims.

Materials and Methods: Based on the established purposes, a research of scientific and revision articles on the subject under study was made in PubMed, published between January 1995 and January 2012, in Portuguese, Spanish, English and French. An article from 1997 was also included due to its historical interest. The following key-words were used: “Munchausen Syndrome by proxy”, “Pediatric Condition Falsification” and “Factitious Disorder by proxy”. A detailed revision and analysis have been made of all the obtained data taking these sources as a basis.

Development: Munchausen Syndrome by proxy constitutes a category of maltreatment which associates the physical and psychological aspects, together with medical intervention, therefore providing a possible adjuvant role of health professionals on the process of child abuse. As it is a rare entity, a high rate of suspicion is required from health professionals, especially when confronted with apparently unexplained clinical presentations or with unexpected therapeutic failures. This syndrome, often characterized by its insidious and recurrent nature, presents a broad spectrum of manifestations, which can integrate the

differential diagnosis of Sudden Infant Death Syndrome and "ALTE" (Acute Life-Threatening Events). The prognosis may be poor if protective measures are not established adequately and in time.

Conclusions: Munchausen Syndrome by proxy should be amongst health professional's concerns. The current state of Medicine, particularly the subspecialization and the technological evolution, associated with social expectations towards health care, predispose to the occurrence of this form of maltreatment. The high rates of recurrence, morbidity and mortality make its divulgation imperative amongst health professionals, who should assume a primordial role in the identification and subsequent orientation of these cases.

Key-words: Munchausen Syndrome by proxy, Munchausen Syndrome, Child Abuse, Factitious Disorder, Factitious Disorder by proxy, Pediatric Condition Falsification, Covert Video Surveillance, Sudden Infant Death Syndrome, Acute Life-Threatening Events.

Lista de Abreviaturas

AAPCAN – American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect

ALTE – Acute Life-Threatening Events

APSAC – American Professional Society on the Abuse of Children

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision

FCP – Falsificação de Condição Pediátrica

PFPP – Perturbação Factícia Por Procuração

SM – Síndrome de Munchausen

SMPP – Síndrome de Munchausen Por Procuração

SMSI – Síndrome da Morte Súbita Infantil

VVO – Vídeo Vigilância Oculta

1. Introdução

O termo Síndrome de Munchausen (SM) foi usado em 1951 por Richard Asher, médico britânico, para descrever um quadro caracterizado por doentes que fabricavam doenças, obrigando a excessivas consultas hospitalares e à procura sucessiva de médicos, implicando investigações morosas e potencialmente lesivas assim como internamentos e tratamentos desnecessários, incluindo cirurgias (Bartsch et al. (2003); Thomas (2003), Garrote et al. (2008)). Os doentes podem descrever uma história plausível e dramática, adulterar exames laboratoriais, provocar lesão em si próprios ou interferir com o tratamento, tentando ludibriar o diagnóstico do médico (Olry and Haines (2006); Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Garrote et al. (2008); Miller (2008); Byard (2009)). O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edição (DSM-IV) categoriza o SM como uma perturbação factícia cujas motivações continuam a confundir a classe médica (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)).

O termo Munchausen, na literatura e na Medicina, deriva do nome de um mercenário do século XVIII, Barão von Münchhausen, conhecido como o “barão das mentiras”, que ficou famoso por contar histórias fantásticas das suas viagens e aventuras como soldado, caçador e desportista (Thomas (2003), Olry and Haines (2006), Garrote et al. (2008), Alicandri-Ciufelli et al. (2012)). Olry and Haines (2006) e Garrote et al. (2008) fazem referência a uma publicação de Asher na qual explicou o recurso a este epónimo, ao descrever manifestações clínicas raras e recorrentes em três indivíduos. Outra citação de Asher é mencionada por Criddle (2010): “a característica mais notável desta síndrome é sua aparente insensatez. Tornar-se um doente é o objetivo desta síndrome”.

Posteriormente, Varity denominou Síndrome de Polle a apresentação deste quadro em crianças, de acordo com os sintomas alegados pelos pais. Polle era o nome do filho de

Munchausen que morreu antes de completar um ano de idade. Embora seja comentado que possa ter apresentado uma doença factícia provocada pelo pai, as circunstâncias da morte não são conhecidas e não existem dados que permitam afirmar aquela hipótese (Olry and Haines (2006); Garrote et al. (2008)).

Em 1977, Roy Meadow, pediatra britânico, usou o termo Síndrome de Munchausen por procuração (SMPP) para descrever dois casos de crianças cujas mães fabricavam sinais de uma doença inexistente, resultando em considerável atenção e tratamentos médicos (Bartsch et al. (2003); Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Byard (2009); Criddle (2010)). Na sua publicação “Munchausen Syndrome by Proxy – the hinterland of child abuse” em 1977, Meadow descreveu os casos de duas crianças do sexo masculino, uma com envenenamentos repetitivos com sal desde as seis semanas de idade, culminando com a morte aos quinze meses, e outra submetida a inúmeras investigações e procedimentos médicos e cirúrgicos devido a doença renal factícia, apresentando “hematúria” que a mãe simulava ao adicionar o seu próprio sangue a amostras de urina do filho (Meadow (1977); Meadow (2002); Sharif (2004); Awadallah et al. (2005); Garrote et al. (2008); Lindahl (2009); Criddle (2010)). Destes testemunhos derivou a denominação SMPP para retratar este tipo de mau trato (Meadow (2002)) em que se simula uma doença na criança a fim de assumir o papel de doente e se pretende chamar a atenção dos profissionais de saúde (Lindahl (2009)).

Antes do artigo de Meadow outras observações semelhantes foram constatadas, como a citada por Olry and Haines (2006), referente à publicação de Pickering, de três casos de intoxicação por salicilatos negadas pelos pais, mais tarde descritos como “manifestações da síndrome da criança batida”. Em 1976, Rogers et al. publicaram seis casos de envenenamento não acidental em crianças, classificando-os como uma forma atípica de mau trato (Garrote et al. (2008) e Olry and Haines (2006)).

Em meados dos anos 80 do século XX, a designação SMPP foi alargada a interações psicopatológicas idênticas entre adultos. Em 1996, Bools excluiu o epónimo e optou pelo termo “Perturbação Factícia por Procuração” (Olry and Haines (2006)), designação adotada pelo DSM-IV (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)). Desta forma SMPP conjuntamente com o original SM pertencem ao grupo das perturbações factícias (Vennemann et al. (2006)).

Em 1987, Rosenberg publicou um artigo de revisão muito abrangente sobre SMPP, definindo-a como uma doença na criança, simulada e/ou produzida por um progenitor ou por alguém que exerça um papel idêntico. Implica normalmente observações e cuidados médicos frequentes, obrigando a múltiplas investigações; o agressor nega conhecer a etiologia da doença da criança e os sintomas e sinais regredem quando a criança é separada do agressor. Esta definição excluía os maus tratos físicos, abuso sexual e atraso de crescimento não orgânico isolados (Meadow (2002); Sheridan (2003)).

Não existindo consenso sobre a definição da SMPP, é considerada uma combinação de maus tratos físicos e psicológicos e de negligência médica, em que o envolvimento do profissional de saúde, “manipulado” pelos agressores, vai participar no processo ainda que não intencionalmente (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Criddle (2010)). O mau trato na SMPP requer uma dinâmica interpessoal entre o cuidador/agressor e o médico que, muitas vezes iludido pelos agressores, os defende das suspeitas (Jureidini et al. (2003); Schreier (2004); Criddle (2010)). A SMPP diferencia-se de outras formas de mau trato infantil pela contribuição da classe médica na produção de morbilidade, tornando-a crucial na sua génese (Jureidini et al. (2003); Criddle (2010)).

A definição de SMPP, de acordo com a American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), abrange os casos em que a criança é vítima de mau trato por um adulto

que falsifica sinais e sintomas físicos e/ou psicológicos fazendo crer que seja considerada doente ou com alguma deficiência (Thomas (2003)).

Vários termos são usados para descrever esta entidade: Síndrome de Munchausen por procuração, Munchausen por procuração, Síndrome de Indução de Doença e Falsificação de Sintomas Pediátricos, Doença Factícia ou Doença de Fraude (Thomas (2003); Criddle (2010)). O DSM-IV usa o termo Perturbação Factícia por Procuração (PFPP), que define como “a produção ou simulação intencionais de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos noutra pessoa que está sob os cuidados de um indivíduo com o propósito de indiretamente assumir o papel de doente” (Morrell and Tilley (2011)). A APSAC usa a designação Falsificação de Condição Pediátrica (FCP) para o mau trato infligido à criança e PFPP para a presumível motivação do agressor (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Criddle (2010)). Assim, segundo estas recomendações, a criança vítima deste tipo de mau trato possui o diagnóstico de FCP e a PFPP constitui a categoria diagnóstica para o cuidador (Schreier (2002); Schreier (2004); Awadallah et al. (2005)). O termo SMPP é aplicado ao distúrbio que engloba estes dois elementos, o diagnóstico na criança e o diagnóstico no cuidador, dada a familiaridade e aceitação do termo na comunidade médica (Schreier (2002); Schreier (2004); Lindahl (2009)).

Considerada uma entidade rara por alguns autores (Schreier (2004); Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)), outros defendem que se encontrará subdiagnosticada devido à falta de conhecimento e experiência profissional (Bartsch et al. (2003); Lasher (2003); Thomas (2003); Klepper et al. (2008); Criddle (2010)). A maioria dos profissionais está pouco informada sobre SMPP e alguns questionam a sua existência (Klepper et al. (2008)). A principal dificuldade na sua identificação consiste em considerá-la como hipótese diagnóstica (Annequin (2010)).

O contexto internacional da SMPP foi abordado num estudo de revisão da literatura realizado por Feldman and Brown (2002), com base em 59 artigos de 24 países, descrevendo pelo menos 122 casos em 9 línguas diferentes e tendo concluído que a SMPP não é exclusiva do Ocidente. Apesar de ter considerado que a medicina moderna desempenha um papel na perpetuação de SMPP, foi reconhecido que o erro diagnóstico mais comum, a falha em considerar SMPP como diagnóstico diferencial, é universal. Também a abordagem após o diagnóstico pode ser consideravelmente afetada pelas diferenças culturais e pelas estruturas legais vigentes. Os autores propõem a elaboração conjunta de diretrizes para a abordagem deste tipo de mau trato, englobando os profissionais que trabalham sem os recursos tomados como garantidos no Ocidente (Feldman and Brown (2002)).

A APSAC reconheceu ser essencial para a proteção da criança distinguir a SMPP de outras formas que envolvem FCP dado que proporcionarão diferentes graus de risco para a criança, com pior prognóstico para a SMPP. Por outro lado, as abordagens terapêuticas diferem significativamente das concebidas para outros tipos de mau trato infantil (Schreier (2002); Schreier (2004)).

Relativamente aos maus tratos físicos, a SMPP difere no grau de premeditação que impõe, enquanto os primeiros normalmente ocorrem em resposta a algum comportamento da criança (Criddle (2010)). Também o dano infligido às crianças pelos pais, como resultado de frustração ou raiva, tipifica uma forma mais clássica de mau trato infantil (Sharif (2004)). Outras características distintivas são mencionadas na Tabela 1. Todavia, apresentam também características comuns: um longo historial de consultas médicas em diferentes serviços de saúde, a não assunção por parte dos agressores da responsabilidade pelo estado de saúde da criança, hostilidade quando confrontados com o diagnóstico, podendo fugir com a criança e a melhoria da condição da criança quando separada do agressor (Criddle (2010)).

Tabela 1. Características distintivas: Maus Tratos Físicos e SMPP

Agressor típico - Maus Tratos Físicos	Agressor típico – SMPP
Padrasto da criança ou companheiro da mãe	Mãe ou outro cuidador do sexo feminino
Relutância em procurar cuidados de saúde	Procura cuidados médicos frequentemente
Interesse na alta rápida da criança	Renitência face à alta da criança
Mal-humorado, hostil e ameaçador	Impaciente para mostrar os seus conhecimentos médicos e a preocupação com a criança
Necessidade de reconhecimento como detentor do poder	Necessidade de passar a imagem de mãe devota
Sente-se ameaçado pela equipa de saúde	Ambiciona atenção e aprovação da equipa médica
Evita o contacto com membros da equipa	Integra a dinâmica da equipa de saúde
Vítima típica – Maus Tratos Físicos	Vítima típica – SMPP
Evidenciam achados muitas vezes específicos mas cuja história é vaga	Evidenciam achados vagos, mas cuja história descrita é específica
Apresentam habitualmente lesões físicas ou sinais de negligência	Apresentam doença atípica

Fonte: adaptado de Criddle (2010)

Embora os números exatos sejam desconhecidos, calcula-se que a incidência seja de aproximadamente 0,4/100000 crianças com idade inferior a 16 anos e 2/100000 em crianças com idade inferior a 1 ano (Sharif (2004)). As formas mais graves são raras e estão associadas a mortalidade apreciável, semelhante a outros tipos de mau trato infantil (Adshead and Bluglass (2005)). De acordo com um estudo de Davis et al, mencionado nas publicações de Klepper et al (2008) e Su et al (2010), a incidência de SMPP no Reino Unido era de 0,5 por 100000 crianças abaixo dos 16 anos de idade

2. Caracterização

2.1. Vítimas

A criança vítima de SMPP exerce o papel de veículo que proporciona ao agressor a entrada no ambiente dos cuidados de saúde, sendo frequente um historial de contactos recorrentes (Schreier (2004); Criddle (2010)).

As vítimas têm geralmente idade inferior a 2 anos e raramente superior a 6 (Senocak et al. (1995); Morrell and Tilley (2011)), sendo mais frequente na primeira infância dado que as crianças não têm capacidade para reconhecer e relatar os maus tratos (Schreier (2002); Awadallah et al. (2005); Vennemann et al. (2006); González et al. (2008); Criddle (2010)). No entanto os maus tratos podem continuar até à adolescência, prolongando-se por vários anos (Schreier (2002); Criddle (2010)).

A incidência de SMPP aparenta ser igualitária na distribuição entre sexos (Criddle (2010); Morrell and Tilley (2011)). Um estudo realizado por Sheridan (2003) englobando 415 crianças, sugeriu que não existe uma preponderância de género (52% rapazes e 48% raparigas); no entanto, quando o agressor é o pai normalmente as vítimas são rapazes (21:7).

Em cerca de 40% dos casos as manipulações atingem dois irmãos (Sharif (2004); Vennemann et al. (2006)). Estes apresentam também doenças complexas e inexplicáveis (Feldman et al. (2007)). Numa revisão efetuada por Sheridan, incluindo os 451 casos de vítimas desta forma de mau trato, 53 dos 210 irmãos (25%) faleceram e 130 (61,3%) apresentavam sintomas similares aos das vítimas ou sintomas de origem duvidosa (Sheridan (2003); Schreier (2004)). Uma outra série revelou que em 18% dos casos existia história de morte de irmãos (Sharif (2004)).

Muitos médicos desconhecem e denotam dificuldades na abordagem da SMPP numa criança mais velha. Embora muitos casos tenham sido discutidos, sabe-se menos sobre a forma de apresentação nesta faixa etária (Awadallah et al. (2005)). Um estudo de revisão levado a cabo por Awadallah et al. (2005), englobando crianças com idade superior a 6 anos, concluiu que embora todas as formas de doença factícia possam atingir crianças mais velhas, a falsificação de sintomas e de dados clínicos que obriguem a criança a submeter-se a investigações pode ser mais comum. Crianças mais velhas podem ser coagidas a fingir sintomas e podem não conseguir denunciar, mesmo quando separadas do agressor, pela dificuldade em compreender a realidade (Lasher and Feldman (2004); Awadallah et al. (2005); Criddle (2010)). De acordo com Awadallah et al. (2005) as crianças com problemas de socialização com os seus pares podem considerar mais fácil manter este esquema, em detrimento do comportamento de oposição próprio da adolescência. Por outro lado, as vítimas tendem a aprender que a interpretação do papel de doente lhes permitirá mais facilmente obter a afeição materna que desejam, e eventualmente evitar maus tratos físicos ou obter recompensas (Awadallah et al. (2005); Criddle (2010); Morrell and Tilley (2011)). Neste sentido, algumas crianças podem induzir sintomas em si próprias (Le Heuzey (2010)). Le Heuzey (2010) menciona a descrição de Libow, de 48 casos de perturbações factícias, em que 42 foram provocadas pelo jovem, principalmente febre, diabetes, púrpura e infeções. Há situações em que a criança falsifica os sintomas sob a orientação da mãe (Le Heuzey (2010)).

Enquanto nalguns casos, as vítimas que sobrevivem compreendem mais tarde os maus tratos a que foram submetidas, outras permanecem enredadas no abuso, adotando a doença fabricada e tornando-se “coniventes” com o agressor (Awadallah et al. (2005)). Neste âmbito, estão descritos vários casos de vítimas de SMPP na infância que manifestam mais tarde características de SM (Feldman et al. (2007); Garrote et al. (2008)) ou perpetuam o padrão de abusos nos seus próprios filhos (Criddle (2010)).

2.2. Agressores

Acredita-se que os agressores são movidos pela necessidade de atenção e de reconhecimento sobre si próprios, constituindo a principal motivação para interagir com os prestadores de cuidados de saúde e estando dispostos a lesar as crianças de forma a satisfazer essa necessidade (Criddle (2010)).

Embora o agressor possa ser qualquer cuidador, a mãe biológica é a mais frequente (Thomas (2003)). As mulheres são agressoras em 90 a 98% dos casos: as mães perfazem 85% dos agressores e as restantes são cuidadoras ou enfermeiras (Senocak et al. (1995); Thomas (2003); Schreier (2004); Vennemann et al. (2006); Criddle (2010); Morrell and Tilley (2011)). As mães agressoras são, na maioria dos casos, de raça branca e com idade entre os 20 e os 30 anos (Thomas (2003)). Embora esteja descrito que a maioria dos agressores é de raça branca, classe alta e instruída, alguns autores não reportaram diferenças étnicas e de classe económica (Morrell and Tilley (2011)) e outros fizeram referência a um baixo nível socioeconómico (González et al. (2008)).

Relativamente aos agressores do sexo masculino, as percentagens variam entre menos de 5% até aproximadamente 10% dos casos (Thomas (2003); Sharif (2004); Morrell and Tilley (2011)). Um estudo de Sheridan revelou que as mães tendiam a maltratar, de forma equivalente, filhos de ambos os sexos enquanto os pais maltratavam três vezes mais os filhos do sexo masculino (Sheridan (2003)). Contrariamente às agressoras, os homens não estabelecem relações estreitas com o pessoal nem são considerados pais extremos ou tão cuidadosos, pelo contrário, podem revelar-se excessivamente exigentes, litigiosos, arrogantes, vangloriando-se dos seus feitos à equipa e por vezes ameaçando processos por cuidados deficitários. Embora isto possa suceder com as mulheres, não é tão comum (Schreier (2004); Morrell and Tilley (2011)).

Alguns casos envolvem maus tratos da mãe e do pai (Schreier (2004); Morrell and Tilley (2011)). Pais adotivos, padrastos e outros familiares ou cuidadores também foram documentados como agressores na SMPP (Lasher and Feldman (2004); Criddle (2010)).

A mãe agressora apresenta geralmente uma grande capacidade de manipulação, conquistando o apoio e o reconhecimento de enfermeiros, médicos e da própria família, sendo considerada uma mãe carinhosa e empenhada, o que reforça a perpetuação do seu comportamento (Thomas (2003); Schreier (2004); Vennemann et al. (2006); Garrote et al. (2008)). Aprecia a atenção e os elogios da equipa por se revelar uma cuidadora superior (Thomas (2003), Morrell and Tilley (2011)). A dificuldade diagnóstica advém do aparente carácter zeloso para com a criança que os agressores conseguem fazer transparecer para a equipa de saúde e para as pessoas que os rodeiam (Schreier (2004); Criddle (2010)). Estão sempre presentes, aparentemente muito ligadas e atentas à criança, evitando deixá-la sozinha (Thomas (2003); Garrote et al. (2008); Morrell and Tilley (2011)), mas com atitudes que oscilam entre a solicitude e a agressividade (Le Heuzey (2010)). Podem mesmo desempenhar tarefas na presença da equipa, apreciam e parecem confortáveis no ambiente hospitalar, tentando participar em conversas do hospital, aprender especificidades sobre o estado de outros doentes ou fazer amizade com a equipa, habitualmente com os elementos mais jovens (Thomas (2003); Garrote et al. (2008); Morrell and Tilley (2011)).

Apresentam-se habitualmente bem informados acerca de aspetos médicos e opções terapêuticas, quer através de experiência pessoal como doente, quer através de formação como prestador de cuidados a crianças ou de cuidados de saúde, ou através de pesquisa na literatura ou na Internet (Senocak et al. (1995); Sheridan (2003); Thomas (2003); Criddle (2010); Le Heuzey (2010); Morrell and Tilley (2011)). Num estudo conduzido por Sheridan, 14,16% dos agressores possuíam emprego ou formação relacionados com a saúde, destacando-se a enfermagem como a ocupação mais frequente (Sheridan (2003)).

Estes agressores denotam satisfação com a realização de investigações, ainda que penosas para a criança, encorajando os médicos a encontrar a causa da doença (Thomas (2003); Feldman et al. (2007); Annequin (2010); Le Heuzey (2010)). Revelam-se despreocupados face à sintomatologia do próprio filho - “*la belle indifférence*” - alternando, por vezes, com uma “excessiva” preocupação (Garrote et al. (2008); González et al. (2008)) e abordam de forma demasiado ligeira situações próximas da morte das suas crianças (Morrell and Tilley (2011)). Um diagnóstico preocupante não os afeta, permanecendo particularmente calmos quando a criança apresenta uma situação grave, por exemplo, uma paragem cardíaca (Thomas (2003); Morrell and Tilley (2011)). Quando secretamente vigiados/filmados, geralmente ignoram ou podem até maltratar a criança, mostrando-se mais preocupados com a equipa hospitalar (Schreier (2004); Criddle (2010); Morrell and Tilley (2011)). Também é frequente tomarem decisões terapêuticas sem as comunicar ao profissional de saúde ou não cumprir uma indicação precisa do médico (Garrote et al. (2008)). Para evitar a descoberta do diagnóstico percorrem diferentes médicos e vários hospitais, tornando mais difícil a obtenção do verdadeiro historial médico, o que leva o clínico a considerar como reais os factos descritos pelo agressor (Thomas (2003)). Também relatam frequentemente eventos negativos e dramáticos sobre si e sobre a sua família, e exageram ou falsificam as suas habilitações educativas e profissionais ou de familiares (Thomas (2003)).

Os agressores constroem tão bem esta ilusão que mesmo quando apanhados em flagrante, amigos, membros da família e elementos das equipas de saúde tendem a considerar que foram injustamente acusados (Criddle (2010)).

O agressor apresenta frequentemente problemas psicológicos ou doença psiquiátrica, com tendência para a mentira – mentira patológica ou Pseudologia Fantástica (Thomas (2003); Bass and Jones (2011); Morrell and Tilley (2011)). De facto, 80% dos agressores têm história de tratamento psiquiátrico e 60% fizeram tentativas de suicídio (Thomas (2003)). A

avaliação psiquiátrica dos agressores pode revelar vários tipos de perturbações da personalidade, nomeadamente a antissocial, borderline, histriónica ou narcisista, perturbação factícia, depressão (Sheridan (2003); Thomas (2003); Adshead and Bluglass (2005); Olry and Haines (2006); Vennemann et al. (2006); Garrote et al. (2008); Morrell and Tilley (2011)), doenças psicóticas, obsessões e preocupações com a possibilidade de causar dano às suas crianças (Morrell and Tilley (2011)), perturbações do comportamento alimentar, abuso de álcool ou drogas (Thomas (2003); Vennemann et al. (2005)), antecedentes de mau trato na infância ou de problemas somatoformes, isolamento social e maus tratos conjugais (Le Heuzey (2010)), não sendo incomum o relato de abusos sexuais (Schreier (2004)). Estudando a infância do agressor e analisando a sua relação com os pais, pode constatar-se em muitos casos que a SMPP esteve presente na sua vida ou noutros membros da família (Ojeda et al. (2010)). Muitas mães envolvidas apresentam características da SM e/ou problemas de somatização mais cedo na decurso da sua vida (Schreier (2002); Schreier (2004)). É referido que adultos com diagnóstico de distúrbios factícios têm maior propensão para a SMPP do que os grupos controlo (Sharif (2004); Bass and Jones (2011)).

A necessidade do agressor em manter uma relação estreita com a equipa de saúde pode advir do facto dos companheiros destas mulheres serem habitualmente distantes, sendo a maioria casada e com história de problemas conjugais em cerca de 40% dos casos (Senocak et al. (1995); Sheridan (2003); Thomas (2003); Schreier (2004); Criddle (2010); Morrell and Tilley (2011)).

As necessidades motivacionais invocadas na SMPP são bastante distintas das encontradas noutras formas de FCP e nas categorias mais comuns de mau trato infantil (Schreier (2002), Schreier (2004)). De entre estas, são referidas a obtenção de respeito e notoriedade da sociedade pelo papel de mãe devota e carinhosa (Sheridan (2003); Lindahl (2009); Criddle (2010)), a aquisição de apoio e interesse dos membros da família ou

reconciliação com o cônjuge (Rosenberg (2003); Schreier (2004); Criddle (2010)), exibição de conhecimentos médicos, provando a si mesmos que comandam a situação ao manipular os especialistas (Rosenberg (2003); Lindahl (2009)), fuga a responsabilidades (Rosenberg (2003); Criddle (2010)), construção de autoimagem de benfeitor (Criddle (2010)) e integração no ambiente hospitalar, como forma de possuir uma vida social e vivenciar a emoção do hospital (Schreier (2004)).

Contrariamente ao referido no DSM-IV, outras motivações como ganho monetário, apoio comunitário, atenção dos média ou a custódia da criança, podem coexistir na SMPP, mas estas preocupações são secundárias (Schreier (2002); Schreier (2004); Lindahl (2009); Criddle (2010)).

A avaliação da motivação do agressor é um assunto controverso na literatura. Segundo alguns autores a motivação, embora útil para o terapeuta, é insignificante para o diagnóstico de mau trato. Neste sentido, a motivação do agressor apenas se torna relevante quando se considera a hipótese de condenação, tratamento ou reintegração (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Morrell and Tilley (2011)). De facto, em nenhuma outra forma de maus tratos se inclui a motivação do agressor como critério diagnóstico e um conhecimento incontestável desta é difícil, não podendo ser inferida ou observada (Morrell and Tilley (2011)). Outros autores, porém, argumentam que a motivação do agressor necessita ser avaliada e compreendida perante o diagnóstico de SMPP, dado que contrariamente a outras formas de PCF, pode ajudar a confirmar o diagnóstico e a planear o seguimento, dada a elevada taxa de recorrência (Meadow (2002); Awadallah et al. (2005)). Segundo Schreier (2004), após a garantia da segurança da criança, a abordagem da motivação do agressor é importante na distinção entre SMPP e outras formas de falsificação de doença.

2.2.1. Progenitor não agressor

O progenitor não agressor, habitualmente o pai, é raramente mencionado na literatura (Morrell and Tilley (2011)).

Os estudos de Martinovic, citados por Morrell and Tilley (2011), descreveram homens com idades entre os 37 e os 43 anos, predominantemente casados, em geral com a agressora, embora estejam descritos casos de mães solteiras e pais divorciados.

Quando não estão envolvidos de forma ativa nos maus tratos, os pais ou os homens que asseguram a tutela das vítimas, são habitualmente distantes do sistema familiar, emocionalmente desprendidos e ausentes da educação da criança, não assegurando um papel protetor (Senocak et al. (1995); Criddle (2010); Le Heuzey (2010); Morrell and Tilley (2011)). Raramente visitam as crianças quando hospitalizadas, invocando compromissos profissionais (Schreier (2004); Criddle (2010); Morrell and Tilley (2011)). Normalmente é o pai que assegura o sustento da família nuclear, mostrando-se imerso no trabalho, mas compromissos sociais e o abuso de álcool podem também comprometer as relações conjugais e parentais (Morrell and Tilley (2011)). Parecendo estar alheios à doença da criança e aos maus tratos (Morrell and Tilley (2011)), são geralmente surpreendidos quando a verdade é desvendada (Senocak et al. (1995)). Podem exercer um papel facilitador (Awadallah et al. (2005)) ou por outro lado negar a possibilidade de abuso perante factos inequívocos ou apelos de ajuda das vítimas (Criddle (2010)). Embora em alguns casos sustentem as afirmações das esposas, a maioria dos homens acaba por concordar com o diagnóstico, mostrando-se recetiva ao tratamento, e alguns separam-se das esposas (Morrell and Tilley (2011)).

Morrell and Tilley (2011) referem diferenças entre pais e mães nas áreas de inteligência e agressividade. Em geral, os pais são descritos como intelectualmente menos

dotados e menos qualificados; as mães são tendencialmente dominantes, no campo da agressividade, da inteligência e do estatuto social (Morrell and Tilley (2011)).

2.3. Médico

Os médicos desempenham um papel essencial no diagnóstico, no entanto, a dinâmica da relação médico/doente acaba por ser comprometida, dadas as particularidades desta síndrome (Adshead (2005)). O médico assistente está usualmente em melhor posição para conhecer a família, abordar a motivação do agressor e avaliar a possibilidade de doença factícia (Awadallah et al. (2005)), mas pode falhar na compreensão da origem dos sintomas da criança e contribuir para a persistência do mau trato através de investigações ou tratamentos desnecessários e dispendiosos (Wilson (2001); Schreier (2002); Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Klepper et al. (2008)). Numa meta-análise de casos publicados, 75% da morbilidade ocorreu sob os cuidados do médico assistente (Schreier (2002); Schreier (2004); Ulinski et al. (2004); Criddle (2010)).

Os agressores fornecem habitualmente dados de interesse clínico, que apelam ao fascínio da classe médica por casos aparentemente raros e publicáveis, o que pode incitar involuntariamente, a apresentação de quadros mais elaborados. Constitui-se assim uma dinâmica bidirecional em que o doente influencia o médico e vice-versa (Jureidini et al. (2003)). Criddle (2010) cita uma descrição de Valentine et al. sobre uma tríade desenvolvida entre agressores, vítimas e equipa médica, baseada na agressão à criança e no engano do médico.

Tem-se especulado sobre as características dos médicos em risco de serem envolvidos na SMPP, referindo-se que pediatras competentes e respeitados, com visão pragmática e

propensos à investigação, ansiedade em falhar um diagnóstico e atração pela possibilidade de estabelecer um diagnóstico raro não detetado pelos colegas, estarão em maior risco de serem manipulados (Jureidini et al. (2003); Moran (2003); Schreier (2004)). Este quadro torna-se ainda mais provável quando está envolvido um filho de um colega, dado que muitos agressores se encontram ligados à enfermagem ou a profissões de saúde (Schreier (2004)).

Outros condicionalismos poderão facilitar a “colaboração” dos profissionais na SMPP (Jureidini et al. (2003)):

- ✓ Subespecialização médica, limitando a perspetiva global e abrangente do doente;
- ✓ A gestão do risco, ao condicionar os clínicos a investigações mais extensas;
- ✓ O aumento do número de consultas, ao favorecer a possibilidade de realização de investigações ou tratamentos adicionais;
- ✓ A prática do consentimento informado, ao fornecer ao agressor aspetos de informação mais detalhados.

A SMPP tem menor probabilidade de ocorrer com médicos que recolham histórias clínicas completas, que envolvam a colaboração de outros profissionais no estudo dos doentes e que procedam a uma reflexão contínua do processo (Jureidini et al. (2003)).

2.4. Impacto na equipa de saúde

O médico mais próximo do caso é o que mais acredita no agressor, tendendo a defendê-lo mesmo após a referenciação do caso (Schreier (2004), Criddle (2010)). Segundo Schreier, não é incomum que médicos fiquem melindrados com a equipa, ao serem confirmadas as suspeitas após a referenciação (Schreier (2004); Criddle (2010)). Os agressores podem dividir as equipas de saúde, comprometendo as relações no ambiente

laboral, dado que alguns elementos os consideram exceccionalmente dedicados e outros percebem o seu caráter manipulativo e sociopático (Feldman et al. (2007); Criddle (2010)).

2.5. Outros alvos

A dinâmica da SMPP tem sido descrita também em ambiente escolar, constituindo os psicólogos os alvos principais, mas pode atingir ainda assistentes sociais, terapeutas ou advogados (Schreier (2002); Schreier (2004)).

2.6. Caracterização Clínica

Na SMPP podem considerar-se três categorias quanto à sua gravidade. A forma ligeira inclui a elaboração de sintomas pelo agressor. A forma moderada da SMPP caracteriza-se pela manipulação de amostras e pela falsificação de registos médicos, de forma a apoiar a credibilidade dos sintomas/sinais referidos. Na forma mais grave, o agressor induz sintomas e doença ou inflige dano diretamente à criança (Bartsch et al. (2003); Thomas (2003); Adshead and Bluglass (2005); Vennemann et al. (2006); Criddle (2010)). A SMPP inclui, portanto, episódios de gravidade ligeira a formas de maus tratos letais e pode revelar-se crónica ou episódica, alternando períodos de acalmia relativa com os de mau trato ativo (Morrell and Tilley (2011)).

No estudo conduzido por Sheridan (2003), o agressor terá produzido ativamente os sintomas na criança em 57,2% dos casos, a maioria dos quais durante a hospitalização da vítima. De facto, Vennemann et al. (2005) descrevem que cerca de 95% dos agressores atuam

durante o internamento hospitalar da criança. Estão descritos indicadores de risco para as crianças vítimas de SMPP, resumidas no Quadro 1.

- ✓ Idade inferior a 5 anos
- ✓ Tentativa de sufocação ou de intoxicação
- ✓ Ausência de resposta ao tratamento
- ✓ Existência de morte inexplicada na família (por exemplo, morte súbita de lactente)
- ✓ Antecedentes maternos de SM
- ✓ Fatores sociais adversos – consumo de drogas, alcoolismo
- ✓ Persistência de invenção de doenças após confrontação

Quadro 1. Indicadores de risco para SMPP. Fonte: adaptado de Criddle (2010) e Ojeda et al. (2010)

A SMPP engloba uma variedade de quadros de indução de doença que podem agrupar-se em quatro categorias gerais: envenenamento, hemorragia, infeções e lesões (Criddle (2010)).

Nos casos descritos referentes a envenenamentos recorrentes e potencialmente letais, as substâncias usadas incluem antiepiléticos e anticonvulsivantes, antidepressivos, benzodiazepinas, anti-hipertensores, broncodilatadores, anti-histamínicos, anticoagulantes, laxantes, diuréticos, eméticos, corrosivos, e também, insulina, sal, drogas ilegais, organofosforados, tintas e corantes, entre outros (Thomas (2003); Vennemann et al. (2005); Willis et al. (2007); Clin et al. (2009); Criddle (2010); Lee et al. (2010)). As substâncias de ação central, frequentemente associadas a depressão respiratória e circulatória, desempenham um papel determinante estando muitas vezes associadas a episódios de *overdose* acidental (Vennemann et al. (2006); Clin et al. (2009)). Para esclarecer a suspeita de intoxicação deve proceder-se à realização de estudos toxicológicos em laboratório especializado e investigar também outros membros da família, especialmente os irmãos (Vennemann et al. (2005)).

A hematúria e a hemorragia gastrointestinal podem ser simuladas ou produzidas pela contaminação com sangue ou por indução de hemorragia ativa (Criddle (2010)). Técnicas de tipagem de DNA podem fornecer informação importante para a investigação, dadas as limitações da tipagem de sangue (Monteiro et al. (2004)).

As infeções podem resultar da contaminação de feridas e de cateteres intravenosos com material contaminado; a simulação pode resultar da manipulação de termómetros ou de registos (Criddle (2010)).

As lesões infligidas são mais subtis relativamente às produzidas em contexto típico de maus tratos físicos, não sugerindo flagrantemente trauma não acidental, constituindo exemplos a presença de corpos estranhos ou de feridas de cicatrização difícil (Vennemann et al. (2006); Criddle (2010); Abed et al. (2011)).

A sufocação é uma forma particularmente comum, constituindo a causa de alguns casos de SMSI (Foreman (2005); Criddle (2010)).

O método preferencial de indução de doença consiste na administração de substâncias estranhas, preferencialmente medicamentos não prescritos, seguido pela sufocação (Vennemann et al. (2006)). Esta, apesar de representar uma pequena percentagem de casos de SMPP, e os envenenamentos, são os grandes responsáveis pelas mortes (Vennemann et al. (2005)). Os principais métodos de indução de doença documentados na SMPP são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Métodos de indução de doença documentados na SMPP

Fabricação sintomas	Elaboração de mentiras sobre quadros sintomáticos
Hemorragia gastrointestinal ou infecção do trato urinário	Manipulação de amostras de fezes ou de urina
Vômito	Administração de ipecacuanha ou outras drogas
Diarreia	Administração de laxantes
Dilatação/ desconforto gástrico	Insuflação de ar pela sonda gástrica
Apneia isolada ou conduzindo a paragem cardíaca ou apresentação compatível com SMSI	Asfixia da criança
Asma ou dificuldade respiratória	Exposição propositada a estímulos ou restrição da medicação antiasmática
Hipoglicémia	Administração de insulina ou restrição alimentar
Hipernatrémia	Administração de sal
Letargia	Administração de barbitúricos, tranquilizantes, anticonvulsivantes
Convulsões	Dose incorreta de anticonvulsivantes ou administração de fármacos
Dermatite de contacto ou queimaduras	Fricção de cáusticos sobre a pele ou aplicação oral
Envenenamento	Administração de medicamentos não prescritos ou outras substâncias
Infeções	Administração de produtos contaminados

Fonte: adaptado de Thomas (2003)

A SMPP pode revelar-se por uma grande variedade de sintomas e complexos sintomáticos, podendo simular qualquer doença ou síndrome conhecida, o que torna o diagnóstico particularmente difícil (Schreier (2004); Vennemann et al. (2005); Vennemann et al. (2006); Morrell and Tilley (2011)). A maioria dos estudos descreve as diferentes formas de apresentação da SMPP, tentando determinar características comuns que facilitem o diagnóstico (Ojeda et al. (2010)), sabendo-se que não existe uma apresentação típica para esta condição (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Al-Owain et al. (2010)). Os aspetos principais de apresentação da SMPP encontram-se descritos no Quadro 2.

- ✓ Sintomas recorrentes ou persistentes
- ✓ Apresentação de quadros clínicos complexos ou pouco claros
- ✓ Necessidade de investigação médica alargada
- ✓ Sem outros observadores durante os eventos
- ✓ Desaparecimento dos sintomas e sinais na ausência do agressor

Quadro 2. Características principais de apresentação da SMPP. Fonte: adaptado de Senocak et al. (1995); Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Garrote et al. (2008); Byard (2009); Criddle (2010); Morrell and Tilley (2011).

Embora as doenças fabricadas sejam muito variadas e possam envolver múltiplos sistemas orgânicos, alguns sintomas descritos em vítimas da SMPP são mais prevalentes, como por exemplo, hemorragias (44%), convulsões (42%), perda de consciência/depressão SNC (19%), apneia (15%), diarreia recorrente (11%), vômitos recorrentes (10%), febre (10%) e exantemas (9%) (Sharif (2004); Klepper et al. (2008); Criddle (2010)). Uma compilação das manifestações de SMPP mais frequentemente mencionadas na literatura é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Manifestações clínicas da SMPP

Sistema Nervoso Central	Sonolência, coma, convulsões, perturbações da marcha, distúrbios sensoriais, perturbações do comportamento
Aparelho digestivo	Diarreia, vômitos, hematemese, hematoquezias, esofagite
Aparelho respiratório	Apneia, cianose, hemoptises, epistaxis
Aparelho génito-urinário	Hematúria, enurese, inflamação dos genitais, infeção, edema, insuficiência renal
Outros	Sépsis, hipoglicémia, febre, exantemas, manifestações otorrinolaringológicas, manifestações oculares, malnutrição, abuso sexual, paragem cardiorrespiratória, morte

Fonte: adaptado de Owen et al. (2000); Griffiths et al. (2001); Baskin et al. (2003); Sheridan (2003); Ulinski et al. (2004); Giurgea et al. (2005); Blyth et al. (2007); Feldman et al. (2007); Garrote et al. (2008); Clin et al. (2009); Al-Owain et al. (2010); Criddle (2010); Green et al. (2010); Postlethwaite (2010); Su et al. (2010); Morrell and Tilley (2011); Alicandri-Ciufelli et al. (2012).

Algumas particularidades neste contexto são:

- ✓ O envolvimento do trato urinário na SMPP, raro como sintomatologia primária, mas descrito comumente como sintomatologia associada (Senocak et al. (1995); Feldman et al. (2007));
- ✓ A existência de cateter venoso central constitui um potencial fator de risco de morte apesar de a bacteriemia ser uma manifestação incomum (Blyth et al. (2007)).

2.6.1. Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI)

Algumas crianças morrem de uma suposta SMSI, todavia 10% dos casos podem resultar de sufocação deliberada (Craft and Hall (2004); Morrell and Tilley (2011)). Um caso descrito faz referência a uma mãe que sufocou 5 crianças antes de a SMPP ser diagnosticada (Morrell and Tilley (2011)). De facto, a sufocação no contexto da SMPP constitui um importante diagnóstico diferencial em casos suspeitos de SMSI (Meadow (2002); Adshead (2005); Vennemann et al. (2005)). Alguns pais de crianças com o diagnóstico de SMSI admitiram subsequentemente ter sufocado os filhos; noutros casos, são encontradas outras provas inequívocas de maus tratos físicos (Craft and Hall (2004)). A presença de hemorragia nasal e oral sugere sufocação deliberada (Craft and Hall (2004)) e a existência de macrófagos repletos de hemossiderina nos pulmões ou no fígado fornece evidência de obstrução deliberada prévia das vias aéreas superiores (Craft and Hall (2004), Vennemann et al. (2005)).

Um estudo britânico revelou que um décimo das crianças que se incluíam na SMSI contemplava irmãos de crianças referenciadas por mau trato infantil e que um irmão de uma criança referenciada apresentava uma probabilidade de 1/26 de morrer no contexto de SMSI (Schreier (2002); Schreier (2004)). Neste sentido, a abordagem de casos de SMSI, particularmente em famílias em que ocorre mais de um caso, deve incluir a colheita de

informações, a realização de inquéritos no local do óbito, a pesquisa de incongruências na história e a realização de autópsia por um patologista pediátrico ou forense com experiência e agindo de acordo com o protocolo (Craft and Hall (2004); Schreier (2004)). Um algoritmo sugerido por Schreier (2004) para a suspeita de sufocação é apresentado no Quadro 3.

<ul style="list-style-type: none">✓ Múltiplos episódios de apneia ou relatos de apneia✓ Idade superior a 6 meses✓ Sangue no nariz e / ou na boca da criança com ALTE✓ ALTE apenas na presença do agressor✓ Criança ou irmão com suspeita de maus tratos✓ Irmão com doença grave✓ Falecimento de irmão

Quadro 3. Algoritmo para suspeita de sufocação. Fonte: adaptado de Schreier (2004).

2.6.2. Acute Life-Threatening Events (ALTE)

Definindo-se como evento de aparente ameaça à vida, caracterizado por uma combinação de pausa respiratória, mudança da coloração da pele, modificação do tônus muscular, asfixia ou engasgamento, ALTE têm sido associados à SMPP como forma de apresentação em crianças mais jovens. Podem reverter espontaneamente ou requerer estimulação vigorosa ou ressuscitação cardiopulmonar, podendo ser produzidos por diversas causas que predispõem recomendações específicas para o seu estudo sistemático. As causas podem ser digestivas (47%), neurológicas (27%), respiratórias (15%), cardiovasculares (3,5%), metabólicas e endocrinológicas (2,5%) e outras (3% - englobando acidentes, sépsis, erros nutricionais, efeito adverso de drogas e SMPP através de sufocação) (Garrote et al. (2008)).

3. Diagnóstico

A SMPP é um quadro de difícil diagnóstico uma vez que os achados clínicos podem ser indetectáveis ou inconsistentes (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)) e as características clínicas apresentadas são habitualmente inespecíficas (Klepper et al. (2008)). A relutância em considerar a SMPP no diagnóstico diferencial constitui um fator comum (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)) e deriva também da dificuldade em acreditar que uma mãe aparentemente tão cuidadosa possa proceder de forma tão estranha (Criddle (2010)). No entanto, a passividade da equipa de saúde aguardando que outros eventos confirmem as suas suspeitas não é aceitável, especialmente se não é possível assegurar um acompanhamento adequado (Ojeda et al. (2010)). A abordagem do clínico deve ser determinada pela perceção do risco ou potencial dano à criança (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)). Todavia, considerando as implicações legais perante uma suspeita de SMPP, a falta de clareza ou de certeza sobre o diagnóstico pode ser transportada para o campo jurídico podendo condicionar decisões incorretas, com repercussões nocivas ou letais para as crianças, assim como o levantamento de ações contra os médicos que diagnosticaram SMPP pelos alegados agressores (Rosenberg (2003)). Existem evidências de que as queixas contra os pediatras têm aumentado, embora raramente sejam confirmadas (Adshead (2005)).

A American Academy of Pediatrics Committee on child abuse and neglect (AAPCAN) considerou que o mau trato infantil não constitui um diagnóstico de exclusão, pelo contrário, quando se suspeita de falsificação de doença, essa hipótese deve ser estudada com vista ao diagnóstico e à evicção de danos adicionais à criança (Criddle (2010)). Na realidade, muitos doentes foram submetidos a múltiplos procedimentos antes da suspeita do diagnóstico (Lewis (2005)), mantendo frequentemente um quadro clínico obscuro, e em

alguns casos a criança morre antes de a hipótese ser considerada (Bartsch et al. (2003)). Dadas estas dificuldades, assiste-se a um tempo de latência habitualmente demorado entre o início dos sintomas e o diagnóstico (Wilson (2001); Criddle (2010)). A idade média à data do diagnóstico é, de acordo com Morrell and Tilley (2011), 39,8 meses ou cerca de 3 anos. Vennemann et al (2006) mencionam um estudo de Rosenberg, em que a idade média das crianças à data do diagnóstico era igualmente 39,8 meses e a média de duração dos maus tratos era de 14,9 meses com desvios consideráveis em casos individuais. Já um estudo conduzido por Sheridan (2003) revelou que a idade média das crianças aquando do diagnóstico era 48,6 meses e que o período de tempo entre o início e o diagnóstico do mau trato foi, em média, de 21,8 meses. Calcula-se que a duração média para o estabelecimento do diagnóstico de SMPP geralmente excede os 6 meses (Ulinski et al. (2004)) variando entre 7 e 23 meses (Morrell and Tilley (2011)).

A utilização frequente do sistema de saúde condiciona o envolvimento de numerosos médicos usualmente sem contacto entre si (Ojeda et al. (2010)). Perante suspeita, a abordagem dos casos deve coordenar as várias vertentes, englobando o maior número possível de médicos envolvidos no caso, o responsável pela colheita de informações relativas a abordagens prévias da criança, um representante da administração do hospital ou o departamento jurídico, um supervisor de enfermagem, um elemento do serviço de proteção de menores, um assistente social e um agente da lei, devendo redigir-se um plano para investigações subsequentes e confrontação do agressor (Schreier (2004); Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)).

Existe controvérsia em relação ao agente diagnóstico. Defende-se que os pediatras estão mais aptos a detetar os sintomas de SMPP, embora encorajada a participação de outros profissionais de saúde, no entanto tratando-se de um diagnóstico médico não poderá ser realizado por outros elementos da equipa de saúde (Morrell and Tilley (2011)). De acordo

com Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007), apesar da orientação das vítimas de SMPP envolver frequentemente uma variedade de especialidades médicas, dietistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, pessoal de apoio, cada um fornecendo a sua perspectiva, salienta-se que a SMPP constitui um diagnóstico médico. Embora a contribuição multidisciplinar possa ser útil no diagnóstico e essencial ao tratamento, os psicólogos e os assistentes sociais não têm legitimidade para realizar este diagnóstico (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)). Contrariamente, segundo Bursch et al. (2008), outros profissionais para além do pediatra principal, podem possuir maior experiência na deteção de SMPP.

A dualidade entre diagnóstico pediátrico e psiquiátrico está geralmente presente. A American Psychological Association usa o termo PFPP, diagnóstico que deve ser feito por um psiquiatra (Morrell and Tilley (2011)). Pelo contrário, Rosenberg (2003) defende que a SMPP é um diagnóstico pediátrico e não psiquiátrico, uma vez que apenas critérios observáveis podem ser usados para fins de diagnóstico e a motivação do agressor é um achado inferido e não observável.

3.1. Estratégia diagnóstica

Perante casos em que exista uma forte suspeita de SMPP é prioritário colher uma boa história clínica, o mais detalhada possível, incluindo o contexto socioeconómico e a estrutura familiares (Makkar (2003); Feldman et al. (2007); Ojeda et al. (2010)) e realizar uma observação física completa de cada criança (Thomas (2003)). A confirmação ou a exclusão da SMPP engloba a compilação de dados de várias fontes, não limitada aos serviços de saúde, através de entrevistas especializadas conduzidas por vários profissionais e de análise de

informações elaborada por um profissional com conhecimento e experiência na área (Feldman et al. (2007)). Deve ser realçada, clara e cronologicamente, a história patológica da criança incluindo cópia dos registos, o tempo passado no hospital e testes adicionais fornecidos pela família (Ojeda et al. (2010)). O historial médico da família deve ser obtido de novo (Schreier (2004)). Uma revisão cuidadosa de registos anteriores pode constituir a fonte mais importante de discrepâncias (Thomas (2003); Schreier (2004), Feldman et al. (2007)). Por outro lado, a presença de qualquer um dos vários fatores de risco tipicamente associados ao SMPP deve ser identificada (Feldman et al. (2007)). Se depois da recolha da história inicial permanecer uma forte suspeita, é importante recolher todos os registos disponíveis, confirmando dados com fontes externas quando possível (Ojeda et al. (2010)).

A informação obtida pode ser comparada com a informação fornecida pela criança (Ojeda et al. (2010)). Todavia, nem sempre se evitam informações falsas, dado que a coerção sobre a criança para confirmar a história relatada pelo agressor é comum, uma vez que esta deseja atender às necessidades dos pais (Awadallah et al. (2005)).

Há que assegurar um registo correto da criança, incluindo a morada completa, contactos telefónicos, o seu centro de saúde e o nome do seu pediatra (Ojeda et al. (2010)).

Um teste de separação pode ser realizado, devendo decorrer durante um período de tempo suficiente para ser válido (Schreier (2004)) de forma a demonstrar que a criança não apresenta doença quando retirada dos cuidados da mãe (Schreier (2002)). O agressor não deve ter contacto com a criança, exceto se existir capacidade por parte da equipa de saúde para a monitorizar e proteger (Schreier (2004)).

3.2. Critérios de diagnóstico

Ao longo do tempo, foram propostos vários critérios de diagnóstico.

Os critérios sugeridos pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), 2000, para a PFPP parecem suceder aos originalmente propostos por Meadow e Rosenberg, embora incluam diferenças importantes (Meadow (2002); Garrote et al. (2008)):

- ✓ Produção ou simulação intencional de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos noutra pessoa que se encontra sob os cuidados do agressor;
- ✓ A motivação do agressor é o desejo de assumir o papel de doente através de outra pessoa;
- ✓ Não existem incentivos externos, como ganho económico, que justifiquem o comportamento;
- ✓ O comportamento do agressor não é melhor explicado por outra perturbação mental.

Roy Meadow propõe também, um conjunto de critérios de diagnóstico (Meadow (2002)):

- ✓ Doença fabricada (simulada ou induzida) por um progenitor ou outro prestador de cuidados;
- ✓ Consultas médicas muito frequentes; o agressor (inicialmente) nega ser o causador da doença;
- ✓ A doença cessa quando a criança é separada do agressor;
- ✓ O agressor age por necessidade de assumir o papel de doente por procuração ou apresenta outra forma de comportamento em busca de atenção.

Posteriormente, Donna Andrea Rosenberg (Rosenberg (2003)) relata que o nível de convicção do médico face a um diagnóstico de SMPP dependerá dos factos que conhece. Sendo mutáveis ao longo do tempo, o grau de certeza no início pode divergir do existente no culminar do interrogatório. Desta forma, agrupou os critérios em diferentes conjuntos de acordo com o grau de certeza em relação ao diagnóstico: diagnóstico definitivo (por inclusão e por exclusão), diagnóstico possível, determinação inconclusiva e diagnóstico definitivamente excluído (Rosenberg (2003)).

O diagnóstico tem sido baseado nos critérios modificados por Rosenberg e Meadow (Klepper et al. (2008)) (Quadro 4).

- 1) Doença numa criança, fabricada por um progenitor ou alguém que exerça um papel semelhante;
- 2) Criança persistentemente submetida a avaliações e cuidados médicos, ocasionando múltiplos procedimentos. O agressor nega a etiologia da doença;
- 3) Os sintomas e sinais agudos de doença cessam quando a criança é separada do agressor.

Quadro 4. Critérios de diagnóstico da SMPP modificados por Rosenberg e Meadow. Fonte: adaptado de Klepper et al. (2008).

A AAPCAN considera apenas duas condições necessárias ao diagnóstico: dano ou potencial dano para a criança envolvendo cuidados médicos, e um cuidador que está a causar esse mesmo dano (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Criddle (2010)).

3.3. Sinais de alarme

Vários sinais de alarme de SMPP foram identificados (Quadro 5).

Persistência ou recorrência inexplicada de doenças
Sintomas incongruentes
Necessidade de ressuscitações múltiplas em criança sem patologia cardiopulmonar
Achados clínicos e laboratoriais incomuns ou discrepantes com a história
Exames complementares não esclarecedores
Deteção de substâncias estranhas em amostras para investigação
Tratamentos ineficazes ou não tolerados
Inexistência de caso semelhante constatado por médicos experientes
Hospitalizações e/ou consultas médicas repetidas
Quadro testemunhado apenas pelo agressor
Quadro não se manifesta na ausência do agressor
Cuidador excessivamente atento que não quer afastar-se do filho
Reação desadequada do agressor perante a doença queixando-se de pouca dedicação profissional
Passividade da criança face às ações do agressor
História pessoal de SM no agressor
Pai ausente
Irmãos com doença rara ou morte súbita
Transferências hospitalares ou altas contra opinião médica

Quadro 5. Sinais de alarme de SMPP. Fonte: adaptado de Bartsch et al. (2003); Thomas (2003); Awadallah et al. (2005); Garrote et al. (2008); Criddle (2010).

3.4. Colaboração Interdisciplinar

A SMPP consiste numa forma ativa de mau trato infantil de grande importância na área da medicina forense (Bartsch et al. (2003)). Perante a suspeita, pediatras e especialistas médico-legais devem trabalhar conjuntamente numa investigação interdisciplinar (Vennemann et al. (2006)).

Em alguns casos são detetados produtos químicos ou fármacos não prescritos e supostamente não fornecidos à criança, em amostras de sangue ou outros fluidos corporais (Garrote et al. (2008)). É recomendada a participação de um farmacêutico clínico na suspeita de fabricação de doença por envenenamento; é igualmente importante armazenar soro para avaliações subsequentes (Schreier (2004)). De facto, alguns casos de SMPP podem ser diagnosticados através de evidências laboratoriais, por exemplo, até 44% dos casos que apresentam um quadro de suposta hemorragia (Wenk (2003)).

3.5. Vídeo Vigilância Oculta (VVO)

A VVO tem sido utilizada desde 1980 nos casos de suspeita de SMPP (Schreier (2004)). Embora aclamada pela comunidade médica, tem gerado protestos pelos aspetos éticos, morais e pelo direito à privacidade (Schreier (2004); Chandra and Shankar (2005); Criddle (2010)).

A VVO é recomendada caso existam preocupações sobre mau trato na criança que não possam ser esclarecidas de outra forma (Lancet (2010)), tendo sido usada para distinguir eventos fabricados de condições reais de saúde (Vennemann et al. (2006); Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007); Criddle (2010)). Criddle (2010) menciona um estudo britânico envolvendo 39 crianças com história de um ou mais ALTE, que foram hospitalizadas e monitorizadas com VVO, registando-se episódios de danos graves ou indução de doença em 33 dos casos.

O direito dos pais à privacidade constitui um argumento contra a VVO (Schreier (2004)) e deve ser equacionado face ao direito da criança à sua proteção (Thomas (2003)). Foram realizadas algumas sugestões no sentido de diminuir o carácter invasivo da VVO, por exemplo, focar a câmara apenas na criança, todavia podem perder-se muitos atos de abuso dado que o agressor pode infligi-los num local não visualizado, ou silenciar o som para evitar a captação de conversas privadas, o que originou a perda de ocasiões em que a mãe mentia sobre os sintomas da criança (Schreier (2004)).

Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007) referem que a VVO não pode ser considerada a técnica diagnóstica principal nem pode usada como a única forma de comprovar esta condição; quando utilizada, deve salvaguardar-se um plano de ação estruturado. Existem protocolos rigorosos para a sua implementação: é necessária ordem judicial; deve ser revelada aos pais uma câmara visível, no entanto, não deve ser revelada nem

aos suspeitos nem à equipa, uma segunda ou terceira câmaras escondidas; deve assegurar-se uma boa qualidade da gravação e deve ser definido um tempo limite adequado para a vigilância (Lewis (2005); Lancet (2010)).

A promoção de programas educacionais para os profissionais envolvidos e a aceitação pela equipa de saúde são essenciais. Todavia, o custo elevado do procedimento tem constituído uma dificuldade acrescida à sua aplicação (Schreier (2004); Chandra and Shankar (2005)).

4. Estratégias de Intervenção

4.1. Plano interventivo

A grande heterogeneidade da SMPP não permite estratégias generalizadas (Ojeda et al. (2010)). Um plano de atuação com as linhas de orientação nas suspeitas de SMPP é essencial, devendo fornecer indicações relativamente à referência aos serviços sociais do hospital, a serviços locais de proteção de crianças e eventualmente às autoridades policiais (Thomas (2003)).

Um caso de SMPP deve ter a orientação de uma equipa interdisciplinar, que deve visar os seguintes aspetos (Thomas (2003); Ojeda et al. (2010); Bass and Jones (2011)):

- ✓ Estabelecer uma via alternativa ao serviço de urgência no acesso ao hospital, de forma a que um profissional já advertido da história da criança a possa avaliar;
- ✓ Nomear elementos hospitalares, médico e enfermeiro, que coordenem as ações dos vários elementos e constituam o primeiro contacto da família;
- ✓ Estabelecer um plano de monitorização da situação coordenando os diferentes recursos comunitários;
- ✓ Decidir as medidas legais a tomar;
- ✓ Planear o momento de confrontação com a família;
- ✓ Planear ações da equipa.

Se a criança se encontra em perigo, os serviços de proteção de menores devem ser capazes de obter uma ordem judicial para excluir o contacto ulterior com a criança (Thomas (2003)).

De acordo com Ojeda et al. (2010), em alguns casos é necessário o internamento para proteção da criança e avaliação médica. Os membros da equipa de saúde têm a obrigação

legal e ética de reportar os casos de SMPP, como qualquer outro tipo de mau trato, devendo constar do processo o registo dos factos de forma objetiva e detalhada, com informações relativamente ao comportamento do agressor e à sua interação com a criança, com a equipa e com o companheiro (Thomas (2003)), e ainda uma documentação explícita durante a hospitalização da criança, atendendo particularmente às observações da equipa de enfermagem (Ojeda et al. (2010)). Os serviços sociais e de saúde da área de residência da criança devem ser contactados para comparar e completar a história clínica e a caracterização sócio-familiar da criança e da família; também é importante obter informações dos educadores e professores dado que estas crianças apresentam frequentemente uma elevada taxa de absentismo escolar justificado com base em problemas de saúde (Ojeda et al. (2010)). O encaminhamento precoce para os técnicos de serviço social visa uma abordagem urgente da caracterização familiar e não uma acusação de mau trato (Wilson (2001); Ojeda et al. (2010)).

Segundo Feldman et al. (2007), perante suspeita as preocupações não devem ser partilhadas com o cuidador até que existam dados suficientes para garantir a proteção da criança, uma vez que tal atitude pode vir a causar maior dano à vítima. De facto, o mau trato continua e 20% das mortes ocorreram no hospital depois de os pais conhecerem as suspeitas da equipa (Feldman et al. (2007)).

A confrontação com o agressor tem de ser ponderada (Thomas (2003)) e deve ser conduzida por, pelo menos, dois profissionais envolvidos no acompanhamento da criança e que possuam a confiança da mãe (Ojeda et al. (2010)). Esta abordagem pode representar um *stress* emocional considerável para os agressores, estando descritas tentativas de suicídio posteriores (Vennemann et al. (2006); Abed et al. (2011)).

Thomas (2003) cita as linhas de orientação propostas por Schreier e Libow:

1) Notificar previamente as agências de proteção de crianças e as autoridades, prevenindo a exigência de alta pelo agressor;

2) Incentivar a presença de um membro da família, companheiro ou outro, de forma a avaliar a sua cumplicidade e o seu potencial de apoio na proteção da criança e na abordagem psicoterapêutica necessária;

3) Informar o cônjuge/família da suspeita ou diagnóstico dado que serão necessárias novas medidas de proteção da criança e ajuda ao agressor;

4) Proporcionar avaliação psiquiátrica após a confrontação;

5) Assegurar a proteção da criança a curto prazo, que se deve estender aos irmãos. Nos casos emergentes, as crianças devem ser colocadas em casa de cuidadores, excluindo familiares ou amigos, dado o risco do agressor poder contactar com a criança (Thomas (2003)).

A probabilidade de uma reabilitação bem-sucedida é baixa se a criança permanecer no agregado familiar e o risco de recorrência nas vítimas e nos seus irmãos é alto se estes continuarem sem proteção (Klepper et al. (2008)). A separação da criança do agressor assegurará não só a segurança da criança como a reversão dos sintomas, o que permite a confirmação do diagnóstico (Schreier (2002); Lasher and Feldman (2004); Criddle (2010); Ojeda et al. (2010)).

A AAPCAN recomenda que o tratamento ocorra num ambiente o menos restritivo possível para minimizar o trauma da separação da criança, sem descurar a sua segurança (Criddle (2010)). As principais medidas de intervenção na SMPP encontram-se descritas no Quadro 6.

1. Terapia individual e/ou familiar, tendo o médico de cuidados primários como moderador preferencial;
2. Envolvimento de entidades externas à prática médica na monitorização da utilização de cuidados médicos, de forma a alertar o médico assistente;
3. Admissão da criança num ambiente que permita a monitorização dos sinais e sintomas;
4. Envolvimento dos serviços de proteção para conferir segurança dentro e fora de casa, controlar o recurso a cuidados de saúde e gradualmente reintegrar a criança no domicílio do cuidador;
5. Colocação permanente da criança noutra ambiente familiar;
6. Medidas judiciais para proteção contra o agressor, eliminando o acesso à criança.

Quadro 6. Medidas de intervenção na SMPP. Fonte: adaptado de Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007).

Nas três últimas opções mencionadas no Quadro 6 o papel do médico passa por reportar a situação às autoridades competentes, documentando adequadamente a agressão e testemunhando a favor da criança em tribunal, se necessário. As últimas quatro opções são usadas apenas nos casos mais severos ou persistentes (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)).

4.2. Abordagem terapêutica

De acordo com Dettmeyer (2010), é apoiada a recomendação de uma avaliação psicológica da criança e do agressor. Provou-se que existe uma grande taxa de morbilidade e mortalidade entre os irmãos na ausência de intervenção psicológica (Ojeda et al. (2010)). A abordagem psicopatológica deve incluir não só a criança vítima de maus tratos e o cuidador como agente causal, mas também a família como núcleo no qual as circunstâncias se desenvolvem, devendo focar a relação entre a criança e os pais, a infância do agressor, a rede de suporte social e a dinâmica familiar (Ojeda et al. (2010)).

4.2.1. Intervenção na criança

Em crianças mais velhas a psicoterapia pode ajudar e nas mais jovens há possibilidade de recorrer a técnicas alternativas para a sua abordagem (Schreier (2004)). O acompanhamento deve ocorrer numa unidade infantil de saúde mental e deve avaliar a vulnerabilidade, resiliência e a existência de alterações emocionais ou comportamentais (Ojeda et al. (2010)).

A abordagem terapêutica de vítimas de SMPP mediante psicoterapia apresenta algumas dificuldades: negação do abuso, raiva intensa, tristeza e questões relativas ao controlo sobre o próprio corpo e o papel de doente (Schreier (2004)). Em alguns casos as vítimas não descobrem a verdade até à idade adulta (Shapiro and Nguyen (2011)).

4.2.2. Intervenção no agressor/cônjuge

Segundo Criddle (2010), os agressores necessitarão de avaliação e orientação psiquiátrica. A abordagem terapêutica terá como objetivos ajudá-los a superar a doença e permitir a melhor relação possível com as crianças, não comprometendo a sua segurança e reduzindo o risco de recidiva (Schreier (2004)). Enquanto o modelo relacional com o cuidador persistir a criança irá permanecer em risco, revelando-se vantajosa a separação temporária da criança do cuidador enquanto este recebe tratamento psicológico (Ojeda et al. (2010)). Alguns indicadores de sucesso da abordagem terapêutica do agressor são mencionados no Quadro 7.

- Assunção dos maus tratos e capacidade da sua descrição
- Resposta emocional adequada aos seus comportamentos e aos danos causados
- Capacidade de desenvolvimento de estratégias para evitar a recorrência de maus tratos
- Confirmação destas capacidades a longo termo por acompanhamento técnico

Quadro 7. Indicadores de sucesso da abordagem terapêutica do agressor. Fonte: adaptado de Schreier (2004).

Deve ser também assegurada uma abordagem aos companheiros dos agressores, dado que frequentemente colaboraram, consciente ou inconscientemente, nos maus tratos à criança ou foram incapazes de a proteger (Schreier (2004)); o seu apoio pode revelar-se útil na obtenção de um resultado positivo (Ojeda et al. (2010)).

4.2.3 Intervenção na família

A abordagem terapêutica da família inclui a caracterização do seu modo de funcionamento, crenças e regras, o estudo dos papéis desempenhados por cada membro do núcleo familiar e a sinalização dos elementos capazes de proporcionar estabilidade e apoio (Ojeda et al. (2010)) no sentido de ajustar os conceitos de doença e de saúde, de forma a garantir a segurança da vítima e de outras crianças no mesmo domicílio (Stirling and Committee on Child Abuse and Neglect (2007)).

Pouco é descrito relativamente ao tratamento e aos efeitos a longo prazo da SMPP na unidade familiar. Os companheiros usualmente respondem bem ao tratamento e alguns mantêm a custódia da criança; noutros casos a criança é colocada em lares de acolhimento (Morrell and Tilley (2011)).

4.2.4. Reunificação

Alguns autores revelam que uma intervenção ativa associada a monitorização adequada permitem, em alguns casos, a reintegração segura da criança no seu núcleo familiar (Wilson (2001); Ojeda et al. (2010); Bass and Jones (2011)).

Todavia, o prognóstico é reservado se a criança permanecer no domicílio (Criddle (2010)). A taxa de recorrência nestes casos é muito elevada (Schreier (2002); Schreier (2004)). Le Heuzey (2010) cita um trabalho de Berg and Jones que mostra que a reunificação familiar é possível, em certas condições, assegurando uma monitorização adequada, apresentando contudo um risco de recorrência sobre a vítima em 17% dos casos, ou sobre um irmão em 40 a 50 % dos casos. De acordo com Libow (1995), a SMPP persiste muitas vezes, mesmo quando a criança regressa a casa após o tratamento e supervisão do agressor.

5. Evolução, Complicações e Prognóstico

O atraso no diagnóstico condiciona riscos para a criança, podendo resultar em incapacidade permanente ou morte se muito prolongado (Thomas (2003)). Num caso descrito, uma criança suportou quarenta cirurgias desnecessárias e duzentas hospitalizações por sintomas simulados pela mãe (Morrell and Tilley (2011)).

No estudo realizado por Sheridan todas as vítimas sofreram, pelo menos, danos a curto prazo e em 7,3% resultaram incapacidades a longo termo ou permanentes; 6,0% das crianças morreram, com uma idade média de óbito de 18,83 meses, sendo a apneia a causa mais referida (Sheridan (2003)). Segundo Vennemann et al. (2006) quase 50% das crianças sobreviventes mostram danos físicos ou emocionais, mesmo anos depois do diagnóstico. Um estudo de Ayoub citado por Schreier (2004) revelou sequelas psicológicas graves com potencial de longa duração, tais como: perturbação de oposição, perturbação pós-*stress* traumático, distúrbios de atenção, problemas básicos de interação social, baixa autoestima e padrões de distorção da realidade. Estão também descritos casos de vítimas de SMPP corroborando a fraude do agressor ou desenvolvendo SM na idade adulta, sendo usual que este comportamento se inicie em vítimas adolescentes como uma continuação de um processo, podendo, no entanto, ser inaugural em adolescentes mais novos (Schreier (2002); Schreier (2004); Ojeda et al. (2010); Shapiro and Nguyen (2011)). As vítimas, normalmente descritas como crianças dependentes, imaturas e suscetíveis à separação, prolongam na idade adulta características de insegurança, baixa autoestima, problemas nos relacionamentos e sintomas de ansiedade (Libow (1995); Ojeda et al. (2010)).

De acordo com Libow (1995), os maus tratos físicos sofridos na infância estão associados, na adolescência, a taxas superiores de tentativas de suicídio, distúrbios alimentares, ingestão alcoólica e tabagismo, e mais tarde a problemas de delinquência, de

autoestima, de ligações e identidade. É conhecida a maior probabilidade de repetição de maus tratos aos filhos por adultos que foram mal tratados na infância (Libow (1995)).

O crescimento da criança, ao dificultar a persistência da vitimização, ou a sua morte podem provocar a transferência de atenção do agressor para um irmão mais novo ou outra criança do agregado familiar (Bartsch et al. (2003); Criddle (2010)). Desta forma, outras crianças da família estão em grave risco (Schreier (2004)). A morbi-mortalidade decorrente da SMPP é considerável, assim como o risco de rutura familiar e de dano aos irmãos (Bartsch et al. (2003); Sharif (2004); Klepper et al. (2008); Al-Owain et al. (2010)). A mortalidade global parece situar-se entre 6 a 10% (Schreier (2002); Sharif (2004); Foreman (2005); Criddle (2010); Morrell and Tilley (2011)) mas a taxa é superior para a SMPP envolvendo envenenamento ou obstrução aérea em crianças menores de 6 anos (Sharif (2004); Clin et al. (2009)) ou em caso de agressores do sexo masculino (Morrell and Tilley (2011)) podendo atingir valores de 31% a 33% (Bartsch et al. (2003); Thomas (2003); Criddle (2010)).

6. Prevenção

A prevenção primária da SMPP deve incluir a formação das equipas de cuidados de saúde pediátricos, dos elementos dos serviços de proteção de crianças e dos membros da comunidade legal, sendo essenciais a colheita de histórias clínicas completas, a coordenação de cuidados médicos e uma abordagem psicossocial dos doentes (Eminson and Jureidini (2003); Thomas (2003)). Os profissionais podem ser orientados na sua conduta face a utilizadores frequentes, respostas discrepantes dos cuidadores e quadros inconsistentes, trabalhando formas alternativas de atuação (Eminson and Jureidini (2003)). Neste sentido, a educação da equipa de cuidados de saúde capacita-a a constituir a primeira linha no diagnóstico da SMPP, constituindo a estratégia fundamental na prevenção desta forma de mau trato (Thomas (2003)).

Eminson and Jureidini (2003) sugerem uma estratégia preventiva inicial que visa melhorar as capacidades de cuidadores mais vulneráveis e com fatores de risco acrescidos de SMPP, na abordagem de sinais/sintomas e do estado de doença. Os autores sugerem a utilidade desta estratégia, ao permitir uma melhoria dos cuidados prestados a casos em que a SMPP se revela provável mas que ainda não foi diagnosticada (Eminson and Jureidini (2003)).

Após o diagnóstico de SMPP é importante assegurar um plano de acompanhamento, que vise garantir a segurança da vítima ou outras crianças com quem o agressor possa contactar (Ojeda et al. (2010)). Deve incluir avaliações periódicas, concordantes com o grau de gravidade, e verificações relativas à adesão da família (Schreier (2004); Ojeda et al. (2010)). Na Tabela 4 são mencionados os aspetos principais de monitorização em diferentes áreas.

Tabela 4. Níveis de monitorização na SMPP

A nível médico	<ul style="list-style-type: none">• Pediatra: constatar a adesão através de avaliações obrigatórias, adesão aos tratamentos e número de consultas• Contexto hospitalar: número e motivo de consultas e admissões• Planeamento familiar: monitorização de gravidezes
A nível de saúde mental	<ul style="list-style-type: none">• Agressor: monitorização contínua• Criança: avaliação da criança em consultas de saúde mental infantil e com psicólogos escolares, analisando a integração com crianças da sua idade e o desenvolvimento de habilidades sociais.
A nível Educacional	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar o absentismo escolar• Integração da criança num centro de dia
A nível de assistência social	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação da adesão correta ao plano• Coordenação com organismos competentes se deteção de irregularidades

Fonte: adaptado de Ojeda et al. (2010)

7. Conclusões

Enquanto entidade clínica rara e forma de mau trato de elevada complexidade, a SMPP deve continuar a merecer a necessidade de investigação e análise por parte da comunidade científica para melhor compreensão do seu processo evolutivo e da sua epidemiologia, dados os elevados índices de mortalidade, morbilidade e recorrência.

O conhecimento das diferentes formas de apresentação da SMPP, dos sinais de alarme e dos riscos que representa para a vítima e para os irmãos permitirá ao clínico uma maior capacidade de suspeição, essencial para um diagnóstico precoce desta entidade, muitas vezes letal.

A complexidade clínica de que se reveste e as dificuldades diagnósticas resultantes da capacidade “criativa” do agressor, obrigam a uma abordagem interdisciplinar da SMPP tendo como finalidade uma orientação adequada e a proteção da criança.

Apesar da potencial diversidade do seu espectro clínico, o profissional de saúde deve conhecer alguns elementos fulcrais para a suspeita de um quadro de SMPP, nomeadamente a incongruência ou bizarria de quadros clínicos, a ausência de achados concretos que suportem o quadro clínico, investigações infrutíferas, a ausência de resposta aos regimes terapêuticos instituídos e hospitalizações repetidas. Um quadro habitualmente testemunhado apenas pelo agressor e que cessa na sua ausência, quadros semelhantes ou história de morte de irmãos, a insistência do agressor nas investigações, assim como um comportamento desadequado deste face ao estado de saúde da criança, constituem também sinais de alerta da SMPP. De salientar igualmente o carácter manipulador e dominador do agressor, habitualmente a mãe, a sua necessidade de atenção e de reconhecimento e, em alguns casos, a formação na área da saúde, frequentemente enfermagem.

Perante a suspeita, deve proceder-se à colheita de uma história clínica completa e ao levantamento e a análise de registos médicos prévios, através da comunicação entre os vários clínicos envolvidos. Deve ser privilegiada a elaboração de uma estratégia de atuação por uma equipa multidisciplinar experiente. Uma abordagem adequada deve integrar e coordenar os aspetos clínicos, psicológicos e sociais das crianças e das suas famílias, tentando minorar o tempo de latência, habitualmente demorado, entre o início do quadro e o seu diagnóstico. Os danos físicos e emocionais, de gravidade variável e potencialmente de longa duração, patentes em muitas das vítimas deste tipo de mau trato, assim como a possibilidade de estas corroborarem a versão do agressor ou desenvolverem perturbações factícias na idade adulta, justificam a necessidade de uma estratégia na orientação destes casos.

Uma atuação atempada e estruturada permitirá interromper e debelar o potencial lesivo desta entidade, tentando evitar sequelas e morte das vítimas. Os casos de SMPP devem ser reportados às autoridades competentes e a confrontação do agressor deve ser planeada, avaliando também o potencial apoio da família face ao plano terapêutico a instituir, sem descuidar uma monitorização adequada a longo prazo. De salientar a baixa probabilidade de sucesso quando a criança permanece no agregado familiar, assim como o elevado risco de recorrência, para si e para os irmãos, caso não sejam asseguradas medidas de proteção.

Agradecimentos

Desde a fase inicial deste trabalho pude contar com a colaboração e suporte de várias pessoas, que tornaram possível a sua concretização.

À Professora Doutora Jeni Canha, agradeço a dedicação, o empenho, a disponibilidade e a partilha de conhecimentos.

À minha família e aos meus colegas e amigos, por todo o encorajamento e apoio, a minha gratidão.

Referências Bibliográficas

- Abed AB, Mustapha R, Chiha M (2011) Un corps étranger intracérébral de découverte fortuite conduit au diagnostic du syndrome de Munchausen par procuration. Arch Ped 18: 1181-1184.
- Adshead G (2005) Evidence-Based Medicine and Medicine-Based Evidence: The Expert Witness in Cases of Factitious Disorder by Proxy. J Am Acad Psy Law 33: 99-105.
- Adshead G, Bluglass K (2005) Attachment representations in mothers with abnormal illness behavior by proxy. Br J Psy 187: 328-333.
- Alicandri-Ciufelli M, Moretti V, Ruberto M, Monzani D, Chiarini L, Presutti L (2012) Otolaryngology fantastica: the ear, nose, and throat manifestations of Munchausen's syndrome. Laryngoscope 122: 51-57.
- Al-Owain M, Al-Zaidan H, Al-Hashem A, Kattan H, Al-Dowaish A (2010) Munchausen syndrome by proxy mimicking as Gaucher disease. Eur J Pediatr 169: 1029-1032.
- Annequin D (2010) Syndrome de Münchausen par procuration (SMPP). Arch Ped 17: 644.
- Awadallah N, Vaughan A, Franco K, Munir F, Sharaby N, Goldfarb J (2005) Munchausen by proxy: A case, chart series, and literature review of older victims. Child Abuse Neglect 29: 931-941.
- Bartsch C, Riße M, Schütz H, Weigand N, Weiler G (2003) Munchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. Forensic Sci Int 137: 147-151.
- Baskin DE, Stein F, Coats DK, Paysse EA (2003) Recurrent Conjunctivitis as a Presentation of Munchausen Syndrome by Proxy. Ophthalmology 110: 1582-1584.

- Bass C, Jones D (2011) Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *Br J Psy* 199: 113-118.
- Blyth CC, Russell S, Zwi KJ, Taitz J, Fairley M, Post JJ (2007) Munchausen Syndrome by Proxy and Recurrent Polymicrobial Bacteremia. *Ped Infect Dis J* 26: 191.
- Bursch B, Schreier HA, Ayoub CC, Libow JA, Sanders MJ, Yorker BC (2008) Further Thoughts on “Beyond Munchausen by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting”. *Pediatrics* 121: 444-445.
- Byard RW (2009) “Munchausen syndrome by proxy”: problems and possibilities. *Forensic Sci Med Pathol* 5: 100-101.
- Chandra P, Shankar AM (2005) Detecting fabricated or induced illness in children - Are we ready for covert video surveillance?. *BMJ* 331: 1144.
- Clin B, Ferrant O, Dupont C, Papin F (2009) Recurrent caustic esophagitis: A clinical form of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Neglect* 33: 293-295.
- Craft AW, Hall DMB (2004) Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *BMJ* 328: 1309-1312.
- Criddle L (2010) Monsters in the Closet: Munchausen Syndrome by Proxy. *Crit Care Nurse* 30: 46-55.
- Dettmeyer R (2010) Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management – in Reply. *Dtsch Arztebl Int* 107: 28-29.
- Eminson M, Jureidini J (2003) Concerns about research and prevention strategies in Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) abuse. *Child Abuse Neglect* 27: 413-420.
- Fabricated or induced illness by carers: a complex conundrum (2010). *Lancet* 375: 433.
- Feldman KW, Feldman MD, Grady R, Burns MW, McDonald R (2007) Renal and urologic manifestations of pediatric condition falsification/ Munchausen by proxy. *Pediatr Nephrol* 22: 849-856.

- Feldman MD, Brown RMA (2002) Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse Neglect* 26: 509-524.
- Feldman MD, Light MJ, Lasher LJ, Sheridan MS (2007) Beyond Munchausen Syndrome by Proxy. *Pediatrics* 120: 1217-1218.
- Foreman DM (2005) Detecting fabricated or induced illness in children may now necessitate controversial surveillance tools. *BMJ* 331: 978-979.
- Garrote N, Arza JI, Puentes A, Smith M, Bagge P, Coulembier MP (2008) Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. *Arch Argent Pediatr* 106: 47-53.
- Giurgea I, Ulinski T, Touati G, Sempoux C, Mochel F, Brunelle F, Saudubray JM, Fekete C, Lonlay P(2005) Factitious Hyperinsulinism Leading to Pancreatectomy: Severe Forms of Munchausen Syndrome by Proxy. *Pediatrics* 116: e145-e148.
- González TG, Roda MJM, Ojeda FC, Terreros IG (2008) Síndrome de Munchausen por poderes. *An Pediatr (Barc)* 68: 609-611
- Green RP, Hollander AS, Thevis M, Thomas A, Dietzen DJ (2010) Detection of Surreptitious Administration of Analog Insulin to an 8-Week-Old Infant. *Pediatrics* 125: e1236-e1240.
- Griffiths H, Cuddihy PJ, Marnane C (2001) Bleeding ears: a case of Munchausen syndrome by proxy. *Int J Ped Otorhinolaryngol* 57: 245-247.
- Jureidini JN, Shafer AT, Donald TG (2003) "Munchausen by proxy syndrome": not only pathological parenting but also problematic doctoring?. *MJA* 178: 130-132.
- Klepper J, Heringhaus A, Wurthmann C, Voit T (2008) Expect the unexpected: favourable outcome in Munchausen by proxy syndrome. *Eur J Pediatr* 167: 1085-1088.
- Lasher LJ (2003) Munchausen by Proxy (MBP) maltreatment: an international educational challenge. *Child Abuse Neglect* 27: 409-411.

- Lasher LJ, Feldman MD (2004) Celiac Disease as a Manifestation of Munchausen by Proxy. *South Med J* 97: 67-69.
- Le Heuzey MF (2010) Syndrome de Münchausen par procuration: l'avis du pédopsychiatre. *Arch Ped* 17: 642-643.
- Lee JC, Lin KL, Lin JJ, Hsia SH, Wu CT (2010) Non-accidental chlorpyrifos poisoning – an unusual cause of profound unconsciousness. *Eur J Pediatr* 169: 509-511.
- Lewis W (2005) Detecting fabricated or induced illness in children - Covert video surveillance can protect children and parents if rules are clear. *BMJ* 331: 1144.
- Libow JA (1995) Munchausen By Proxy Victims In Adulthood: A First Look. *Child Abuse Neglect* 19: 1131-1142.
- Lindahl MW (2009) Beyond Munchausen by Proxy: A Proposed Conceptualization for Cases of Recurring, Unsubstantiated Sexual Abuse Allegations. *J Child Sex Abuse* 18: 206-220.
- Makkar RPS (2003) Concerns about research and prevention strategies in Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) abuse. *Child Abuse Neglect* 27: 987-988.
- Meadow R (1977) Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 2: 343-345.
- Meadow R (2002) Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Neglect* 26: 501-508.
- Miller MC (2008) What is Münchhausen's syndrome by proxy and why is it not in the DSM-IV?. *Harvard Mental Health Letter* 25: 8.
- Monteiro C, Trindade E, Monteiro F, Henriques I, Meireles E, Baía F, Amil J, Araújo F (2004) Blood group-antigen profile predicted by molecular biology in Munchausen syndrome by proxy. *J Lab Clin Med* 144: 319.

- Moran KT (2003) “Munchausen by proxy syndrome”: not only pathological parenting but also problematic doctoring? Another view. *MJA* 178: 133.
- Morrell B, Tilley DS (2011) The Role of Nonperpetrating Fathers in Munchausen Syndrome by Proxy: A Review of the Literature. *J Ped Nurs* 3: 1-8.
- Ojeda FC, Muñoz- Cabello B, Lanzarote-Fernandez MD, Terreros IG (2010) Munchausen Syndrome by Proxy: A Spanish proposal of therapeutic management. *Child Youth Serv Rev* 32: 884-888.
- Olry R, Haines DE (2006) NEUROwords “Munchausen Syndrome by Proxy”: Karl Friedrich Hieronymus, Baron von Münchhausen, Hasn`t Got Anything to do with it. *J Hist Neurosci* 15: 276-278.
- Owen L, Ellis M, Shield J (2000) Deliberate sulphonylurea poisoning mimicking hyperinsulinaemia of infancy. *Arch Dis Child* 82: 392-393.
- Postlethwaite RJ (2010) Caustic ingestion as a manifestation of Fabricated and Induced Illness (Munchausen Syndrome by Proxy). *Child Abuse Neglect* 34: 471.
- Rosenberg DA (2003) Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Neglect* 27: 421-430.
- Schreier H (2002) Munchausen by Proxy Defined. *Pediatrics* 110: 985-988.
- Schreier H (2004) Munchausen by Proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 34: 126-143.
- Senocak ME, Türken A, Büyükpamukçu N (1995) Urinary Obstruction Caused by Factitious Urethral Stones: An Amazing Manifestation of Munchausen Syndrome by Proxy. *J Ped Surg* 30: 1732-1734.
- Shapiro M, Nguyen M (2011) Psychological sequelae of Munchausen`s syndrome by proxy. *Child Abuse Neglect* 35: 87-88.
- Sharif I (2004) Munchausen Syndrome by Proxy. *Ped Rev* 25: 215-216.

- Sheridan MS (2003) The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Neglect* 27: 431-451.
- Stirling J Jr, Committee on Child Abuse and Neglect (2007) Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *Pediatrics* 119: 1026-1030.
- Su E, Shoykhet M, Bell MJ (2010) Severe hypernatremia in a hospitalized child: Munchausen by proxy. *Pediatr Neurol* 43: 270-273.
- Thomas K (2003) Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Diagnosis. *J Ped Nurs* 18: 174-180.
- Ulinski T, Lhopital C, Cloppet H, Feit JP, Bourlon I, Morin D, Cochat P (2004) Munchausen syndrome by proxy with massive proteinuria and gastrointestinal hemorrhage. *Pediatr Nephrol* 19: 798-800.
- Vennemann B, Bajanowski T, Karger B, Pfeiffer H, Köhler H, Brinkmann B (2005) Suffocation and poisoning- the hard-hitting side of Munchausen syndrome by proxy. *Int J Legal Med* 119: 98-102.
- Vennemann B, Perdekamp MG, Weinmann W, Faller-Marquardt M, Pollak S, Brandis M (2006) A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. *Forensic Sci Int* 158: 195-199.
- Wenk RE (2003) Molecular Evidence of Munchausen Syndrome by Proxy. *Arch Pathol Lab Med* 127: e36-e37
- Willis T, Roper H, Rabb L (2007) Lamotrigine poisoning presenting as seizures: A case of deliberate poisoning. *Child Abuse Neglect* 31: 85-88.
- Wilson RG (2001) Fabricated or induced illness in children – Munchausen by proxy comes of age. *BMJ* 323: 296-297.

