



RELATO DE CASO

Síndrome de Münchausen por procuração - relato de dois casos

Münchausen syndrome by proxy - two case reports

Joelza M.A. Pires¹, Lucas Dalle Molle²

Resumo

Objetivo: Este artigo visa a chamar a atenção de pediatras e profissionais de saúde para a Síndrome de Münchausen por procuração, uma grave forma de violência contra a criança.

Pacientes e métodos: Relatamos a história clínica e evolutiva de dois pacientes, revisados retrospectivamente entre casos do Comitê dos Direitos da Criança do Hospital da Criança Santo Antônio, para posterior discussão. O primeiro caso é de uma paciente de 5 anos de idade que apresentava crises convulsivas de difícil controle. Após atuação de vários especialistas e, posteriormente, do Comitê dos Direitos da Criança, teve um prognóstico excelente. O segundo caso é de um lactente de 5 meses com crises de apnéia, episódios de cianose e crises convulsivas.

Comentário: A Síndrome de Münchausen por procuração é uma entidade relativamente rara, de difícil diagnóstico, levando a criança, muitas vezes, a procedimentos diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos à mesma.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(4): 281-286: síndrome de Münchausen causada por terceiro, apnéia, convulsões.

Introdução

Este artigo relata dois casos de Síndrome de Münchausen por procuração acompanhados em nosso serviço, visando chamar a atenção dos pediatras e profissionais de saúde para esta grave forma de violência contra crianças, bem como discutir elementos de seu diagnóstico.

A Síndrome de Münchausen por procuração (SMPP) é uma forma de abuso na infância, recentemente relatada na literatura médica e definida inicialmente como uma desordem psiquiátrica, conforme proposto pelo DSM IV¹.

1. Médica Pediatra da Sala de Observação do Hospital da Criança Santo Antônio, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Coordenadora do Comitê dos Direitos da Criança do Hospital da Criança Santo Antônio.

2. Médico Estagiário pela Comissão de Residência e Estágio da FFFCM-PA no Hospital da Criança Santo Antônio. Comitê dos Direitos da Criança, Hospital da Criança Santo Antônio, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Abstract

Objective: To draw pediatrician's and healthcare workers' attention to the Münchausen syndrome by proxy, a serious kind of child abuse.

Patients and Methods: We report the clinical history and the evolution of two patients, based on a review of these patients' files in the Children's Rights Committee of the Hospital da Criança Santo Antônio, for further discussion. The first case reports a 5-year old child that presented difficult-controlling seizures; this case had an excellent prognosis after being examined by several specialists and later on by the Children's Right Committee. The second case reported is a 5-month old infant who presented apnea crisis accompanied by cyanosis and seizures.

Comment: Münchausen syndrome by proxy is a relatively rare clinical entity, that can be difficult to be diagnosed, leading to unnecessary and potentially harmful diagnostic procedures to the child.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(4): 281-286: Münchausen syndrome by proxy, apnea, convulsions.

Foi descrita pela primeira vez em 1977 por Meadow². Nesta síndrome, o perpetrador assume a doença indiretamente (por procuração), exacerbando, falsificando³ ou produzindo histórias clínicas, evidências laboratoriais, causando lesões físicas⁴ e induzindo a hospitalizações com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários. Esta forma de abuso é ocultada pelo seu perpetrador, que demonstra aparente interesse e um envolvimento excessivo nos cuidados com a criança². A doença é usualmente "fabricada" pela mãe, mas ocasionalmente com a participação simbiótica do filho³. Há uma grande variedade de sintomas, com seus respectivos métodos de indução e/ou simulação, descritos na literatura: apnéia (sufocação), vômitos intratáveis (intoxicação ou falso relato), sangramentos (intoxicação ou adição de substâncias: tinta, corantes, cacau), exantemas (intoxicação, arranhões, aplicação de cáusticos, pintura da pele), crises convulsivas (intoxicações, falso relato, sufocação), diar-

reia (intoxicações por laxativos), febre (falsificação da temperatura ou da curva térmica)⁵⁻⁸.

Relato dos casos

Caso 1

Paciente W., 5 anos, masculino, etnia afro-brasileira, com tempo de permanência no hospital de 45 dias. Internado na emergência deste hospital com queixa principal de ter apresentado convulsão em casa há cerca de meia hora. Ao exame, estava em estado pós-convulsivo, torporoso, extremamente sonolento, ficando neste estado por mais de 24 horas, sendo então encaminhado para UTI. A mãe relata que a criança tem crises convulsivas de repetição desde os três anos de idade. Criança nascida de parto cesáreo, com 28 semanas, pesando 1.430g, Apgar 08/09. Em 24 horas de vida, evoluiu para insuficiência respiratória. Foi internado então pela 1^a vez por prematuridade em UTI neonatal durante 56 dias, tendo feito uso de ventilação mecânica. A história hospitalar deste paciente está resumida nas Tabelas 1 e 2 (19 internações no Hospital da Criança Santo Antônio e 6 em outros serviços).

Tabela 1 - Sumário hospitalar (internações) do paciente W. em nosso serviço

Sintomas/doenças	Nº de dias hospitalizados
Prematuridade	56 dias
BCP	9 dias
Crise convulsiva e IVAS	5 dias
Crise convulsiva, hematúria e ITU	24 horas
Hematúria	4 dias
Intoxicação medicamentosa*	24 horas
Crise convulsiva	3 dias
Crise convulsiva	24 horas
Crise convulsiva e febre	3 dias
Crise convulsiva e GEA	9 dias
Crise convulsiva	5 dias
Crise convulsiva, coma, intoxicação**	9 dias
Crise convulsiva	24 horas
Coma, intoxicação***	13 dias
Crise convulsiva	24 horas
Crise convulsiva e intoxicação††	9 dias
TCE‡	24 horas
Crise convulsiva e intoxicação‡‡	42 dias

* 50ml de tetmosol

** nível sérico de fenobarbital >130 µg/ml

*** nível sérico de fenobarbital >150 µg/ml

† broncopneumonia

†† nível sérico de fenobarbital >80 µg/ml

‡ traumatismo crânio-encefálico

‡‡ nível sérico de fenobarbital = 156,8 µg/ml

Tabela 2 - Cronologia das internações do paciente W.

Ano	Nº de internações	Total de permanência
1990	2 internações	65 dias
1992	4 internações	11 dias
1993	2 internações	4 dias
1995	6 internações	36 dias
1996	4 internações	28 dias
1997	1 internação	42 dias
Total		186 dias

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

uso de Muricalm® para tratamento de agitação excessiva. Avós referem que a mãe do paciente teve problemas emocionais quando criança, e freqüentou escola especial pois tinha dificuldades de aprendizado. Perdeu a mãe aos 6 anos e foi viver com tia e avó, onde mora com seus filhos até o momento atual.

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

Caso 2

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

No segundo dia de internação, apresentou a 1ª crise convulsiva (que não foi vista por médico ou enfermagem). No 3º dia de internação (DI), o médico relata ter encontrado a mãe com um saco plástico na mão, e a criança cianótica, sem ter relacionado causa e efeito. Criança foi transferida para a UTI voltando à enfermaria 24 horas depois. Esteve na UTI internada por três vezes e sempre evoluindo muito bem, retornando logo em seguida para a enfermaria. Na UTI a paciente dividia o quarto com outros e, além de sua mãe, estavam presentes sempre outras pessoas (auxiliares de enfermagem, pais e parentes de outros pacientes). Na enfermaria, ficava num quarto privativo sempre em companhia da mãe. Realizou radiografia de esôfago-estômago-duodeno (REED), que demonstrou um refluxo gastro-esofágico amplo, estudo de pH esofágico e do sono, realizados para comprovação, foram normais. O EEG mostrou-se alterado, mas após sua repetição com eletrodos zigomáticos, apresentou-se normal. Foi acompanhada pelo serviço de Foniatria e Inter-

venção Precoce, que diagnosticou dificuldades de interação mãe x bebê, embora o mesmo buscasse a figura materna constantemente, tendo sugerido reorganização da área sócio-afetiva. No 16º DI, a criança apresentou vários episódios de vômitos, quando foi prescrita sonda nasogástrica (SNG) para realimentação. Nesse mesmo dia apresentou três episódios de apnéia, vistos somente pela mãe, e a criança estava sempre no colo da mesma. No 24º DI, a paciente encontrava-se muito sonolenta e hipotônica, a dosagem do fenobarbital era 62µg/ml, sendo que cinco dias antes era de 25,8µg/ml (normal: 10 a 25µg/ml). A criança estava recebendo dose não tóxica (dose menor que 30µg/ml), e a mãe foi vista pelos auxiliares de enfermagem com um vidro de fenobarbital, fato que justificou como “não ter jogado fora a medicação até o momento”. No 31º DI, apresentou episódios de engasgos durante alimentação. No dia seguinte, novamente crise de apnéia vista pela mãe, e não pela enfermagem, que descreveu no prontuário criança em bom estado geral, ativa e sorridente. Ao final da manhã do mesmo dia, mãe relata nova crise convulsiva que ninguém viu. No 33º DI, a paciente apresenta episódios de vômitos pós-alimentares, e a mãe insiste com o médico assistente que haveria algo no estômago da criança. Foi feito um REED que demonstrou uma imagem no estômago, sugestiva de corpo estranho. Na endoscopia digestiva alta foi encontrado um fragmento de cimento de parede, que segundo a mãe, foi oferecido pela irmã de 3 anos que costumava dar terra para a criança em casa, porém a paciente não havia recebido visitas da mesma. Então, o Comitê dos Direitos da Criança do serviço foi acionado, e no 35º DI foi decidido pela suspensão da venoclise e dos anticonvulsivantes. A partir disso, iniciou-se vigilância da mãe 24 horas por dia pela equipe. A paciente manteve-se assintomática até a alta no 75º DI.

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

Discussão

A expressão “Síndrome de Münchhausen” foi empregada por Asher em 1951, na qual foi definido o comportamento de pacientes que apresentam transtorno factício.

Tais pacientes dramatizam e produzem doenças, fornecem histórias médicas elaboradas e alteram exames, de tal modo que consigam a atenção de equipes médicas⁹.

A Síndrome de Münchhausen por procuração foi descrita em 1977 pelo Médico Pediatra Roy Meadow, caracterizando-se por doenças produzidas em crianças por suas mães, de modo que estas beneficiam-se da atenção dispensada por equipes médicas para a doença de seus filhos^{2,10,11}. Esta forma grave de abuso na criança frequentemente passa despercebida pelos médicos, por desconhecimento da mesma ou por não estar presente na lista de diagnósticos diferenciais, o que pode ser difícil num primeiro momento, demorando muito tempo para se chegar ao diagnóstico, resultando em complicações decorrentes de tratamentos e procedimentos desnecessários¹⁰, levando, às vezes, à morte do paciente devido à recorrência do abuso⁵. A taxa de mortalidade estimada para crianças vítimas de SMPP é de 9%¹². Em 1982, Meadow sugeriu diretrizes e uma lista de “Sinais de Alarme” (Quadros 1 e 2) para o diagnóstico da SMPP¹³. Existem estudos nos Estados Unidos da América e na Inglaterra sobre vigilância com câmeras de vídeo, mas esta forma de se chegar ao diagnóstico ainda é questionada eticamente¹⁴.

Libow e Schreier classificaram 3 tipos de perpetradores da SMPP. Os que “procuram ajuda” (*help seekers*) são aqueles que procuram o médico com frequência na tentativa de chamar atenção para sua ansiedade, exaustão, depressão e inabilidade nos cuidados com a criança. Nesta forma são incluídos casos de violência doméstica, gravidez indesejada ou não planejada e mães solteiras. Os “indutores ativos” (*active inducers*) induzem doenças nos seus filhos com métodos dramáticos. Estas mães são ansiosas, depressivas e apresentam um alto grau de negação, dissociação de afeto e projeção paranóide. Secundariamente, elas têm uma excelente relação com a

Quadro 1 - Critérios de Meadow para o diagnóstico da SMPP

Estudo detalhado da história clínica atual
 Estudo dos prontuários de internações anteriores, determinando eventos reais e fabricados
 Pesquisa judiciosa da história pessoal, social e familiar desta mãe
 Entrar em contato com outros membros da família
 Contatar o médico da mãe sobre a possível história de Münchhausen ou de doenças ou mortes na família sem explicação
 Vigilância cuidadosa da mãe e da criança, se possível com câmera de vídeo
 Pesquisar a possível compulsão materna ao uso de medicamentos
 Afastar a mãe da criança para observar se ocorre interrupção da sintomatologia

Adaptado de Meadow¹³

Quadro 2 - Sinais de alarme para o diagnóstico da SMPP

Médicos experientes notam que “nunca viram um caso igual”
 Mãe super atenciosa que não se separa do seu filho
 Mãe muito cooperativa com a equipe médica, com reação inapropriada à gravidade ou queixa de que se está fazendo muito pouco para diagnosticar a doença do filho
 Doença persistente ou recidivante sem explicação
 Os sintomas e sinais não ocorrem quando a mãe está ausente
 “Convulsões” que não respondem aos anti-convulsivantes usuais
 Mães com história própria de síndrome de Münchhausen
 Mães com conhecimentos paramédicos
 Ausência de pai

Adaptado de Meadow¹³

equipe médica e um controle dos procedimentos terapêuticos com extremada atenção. Os “viciados em médicos” (*doctors addicts*) são obsessivos por obterem tratamento para doenças inexistentes em seus filhos. Consiste em falsificar e mentir à respeito da história clínica e dos sintomas. Acreditam que seus filhos estão doentes, não acreditam nos médicos e costumam medicá-los por conta própria. Atingem crianças maiores de 6 anos, e as mães são desconfiadas, irritadas, antagonistas e paranóicas¹⁵. Muitas teorias existem para explicar por que essas mães podem fabricar doenças em seus filhos. A mais comum é a perda precoce de suas mães, que é um dado frequente nos casos de SMPP. Essa perda representa uma rejeição e uma falta de amor e atenção na infância¹⁶.

Muitas formas de causar doenças nestas crianças têm sido relatadas, sendo o envenenamento a mais descrita pela literatura médica⁶, começando em casa com pequenas quantidades e aumentando progressivamente até a hospitalização. As drogas mais usadas são: anticonvulsivantes¹⁷, como fenobarbital (caso 1), benzodiazepínicos, cloreto de sódio⁶, insulina, aspirina, xarope de ipeca, antidepressivos, antieméticos, codeína, entre outros. Há relatos desde desidratação, causada por restrição de oferta de líquidos¹⁸ até septicemia, causada pela injeção de material contaminado por sonda ou catéter⁷. No 2^o caso, foi demonstrado corpo estranho (reboco de parede) no estômago.

Nos dois casos relatados os pacientes apresentaram inicialmente, doenças que posteriormente foram combinadas com a simulação materna⁸. As duas mães mentiam a respeito de sintomas, que não eram vistos por ninguém da equipe médica. Donna Roseberg, em sua revisão de 117 casos, demonstrou que em metade de sua amostragem havia simulação; destes, em 50% a doença era uma simulação pura, nos outros 50% era uma combinação de

doença aguda e simulação. Encontrou também sangramentos (44%), convulsões (42%) (casos 1 e 2), depressão do SNC (19%), apnéia (15%) (caso 2), diarreia (11%) e vômitos (10%). Nessa amostra, 9% dos casos foram fatais, devido a apnéia e envenenamento, e 8% dos casos apresentaram morbidade crônica⁸. Em nossos casos, o perpetrador foi a mãe, o que corresponde à maioria dos casos relatados na literatura⁴. Observamos, também, a falta de integração por parte do pai do paciente no atendimento médico, os quais raramente visitaram seus filhos durante a internação, assim como descrito por Mehl⁵. As mães se mostraram “super-atenciosas e bastante afetivas” com a criança e a equipe médica, mas quando afastadas dos seus filhos, os sintomas desapareceram, conforme descrito por Meadow¹³. A SMPP é mais frequente em pacientes menores de 6 anos de idade (casos 1 e 2)⁸. As mães dos casos citados apresentaram, à avaliação psiquiátrica, desordens de personalidade, comportamentos de somatização e histrionismo, além de marcada disfunção familiar com história de perda materna na primeira infância; características presentes no perfil do perpetrador da SMPP¹⁶. Não foi documentada Síndrome de Münchhausen nas mães dos pacientes, mas parece haver uma associação frequente descrita na literatura¹⁹.

A mãe do paciente do primeiro caso aceitou bem o diagnóstico e seguiu com tratamento psiquiátrico, inclusive com uso de medicação. O seguimento do segundo caso mostrou um prognóstico completamente oposto, uma vez que a mãe não aceitou o nosso diagnóstico e o tratamento proposto, saindo do hospital com a perda do pátrio poder para a madrinha, que residia vizinha a casa da paciente, chegando falecida dois meses depois em outro hospital. Este segundo caso nos mostra a importância da vigilância familiar e o valor de se trabalhar de forma integrada com a equipe do serviço (Comitê dos Direitos da Criança) e Órgãos Públicos, tais como os Conselhos Tutelares e o Ministério Público. Tal desfecho demonstrou uma falta de interação da equipe hospitalar com a equipe de fora do hospital (Conselho Tutelar e Ministério Público) para o seguimento deste caso, enfatizando o desconhecimento e despreparo destes últimos para manejar com a síndrome. No primeiro caso relatado, fomos mais atentos e a criança somente teve alta hospitalar no momento em que todos os passos e procedimentos legais de proteção à criança e de ajuda à família foram definidos. O resultado dessa interação foi excelente; paciente e família tiveram um prognóstico muito melhor.

Os efeitos da SMPP na criança são bastante perigosos, de caráter psicológico e fisiológico a longo e curto prazos. A consequência mais aguda inclui dano físico induzido pela mãe ou resultado de múltiplos testes e tratamentos médicos¹³. O efeito psicológico é crônico, e a longo prazo essas crianças ficam dependentes de suas mães e da própria “doença” numa relação de simbiose e cumplicidade. Muitas dessas vítimas podem se tornar pacientes da Síndrome de Münchhausen no futuro. Outras seqüelas de

grande importância são a intensa ansiedade, comportamento hiperativo e depressivo²⁰. No primeiro caso, o paciente apresentava hiperatividade, sendo controlada apenas com psicoterapia. Crianças em torno de 6 anos podem acreditar que elas são responsáveis pelas próprias doenças e que estas são uma forma de punição por mau comportamento. Finalmente, a ausência escolar pelas hospitalizações de repetição leva a uma perda da educação e da interação social com crianças da mesma idade²¹.

Uma vez confirmado o diagnóstico de SMPP, o caso deve ser imediatamente encaminhado ao Comitê dos Direitos da Criança e/ou Serviço Social da instituição para que se tomem as medidas cabíveis. Se o perpetrador nega as alegações, a criança deve ser encaminhada para um local seguro⁵. Ao mesmo tempo essa mãe deve ser acompanhada por um psiquiatra para tratamento juntamente com a criança e toda a família. Se houver irmãos, a história clínica deles deve ser pesquisada, e os mesmos devem ser protegidos, devido à incidência de abuso^{17,19}.

O manejo desses casos deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, envolvendo pediatras, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e advogado²². O caso deve ser muito bem avaliado com todos os dados clínicos comprovados, pois as medidas de intervenção legal frequentemente são negligenciadas. O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a possibilidade de determinação de tratamento obrigatório psiquiátrico ou psicológico para os pais (Art. 129) e possibilidade de determinação do afastamento do agressor do lar (Art. 130). É importante salientar aos profissionais da área jurídica o risco de morte iminente e o grande sofrimento dessas crianças devido às internações de repetição, privando-as de uma vida normal²².

O prognóstico desses casos depende de o perpetrador aceitar o tratamento psicoterápico e da efetividade do mesmo. Deve-se ter bastante cuidado no retorno dessas crianças sob custódia para as mães abusadoras²³. Medidas de prevenção e reconhecimento devem ser pensadas e estudadas, como o treinamento e capacitação de profissionais de saúde, da área jurídica, assistentes sociais e conselheiros tutelares²⁴. É importante que os profissionais reconheçam suas limitações, tanto do ponto de vista do conhecimento científico quanto do emocional, procurando ajuda na literatura e em uma equipe multidisciplinar. Independente da classe social a qual pertence o paciente, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na detecção da SMPP. Para tal, é importante o conhecimento desta síndrome e estar familiarizado com os passos para o diagnóstico, pois, quanto mais precocemente for identificado, melhor será o prognóstico destes pacientes.

Agradecimentos

À equipe do Comitê dos Direitos da Criança do Hospital da Criança Santo Antônio da ISCMPA, ao Dr. Carlos Zaslavsky e ao Dr. Airton Stein.

Referências bibliográficas

1. Meadow R. What is, and what is not, 'Münchausen syndrome by proxy'? *Arch Dis Child* 1995; 72:534-8.
2. Meadow R. Münchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2:343-5.
3. Fisher GC, Mitchell I. Is Münchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Arch Dis Child* 1995; 72:530-4.
4. Porter GE, Heitsch GM. Münchausen syndrome by proxy: unusual manifestations and disturbing sequelae. *Child Abuse Neglect* 1994; 18:789-94.
5. Mehl AL, Coble L, Johnson S. Münchausen syndrome by proxy: a family affair. *Child Abuse Neglect* 1990; 14:577-85.
6. Meadow R. Non-accidental salt poisoning. *Arch Dis Child* 1993; 68: 448-52.
7. Frederick V, Luedtke GS, Barrett FF, Douglas Hixson S, Burch K. Münchausen syndrome by proxy: recurrent central catheter sepsis. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9:440-2.
8. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Neglect* 1987; 11:547-63.
9. Asher R. Münchausen syndrome. *Lancet* 1951; 1:339-41.
10. Lacey SR, Cooper C, Runyan DK, Azizkhan RG. Münchausen syndrome by proxy: patterns of presentation to pediatric surgeons. *J Ped Surg* 1993; 28:827-32.
11. Schreier HA. The perversion of mothering: Münchausen syndrome by proxy. *Bull Menninger Clinic* 1992; 56:421-37.
12. Marcus A. Münchausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995; 4: 229-36.
13. Meadow R. Münchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57:92-8.
14. Southall DP, Plunkett MCB, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP. Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics* 1997; 100:735-60.
15. Libow JA, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: when is it Münchausen syndrome by proxy? *Am J Orthopsychiatry* 1986; 56:602-11.
16. Bach S. On sadomasochistic object relations. In: Fogel GI, Myers WA. *Perversions and near-perversions in clinical practice: new psychoanalytic perspectives*. New Haven: Yale University Press; 1991. p. 75-92.
17. McClure RJ, Davis PM, Meadow R, Silbert RJ. Epidemiology of Münchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996; 75:57-61.
18. Meadow R. False allegations of abuse and Münchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1993; 68:444-7.
19. Trajber Z, Murahovschi J, Candio S, Cury R, Gomide C, Klein E, et al. Síndrome de Münchausen por procuração: o caso da menina que sangrava pelo ouvido. *J pediatr (Rio J)* 1996; 72:35-9.
20. Crouse KA. Münchausen syndrome by proxy: recognizing the victim. *Ped Nurs* 1992; 18:249-52.
21. Sigal M, Carmel I, Altmark D, Silfen P. Münchausen syndrome by proxy: a psychodynamic analysis. *Med Law* 1988; 7:49-56.
22. Farinatti F, Biazus DB, Leite MB. Síndrome de Münchausen por procuração. In: Farinatti F, ed. *Pediatria Social - A criança maltratada*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993. p. 228-40.
23. Sigal M, Gelkopf M, Meadow R. Münchausen syndrome by proxy: the triad of abuse, self-abuse and deception. *Compr Psychiatry* 1989; 30:527-33.
24. McGuire TL, Feldman KW. Psychologic morbidity of children subjected to Münchausen syndrome by proxy. *Pediatrics* 1989; 83:289-92.

Endereço para correspondência:

Dra. Joelza M.A. Pires
 Avenida Carlos Gomes, 815 - Sala 408
 Porto Alegre - RS - CEP 90480-003
 Telefone/Fax: (51) 328.2620
 E-mail: joelzapi@cpovo.net