



RELATO DE CASO

Hipocondria por procuração em crianças: relato de dois casos

Hypochondriasis by proxy in children: report of two cases

Esdras C. Moreira¹, Luíza A.C. Moreira²

Resumo

Objetivo: Enfatizar aspectos importantes para o diagnóstico e manejo de pacientes com quadro de abuso infantil, relacionado à síndrome de Munchausen por procuração na sua variante, hipocondria por procuração.

Método: Os autores descrevem dois casos acompanhados no Serviço de Pediatria de um hospital terciário de Salvador, Bahia, nos quais encontraram aspectos da história e do quadro clínico das crianças e no comportamento materno compatíveis com a síndrome de Munchausen por procuração (transtorno factício por procuração).

Resultados: Nos dois casos apresentados observamos um padrão na história clínica, caracterizado por internamentos e/ou consultas médicas recorrentes nos últimos três anos, com resultados negativos. A ausência de resultados positivos não diminuiu a certeza dessas mães da patologia dos seus filhos (hipocondria por procuração), notando-se uma colaboração das crianças na incorporação do papel de doentes, o que dificultava sua adaptação escolar e social.

Conclusões: O pediatra deve estar atento para o diagnóstico de Munchausen por procuração e da sua variante, hipocondria por procuração, naqueles casos de doenças inexplicáveis e recorrentes, melhora dos sintomas e sinais na ausência dos pais e avaliações diagnósticas com achados incongruentes. Na certeza do diagnóstico, avaliar risco para a criança (mortalidade elevada nesses quadros) e sugerir acompanhamento psicoterápico para a mãe ou perpetrador.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(5): 373-376: síndrome de Munchausen, hipocondriose.

Introdução

Em 1977, Meadow¹ introduziu o termo *Munchausen by proxy* (Munchausen por procuração), referindo-se às mães que fabricavam doenças em suas crianças para terem

Abstract

Objective: To emphasize important aspects for the diagnosis and approach of patients with history of child abuse, related with the Munchausen Syndrome by proxy, and its variant, Hypochondriasis by proxy.

Methods: The authors describe two cases followed in the Pediatric Service in a tertiary hospital of Salvador, Bahia, in which they found aspects of the medical history and physical examination of these children and in the mothers' behavior compatible with Munchausen by proxy (Factitious disorder by proxy).

Results: In the two cases presented, we observed a standard in the clinical history, described as recurrent inpatient and outpatient medical support, through the last three years, without the identification of abnormal results. These facts do not decreased the certainty of the mothers about their children's disease (hypochondriasis by proxy). Furthermore we observed cooperation on the part of the children by incorporating the role of the sick one, which made their school and social adaptation more difficult.

Conclusions: The pediatrician must be aware of the diagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy and its variation, hypochondriasis by proxy, in those cases of unsuitable and recurrent disease, lack of symptoms and signs in the absence of parents, and diagnostic methods with meaningless results. When absolutely certain about diagnosis, the physician must establish the risk for the child (increased mortality in these cases) and suggest psychotherapy for the mother or perpetrator.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(5): 373-376: Munchausen Syndrome, hypochondriasis.

atenção médica, semelhante aos adultos com síndrome de Munchausen, que se apresentam com sintomas, sinais e histórias médicas factícias para obtenção de cuidados médicos. A característica essencial da síndrome de Munchausen por procuração (SMP), também denominada transtorno factício por procuração, é a fabricação intencional ou simulação de sintomas e sinais físicos ou psicológicos em uma outra pessoa que esteja sob os cuidados do indivíduo². Quando a vítima é uma criança, como ocorre na grande maioria dos casos, é considerada uma forma de abuso infantil³. As crianças pré-escolares

1. Psiquiatra do Serviço de Interconsultoria Psiquiátrica do Hospital São Rafael. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

2. Prof^a Assistente de Pediatria da Universidade Federal da Bahia. Mestre em Pediatria pela Universidade Federal da Bahia. Gastroenterologista Infantil do Hospital São Rafael.

são as vítimas mais freqüentes, mas recém-nascidos, adolescentes e adultos podem sofrer tal abuso.

Pretendemos, através do relato de dois casos de SMP, diagnosticados e acompanhados pelos Serviços de Pediatria e Psiquiatria de um hospital terciário de Salvador, Bahia, analisar aspectos importantes da história clínica e evolução desses casos, melhor caracterizados como hipocondria por procuração⁴, devido ao predomínio na mãe da certeza de uma doença oculta no filho, bem como evidenciar características importantes do comportamento dos pais e da criança para o diagnóstico desse tipo de abuso. Tal esforço, no seu conjunto, fornecerá pistas para que o pediatra, atendendo em um ambulatório de pediatria geral, possa suspeitar da presença da SMP e, quando possível, iniciar abordagem adequada.

Caso 1

Paciente, 10 anos, sexo feminino, levada ao consultório de pediatria pela mãe que achava que a criança vinha apresentando “manchas arroxeadas” em braços e tórax há cerca de dois anos. Perguntou-se as características das lesões, e a genitora referiu que os contornos eram mal definidos e que “iam e vinham durante o dia”, nesse período. Não referia uso de nenhuma droga, recentemente, pela criança ou qualquer outro fator desencadeante. Negava também dor no local das lesões. A criança foi avaliada por angiologistas, cardiologistas, dermatologistas e pediatras nos últimos dois anos com resultados normais. Apesar desses resultados, a genitora mantinha a idéia de que algo estava errado e que alguma doença oculta estaria prestes a ser diagnosticada. Ao exame realizado pela pediatra, com especialização em gastroenterologia, não foram observadas anormalidades físicas na criança, nem fatos no seu desenvolvimento físico e mental que evidenciassem alguma patologia subjacente. Durante a entrevista psiquiátrica, a genitora apertou por várias vezes o braço da filha firmemente com as duas mãos, soltando em seguida, enquanto proferia: “veja doutor, como está todo roxo, alguma coisa minha filha tem”. A criança permanecia imóvel, relatando sua dificuldade na escola devido a sua “doença” e as limitações físicas impostas pela pele continuamente roxa e tonturas freqüentes. Mostrava convicção semelhante à da mãe, de que algo de errado possuía em sua saúde e que isso a fazia mais frágil que seus irmãos e seus colegas na escola. Apesar da nova avaliação pediátrica não concluir por anormalidade física, a genitora buscava nova avaliação médica: “deve ser problema no fígado, minha filha é doente, isso que acontece com ela não pode ser normal”. Quando confrontada com a possibilidade de não haver doença física, e sim uma “preocupação excessiva com a saúde da sua filha” e com o fato de que tal comportamento estava criando problemas na adaptação social e escolar da criança, bem como construindo um papel de doente e de vulnerabilidade para a sua filha, a mãe argumentou que não estava inventando doença alguma e abandonou o tratamento.

Caso 2

Paciente, com 9 anos, do sexo feminino, internada na enfermaria de pediatria em junho de 1998, com queixa de edema generalizado, não constatado pela equipe médica da enfermaria, que manteve tratamento sintomático durante o internamento. Tratava-se do terceiro internamento nesse mesmo hospital, com evolução e conclusões semelhantes aos anteriores em 1996 e 1997, quando permaneceu internada na mesma enfermaria, sendo submetida à extensa avaliação com resultados normais. Apesar dessas evidências, a genitora manteve durante todo o internamento o discurso de que sua filha possuía um problema renal e por isso estava “inchada” e com o “couro cabeludo mole”. Solicitava uma biópsia renal referindo-se a um pedido de um outro serviço médico, onde sua filha estivera internada e em acompanhamento ambulatorial: “ela deve ter alguma coisa, tem tontura, cai, fica nervosa e não faz educação física na escola”, relatava. Nos últimos três anos, segundo informava a mesma, vinha usando furosemida em casa, conforme prescrição médica. Ao verificarmos suas informações nos serviços mencionados (Serviço de Nefrologia e um ambulatório de um hospital universitário e um hospital pediátrico de nível terciário), a equipe médica encontrou relatos de investigações negativas nas três unidades e alta do serviço de nefrologia mencionado. Durante todo o internamento, a criança não apresentou anormalidades físicas, nem o mencionado edema, mantendo-se ativa, embora com episódios de ansiedade intensa, ocasião na qual batia a cabeça contra a janela do seu quarto: “ela é muito nervosa e muito autoritária”, comentava sua mãe sobre esse fato. Quando entrevistada pelo psiquiatra, a criança mostrou seus dedos em dois momentos da entrevista, referindo-se ao seu edema: “eu queria comer com sal, mas minha mãe não deixa por causa do meu problema no rim”, dizia a criança enquanto olhava para seus dedos. Observou-se que por possuir dedos com volume aumentado pelo fato de ser obesa, a criança apresentava uma falsa percepção de mãos edemaciadas. Quando confrontada com os achados de inúmeras avaliações médicas normais nos últimos três anos, a genitora manteve sua idéia de que algo de errado estava acontecendo, “talvez não descoberto pelos médicos”, como relatava, mas que concordaria em manter a criança sem a furosemida e sem as limitações dietéticas e físicas, “mas se aparecer alguma coisa depois doutor, aí vai ser mais sério, porque aí eu vou ter de acertar com o hospital”.

Comentários

Nos dois casos clínicos apresentados acima, observamos critérios diagnósticos para SMP²: 1) produção intencional ou simulação de sinais físicos ou psicológicos em outra pessoa que está sob os cuidados do indivíduo; 2) a motivação para o comportamento do perpetrador é assumir o papel de doente através de outra pessoa; 3) incentivos externos para o comportamento (tais como ganho

financeiro) estão ausentes e 4) o comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental.

É importante a observação da história clínica para o diagnóstico. A criança é persistentemente trazida para a investigação médica e seus sintomas agudos e sinais da doença cessam assim que a criança é separada da mãe, que nega ter algum conhecimento da etiologia do transtorno. A criança do caso 2 não apresentou nenhum sintoma ou sinal de patologia durante o internamento, o que serviu para minimizar a influência da mãe sobre a criança. No caso 1, era notável a colaboração da criança para o papel de doente, corroborando as limitações físicas e psicológicas impostas a ela pela mãe.

Há uma tendência de que outras crianças da família sejam, ou tenham sido, afligidas de forma semelhante⁵. Bools⁶ encontrou que 39% dos irmãos de uma ampla série de pacientes foram sujeitos à fabricação da doença e que 1 em 10 havia morrido em circunstâncias misteriosas. Contudo, tipicamente, o perpetrador concentra-se apenas sobre uma vítima de cada vez⁷. Em alguns desses casos⁵, como nos exemplos descritos acima, não existe outro elemento abusivo além do trauma de investigações médicas repetidas, hospitalizações e tratamentos medicamentosos. Há uma sobreposição entre a SMP e o envenenamento de crianças; as mães utilizam-se do veneno para envolvê-las em cuidados médicos, sem o objetivo de matá-las. O mesmo pode ocorrer nos casos de sufocação de crianças.

O conhecimento dos métodos de fabricação das doenças é essencial para suspeitarmos do diagnóstico de SMP. Esses foram muito bem descritos por Bools⁷, que dividiu suas categorias descritivas em três grupos principais de métodos de fabricação (1,2,3) e em três situações especiais (4,5,6). Nos dois primeiros grupos as crianças não são lesionadas fisicamente e diretamente pelo perpetrador. Essas categorias serão apresentadas a seguir, observando que formas mistas de fabricação são comuns: 1a) fabricação verbal de convulsões ou apnéia; 1b) outras fabricações verbais (alergias, hematuria, problemas respiratórios, sangramento e vômito); 2) falsificação de amostras para exames de laboratório e de gráficos hospitalares; 3a) envenenamento; 3b) sufocação; 3c) produção de sintomas por outros meios diretos: introdução de material infectado na criança através da via endovenosa; 3d) produção dos sintomas pela não utilização dos nutrientes e medicamentos prescritos; 4) fabricação de transtorno psiquiátrico; 5) transtorno factício na gravidez (com evolução para SMP após nascimento do bebê) e 6) fabricação na presença genuína de doença física. Nesse caso, o exagero dos pais em relação à gravidade da doença do filho sugere uma variante da SMP.

Ao analisarmos os dois casos acima, percebemos que apesar da predominância da fabricação verbal dos sintomas e sinais, encontramos um comportamento das mães que envolve atos diretos sobre o corpo das crianças, embora sem dano físico imediato importante. No primeiro caso, a mãe apertava partes do corpo da criança para

mostrar a pele roxa e no caso 2, ocorria o uso de dietas hipossódicas e o abuso de diuréticos, representando, de acordo com a classificação descrita, formas mistas de fabricação da doença.

A motivação materna é importante para a compreensão dessa forma de abuso. Em alguns casos, há o desejo simples de ter ajuda profissional porque o cuidado com a criança tornou-se muito exaustivo ou muito preocupante. Muitas dessas mães são afáveis, amigáveis e prestativas, impressionando a equipe de enfermagem e médica com os seus cuidados excessivos com a criança, recusando-se, muitas vezes, a deixar a criança sozinha durante o internamento⁴. Em alguns casos em que a mãe estava sufocando seu filho na enfermaria, notava-se uma forte ligação da mãe ao bebê, com um relacionamento que mostrava amor muito intenso. Portanto, uma mãe cuidadosa que está perto da criança todo o tempo de forma não usual, pelo excesso de cuidado e zelo, pode ser considerada uma forma de comportamento clássico da mãe na SMP⁶. Observa-se também em algumas mães um comportamento calmo e de confiança surpreendente nos médicos, apesar da condição grave das suas crianças. Outras, contudo, são críticas com a equipe médica, principalmente quando causas orgânicas não são encontradas no decorrer da avaliação⁷.

O relacionamento da mãe com seu filho, com suas características de superenvolvimento, pode representar a visão da mãe de uma vulnerabilidade do filho ou seu envolvimento psicológico e dependência da criança. A mãe pode estender seu problema de somatização para o filho, como um distúrbio na percepção dos limites psicológicos entre ela e a criança; isso poderia explicar a frequência maior de transtorno somatoforme e de transtorno factício (síndrome de Munchausen) entre as mães. Além disso, são vistos geralmente transtornos de personalidade graves⁸ e história de abuso infantil entre os perpetradores. O pai geralmente parece não estar envolvido, mas pode colaborar com a mãe ou agir sozinho. Estressores vitais, especialmente conflito conjugal (como ocorrido no caso 2, meses antes do início do transtorno) podem desencadear a SMP².

O manejo dessa patologia é difícil. Como essas mães obtêm um ganho primário com a doença, necessitando da criança doente para manterem seus papéis de mães "cuidadas" num ambiente de proteção e suporte de uma enfermaria ou serviço pediátrico³, muitas reagem com raiva e negação do problema quando são confrontadas. Algumas, entretanto, têm confessado e admitido que elas querem manter o interesse do médico no caso do seu filho ou que o suporte e a admiração da equipe a torna importante em casa⁴, o que faz lembrar as motivações da síndrome de Munchausen nos adultos.

É essencial para a abordagem que se estabeleça com certeza que a fabricação da doença está ocorrendo. Para isso, deve-se analisar todas as inconsistências do relato e das informações, entrevistar o marido e a avó materna, e, se possível, visitar o domicílio da família. A história

médica da mãe deve ser revisada. A relação temporal entre os incidentes e a presença da mãe deve ser examinada. Amostras de urina, fezes, sangue e vômito devem ser preservadas para testes subseqüentes. É fundamental o aumento da vigilância pela enfermagem, e, se preciso, em alguns casos, torna-se necessário revistar os pertences da mãe, buscando medicações. A mãe pode ser afastada explicando-se que a doença é incomum e que algum fator materno pode estar dificultando a melhora, sendo possível, assim, um período de observação da criança sem a presença da mãe.

Confirmado o diagnóstico de SMP e necessitando da confrontação com a mãe, é preferível que a entrevista seja realizada em ambiente reservado com o consultante e a mãe apenas, baseando-se nos fatos e apontando para o conhecimento do médico sobre o que está ocorrendo e na sua intenção de ajudar a mãe e a criança⁴. Muitas mães precisam de psicoterapia, e resistem a ela. Podem se tornar deprimidas ou suicidas, quando percebem as conseqüências do seu comportamento⁷. Algumas crianças devem ser removidas do convívio da mãe para a sua proteção. Mesmo com uma abordagem adequada, o prognóstico é pobre para o perpetrador e para a criança, sendo a mortalidade significativa⁸. É comum após o diagnóstico e confrontação que a mãe deixe o hospital contra as recomendações médicas e procure outro serviço, às vezes com nome fictício³.

A análise dos casos apresentados mostra que não houve um abuso físico direto da mãe sobre a criança, mas sua persistência na procura de cuidados médicos e as internações e tratamentos freqüentes acabam por determinar riscos para a integridade física das crianças e modificam sua adaptação social e seu desenvolvimento mental, tornando-se práticas abusivas e muito prejudiciais às vítimas desse transtorno. É interessante observarmos que nos casos relatados há um predomínio da idéia na mãe de que alguma doença física subjacente e oculta está em processo sem a percepção dos médicos, o que pode ser denominado de hipocondria por procuração (*Hypochondriases-by-proxy*)⁴. Além disso, as crianças, já maiores, passaram a colaborar com as suas mães, incorporando o papel de doentes e adicionando aos seus discursos a idéia de possuírem uma patologia grave, numa forma de *folie-à-famille*.

Portanto, o pediatra deve estar atento para a possibilidade de SMP sempre que se deparar com doenças inexplicáveis e recorrentes em crianças, melhora dos sinais e sintomas na ausência dos pais, mães que se recusam a deixar o hospital, falta de preocupação da mãe com a

suposta gravidade da doença do filho e avaliações diagnósticas que resultam em achados incongruentes com a natureza dos sintomas, causando confusão e frustração em médicos experientes⁹.

Embora seja frustrante para a equipe médica a constatação da produção direta ou indireta pela mãe dos sintomas apresentados pela criança, é necessário considerar que essas mães precisam de ajuda psicoterápica. O estabelecimento do diagnóstico, portanto, não exime o médico da sua responsabilidade, apenas por não se tratar de doença física, ressaltando-se que, na maioria dos casos, tal transtorno representa grave risco para a morbidade e mortalidade da criança e presença de transtorno mental grave na genitora.

Referências bibliográficas

1. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterhand of child abuse. *Lancet* 1977; 2: 343-5.
2. DSM IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 684-5.
3. Cassem NW. Massachusetts general hospital handbook of general hospital psychiatry. 4ª ed. Missouri: Mosby; 1997. p. 455-6.
4. Brockington I. Motherhood and mental health. Edinburg: Oxford University Press; 1996. p. 388-91.
5. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and adolescent psychiatry modern approaches. 3ª ed. Bath: Blackwell Science; 1994. p. 211-2.
6. Bools CN, Neale BA, Meadow R. Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1992; 67: 77-9.
7. Bools CN. Factitious illness by proxy. Munchausen syndrome by proxy. *Brit J Psychi* 1996; 169: 268-75.
8. Gelder M, Gath D, Richard M, Cowen, P. Oxford textbook of psychiatry. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 357.
9. Talbott J, Hales R, Yudofsky S. Tratado de psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 407-8.

Endereço para correspondência:

Dra. Luíza Amélia Cabus Moreira
Rua Paraná, 269/402, Pituba
Salvador - Bahia - CEP 41830-170
E-mail: esdras@ibm.net