



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Síndrome de Munchausen *by proxy* – uma revisão narrativa

Carina Sofia Lopes da Silva

Orientado por:

Prof^a Dra. Filipa Andreia Lemos Novais Oliveira Cruz

Maio' 2022

Resumo

Introdução: A síndrome de Munchausen *by proxy* é caracterizada por uma simulação ou indução intencional de sinais e/ou sintomas físicos e/ou psicológicos por parte de um indivíduo sob um outro que se encontra sob os seus cuidados. Embora se desconheça a prevalência exata deste distúrbio, acredita-se que haja um elevado subdiagnóstico.

Objetivo: O objetivo desta revisão é descrever este diagnóstico e fatores associados, em particular relativamente aos impactos nas vítimas, a psicopatologia e motivação dos doentes, bem como o tratamento e prognóstico de todos os envolvidos nesta síndrome, isto é, doentes, vítimas e família.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa narrativa de artigos científicos na base de dados PubMed, utilizando-se também a quinta edição do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais e as guidelines da Sociedade Profissional Americana sobre o Abuso de Crianças. Foram utilizados apenas artigos redigidos em inglês, sem qualquer critério de restrição temporal.

Desenvolvimento: O diagnóstico desta entidade é extremamente complexo, dada a típica negação constante dos doentes em relação ao mesmo, aliada ainda à relutância por parte dos profissionais de saúde em considerá-lo como uma possibilidade, podendo mesmo ser necessário recorrer à utilização de videovigilância oculta. Há algumas comorbilidades frequentes, tais como, a perturbação factícia, perturbações de personalidade, perturbações de humor, e perturbação de sintomas somáticos.

Conclusão: Dado o impacto significativo desta síndrome, torna-se imperativo que os profissionais de saúde mantenham um elevado grau de atenção, de forma a que não contribuam para a perpetuação deste tipo de comportamento e, pelo contrário, seja possível o estabelecimento de diagnóstico e do plano de atuação o mais atempadamente possível.

Palavras-chave: Síndrome de Munchausen *by proxy*; perturbação factícia imposta em outra pessoa; abuso médico infantil; diagnóstico; psicopatologia.

O Trabalho Final é da exclusividade responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Abstract

Introduction: Munchausen syndrome by proxy is characterized by a simulation or intentional induction of physical and/or psychological signs and/or symptoms by an individual to another who is under their care. Although the exact prevalence of this disorder is unknown, it is believed to be underdiagnosed.

Objective: The aim of this review is to describe this diagnosis and associated factors, regarding the impacts on victims, the psychopathology and motivation of patients, as well as the treatment and prognosis of all those involved in this syndrome, that is, patients, victims, and family.

Methods: A narrative search for scientific articles was carried out in the PubMed database. The fifth edition of the manual of diagnosis and statistics of mental disorders and the American Professional Society Guidelines on Child Abuse was also used. Only articles written in English were used, and no temporal restriction criteria of publication date was applied.

Discussion: The diagnosis of this entity is extremely complex, given the typical constant denial of the patients in relation to it, associated with the reluctance of health professionals to consider it as a possibility. It may even be necessary to use hidden video surveillance. There are some common comorbidities, most often factitious disorder, personality disorders, mood disorders, and somatic symptom disorder.

Conclusion: Given the significant impact of this syndrome, it is imperative that health professionals maintain a high degree of suspicion, so that they don't contribute to the perpetuation of this type of behavior and, on the contrary, to help in the establishment of the definitive diagnosis and action plan, as soon as possible.

Keywords: Munchausen syndrome by proxy; factitious disorder imposed on another; medical child abuse; diagnosis; psychopathology.

The final work is the exclusive responsibility of its author, and the FMUL is not responsible for the contents presented therein.

Índice	
Resumo	2
Abstract	3
Introdução	5
Métodos.....	8
Resultados	9
Definições, terminologia e considerações gerais	9
Contexto epidemiológico.....	10
Vítimas	13
Mortalidade	16
Morbilidade e follow up das vítimas	17
Espectro de sinais, sintomas e métodos mais frequentes	20
Categorias	22
Motivações.....	24
Sinais de alarme	28
Dificuldades de diagnóstico	29
Formulação diagnóstica	30
Diagnóstico diferencial	34
Caracterização dos doentes.....	36
Psicopatologia do doente	39
Tratamento e prognóstico	40
Discussão e conclusão	52
Agradecimentos.....	55
Bibliografia.....	56

Introdução

O termo Síndrome de Munchausen foi implementado pela primeira vez em 1951 pelo psiquiatra Richard Asher, descrevendo um padrão comportamental transversal a um conjunto de indivíduos que, intencionalmente, autoinfligiam sinais e/ou sintomas característicos de uma determinada doença, de forma a desempenharem o papel de doentes e, assim, serem submetidos a uma série de investigações e procedimentos médicos desnecessários [1], [2], [3].

Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von Munchausen foi um mercenário do século XVIII, mais conhecido por “Barão Munchausen”, que se destacou pela narração de histórias dramáticas e claramente falsas relativamente às suas aventuras de vida como soldado, caçador e desportista [4], [5], [6]. Assim, Asher, dadas as semelhanças que conseguia estabelecer entre o exagero das histórias contadas pelo mercenário e as apelativas e falsas histórias clínicas tipicamente presentes nesta entidade, decidiu atribuir o seu nome, Munchausen, a esta entidade clínica [7], [8].

A suspeição desta síndrome estabeleceu-se após se constatar a existência de diversos indivíduos que recorriam incessantemente aos cuidados de saúde, relatando histórias clínicas muito dramáticas e que, com o tempo, se vinham a comprovar serem falsas. A maioria dos casos observados por Asher correspondiam a emergências orgânicas, nomeadamente de tipo abdominal agudo (o padrão de lesões mais frequente), hemorrágico (principalmente hematemeses e hemoptises) e neurológico (cefaleias paroxísticas e perdas de consciência) [9].

Neste seguimento, vinte e seis anos depois, isto é, em 1977, Roy Meadow, nefrologista pediátrico, descreveu dois casos observados na sua prática clínica que o chamaram a atenção para um padrão comportamental semelhante ao descrito na síndrome de Munchausen. O primeiro caso, corresponde ao de uma menina de 6 anos (“Kay”), referenciada ao serviço de nefrologia pediátrica por múltiplas idas às urgências com queixas típicas de infeções urinárias, desde os seus 8 meses de idade. Nestes episódios, os pais descreviam a presença de sangue, pús e alterações do odor da urina. Ao fim de 6 anos a ser submetida a múltiplos cursos de antibioterapia, quimioterapia, internamentos e investigações invasivas optou-se por confrontar a mãe com as diversas incongruências que se vinham a conseguir identificar nas investigações realizadas. Esta

acabou então por confessar que, durante todo esse tempo, teria adicionado a sua própria urina e secreções menstruais às amostras de urina da filha, falsificando assim os resultados obtidos. O segundo caso, por sua vez, corresponde ao de um menino (“Charles”), com múltiplos episódios de hipernatremia desde as suas 6 semanas de vida, que ocorriam aproximadamente todos os meses. Após diversas investigações realizadas, conseguiu-se perceber que não haveria qualquer condição patológica subjacente à criança, mas sim uma administração intencionalmente excessiva de sódio, por parte da mãe. O último episódio acabou por se revelar trágico, culminando com a morte de Charles por hipernatremia extrema e, posteriormente, com o suicídio da mãe [10].

Através destes dois casos, Meadow introduziu pela primeira vez a designação “Síndrome de Munchausen *by proxy*” que, ao contrário da síndrome de Munchausen, não descreve um padrão autolesivo, mas sim uma situação em que um cuidador, intencionalmente, cria, exagera ou induz doenças físicas, mentais ou problemas de desenvolvimento em alguém que se encontre sob os seus cuidados, de forma a obter a atenção médica [11], [12]. Nestes casos, os doentes são diagnosticados com uma perturbação factícia imposta em outra pessoa, listada na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5) [13]. As vítimas são maioritariamente crianças, mas também podem ser idosos, pessoas vulneráveis ou até mesmo animais [14]. Estas podem ser prejudicadas diretamente pelas induções de lesões, sinais ou sintomas por parte do doente e, indiretamente, por serem, posteriormente, submetidas a avaliações desnecessárias e intervenções médicas invasivas [15], [16].

Centrando o problema na vítima, esta pode ser classificada como uma situação de abuso, sendo várias as designações que lhe são atribuídas, como “Falsificação de condição pediátrica”, “Abuso infantil em ambiente médico”, “Abuso médico infantil” ou “Doença induzida pelo cuidador em uma criança” [17].

Embora se desconheça a prevalência exata deste distúrbio, acredita-se que se encontre verdadeiramente subdiagnosticado, uma vez que existem muitos obstáculos ao reconhecimento e confirmação deste tipo de comportamento com precisão [14]. Ainda assim, a Academia Americana de Pediatria estima uma incidência de 0.5 a 2 por 100 000 crianças com idades inferiores a 16 anos [14], [17]. Para além disso, os estudos têm vindo

a demonstrar uma taxa de mortalidade entre os 6 e os 9-10% de todas as vítimas desta entidade clínica, tornando-a assim uma das formas de abuso mais fatais [18], [19]. De igual forma, há também muita falta de conhecimento relativamente às características e motivações dos doentes, uma vez que, geralmente, estes se recusam a cooperar nas investigações e até mesmo no seu próprio tratamento [20].

No entanto, constata-se algumas características frequentes entre os indivíduos que desenvolvem esta perturbação, nomeadamente o facto de serem maioritariamente jovens, do sexo feminino e corresponderem quase sempre às mães biológicas das vítimas. Sabe-se também que não é infrequente terem experienciado alguns eventos traumáticos na infância, destacando-se a exposição a abusos de natureza sexual e física, situações de negligência e, ainda, a separação ou perda precoce de uma das figuras parentais [21]. Algumas delas foram, outrora, vítimas da síndrome de Munchausen *by proxy*, constatando-se um padrão de transmissão transgeracional de perturbações factícias em várias famílias, que a literatura tem vindo a explicar através do desenvolvimento de um padrão de vinculação disfuncional, mais concretamente, de tipo inseguro [22], [23]. Por outro lado, verifica-se também que grande parte deles nutre um interesse especial pela área da saúde, vindo a desenvolver formações ou trabalhos laborais nesse sentido. Ainda, a existência de problemas conjugais, alguns deles graves, como situações de violência doméstica não são infrequentes [3], [21], [24].

Na maioria das vezes em que a motivação subjacente ao comportamento é identificável, verifica-se que os doentes são movidos principalmente pela procura de atenção e pelo despoletar de sentimentos de admiração e elogios por parte dos profissionais de saúde, dado o seu desempenho no papel de vítima, mártir e de cuidador aparentemente exemplar [25], [26], [27].

Sob um outro ponto de vista, os profissionais de saúde acabam também por se tornar intervenientes não intencionais dos impactos negativos que estes comportamentos possam desempenhar nas vítimas, uma vez que, por acreditarem na história relatada pelos cuidadores, muitas vezes, optam pela elaboração de investigações invasivas ou até mesmo tratamentos árduos, contribuindo então para a angústia das vítimas. Ou seja, o cuidador, conscientemente e intencionalmente, dá início a este tipo de

comportamento e, os profissionais de saúde, não intencionalmente, dão-lhe continuidade [28]. Posto isto, torna-se fundamental que esta perturbação psiquiátrica se torne mais facilmente reconhecida, não só para que não seja tão facilmente perpetuada, mas também para que, perante a identificação destes casos, se consiga ativar uma equipa multidisciplinar o mais rapidamente possível, evitando assim piores desfechos das vítimas [29].

Assim, com esta revisão da literatura, pretende-se então abordar as diferentes apresentações e características desta condição psiquiátrica, com especial enfoque em potenciais aspetos que possam facilitar o seu reconhecimento e, assim, colmatar os obstáculos que se opõem ao diagnóstico.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa narrativa de artigos na base de dados PubMed, com os seguintes termos: *“Munchausen syndrome”, “Munchausen syndrome by proxy”, “Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy”, “Diagnosis of Munchausen syndrome by proxy”, “Factitious disorder”, “Factitious disorder imposed on another”, “Treatment of Munchausen syndrome by proxy”, “Medical child abuse”, “Motivations of Munchausen syndrome by proxy perpetrators”, “Psychopathology of Munchausen syndrome by proxy”, “Attachment theory in Munchausen syndrome by proxy” e “Intergenerational transmission of factitious disorder”*. Seguidamente, foi também analisada a bibliografia dos artigos primordialmente selecionados, com o objetivo de se complementarem algumas informações e se identificarem potenciais aspetos relevantes a abordar. Recorreu-se também à consulta da quinta edição do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, principalmente em termos de definição de critérios de diagnóstico para a perturbação factícia imposta em outra pessoa e seus diagnósticos diferenciais. Utilizaram-se ainda as guidelines da Sociedade Profissional Americana sobre o Abuso de Crianças, relativas ao tema da síndrome de Munchausen *by proxy*.

A pesquisa decorreu essencialmente até ao mês de abril do presente ano e, dos artigos selecionados, excluíram-se aqueles redigidos noutros idiomas que não inglês.

Resultados

Definições, terminologia e considerações gerais

A síndrome de Munchausen *by proxy* pode ser caracterizada como uma entidade clínica em que um cuidador fabrica uma história clínica e, por vezes, de forma a corroborá-la, simula ou induz sinais, lesões ou sintomas de uma determinada doença, num outro indivíduo que se encontre sob os seus cuidados ^[30]. Os indivíduos com esta perturbação psiquiátrica tendem a procurar recorrentemente diferentes serviços de saúde, submetendo assim as vítimas a investigações e tratamentos que, caso contrário, seriam completamente desnecessários ^[3].

Desde a sua primeira descrição em 1977, por Roy Meadow, em que a designou de “Síndrome de Munchausen *by proxy*”, vários têm sido os termos utilizados para descrever este tipo de comportamento, o que tem gerado alguma confusão. Neste sentido, as mais recentes guidelines da Sociedade Profissional Americana sobre o Abuso de Crianças apontam para que o termo “Síndrome de Munchausen *by proxy*” descreva a situação em si, englobando tanto a psicopatologia do doente como o abuso da vítima. Termos como “Abuso médico infantil”, “Falsificação de condição pediátrica”, “Abuso por falsificação de condição pediátrica”, “Abuso infantil em ambiente médico”, e “Doença induzida pelo cuidador numa criança”, devem apenas ser utilizados quando se pretende colocar em destaque o abuso aplicado à vítima ^[16]. Apesar de os adultos ou até mesmo animais também poderem ser vítimas desta forma de abuso, ainda não foi proposta qualquer designação específica para estes casos ^[14].

Por fim, do ponto de vista da psicopatologia dos doentes, o mais correto será falar-se em “Perturbação Factícia imposta em outra pessoa”, termo este introduzido pela DSM-5, em 2013 ^[16]. No entanto, nem todas as pessoas que desenvolvem este tipo de comportamento disruptivo apresentam critérios para o diagnóstico de Perturbação Factícia imposta em outra pessoa. Algumas delas apenas recorrem à indução de sinais ou sintomas com o objetivo de conseguirem obter recompensas financeiras, não havendo, portanto, qualquer evidência de distúrbio psiquiátrico, mas sim uma situação de simulação ^[21]. Ainda, existem também outras condições psiquiátricas e situações de stress que tornam mais propício o desenvolvimento deste tipo de comportamento fraudulento sem que, no entanto, se adequem os critérios de perturbação factícia

imposta em outra pessoa. De destacar assim que apenas se aplica o termo síndrome de Munchausen *by proxy* quando há de facto uma vítima e, por sua vez, o doente cumpre critérios para perturbação factícia imposta em outra pessoa ^[14].

De acordo com a DSM-5, para se conseguir estabelecer o diagnóstico de perturbação factícia imposta em outra pessoa, é necessário que se verifiquem os seguintes critérios: (A) a falsificação ou indução de sinais, sintomas, lesões ou doenças por parte de um cuidador em alguém que se encontre ao seu encargo e posterior procura de cuidados médicos, em que (B) apresentam as vítimas como muito doentes, debilitadas ou feridas; deve também conseguir-se (C) identificar um comportamento fraudulento, que se caracteriza por ser consciente, cuidadosamente planeado e bem disfarçado, na ausência de recompensas externas. Por fim, (D) este comportamento não poderá ser melhor explicado por outra perturbação mental, como perturbação delirante ou outra perturbação psicótica ^{[13], [15]}.

Embora a intenção do doente possa ser difícil de avaliar e, por outro lado, não constitua um dos critérios da DSM-5, muitos autores defendem que esta também deve ser tida em conta aquando do diagnóstico desta síndrome ^{[31], [32]}. Neste contexto, a literatura existente aponta para uma clara necessidade de o doente usar a vítima como forma de obtenção de atenção e admiração por parte dos profissionais de saúde, satisfazendo assim uma necessidade psicológica ^{[24], [25]}.

Contexto epidemiológico

Relativamente à epidemiologia da síndrome de Munchausen *by proxy*, verifica-se uma grande variabilidade entre os dados reportados na literatura, desconhecendo-se a verdadeira prevalência e incidência desta situação ^{[33], [34]}. O consenso a que todos os autores chegam é que, de facto, a prevalência desta síndrome estará muito provavelmente subestimada ^[35].

Entre 1992 e 1994 desenhou-se um estudo prospetivo, representativo do Reino Unido e República da Irlanda de forma a determinar os aspetos epidemiológicos da síndrome de Munchausen *by proxy* (definido como “um bebé ou criança apresentada aos médicos com uma lesão ou doença induzida por um adulto”), intoxicação não accidental (definido como “um bebé ou criança que foi deliberadamente intoxicado (usando qualquer

agente e qualquer via) por um adulto”) e asfixia não acidental (definido como “um bebê ou criança que foi deliberadamente sufocado ou asfixiado por um adulto”) em crianças com idades inferiores a 16 anos. Os resultados demonstraram então uma incidência anual destas três condições (Síndrome de Munchausen *by proxy*, intoxicação e asfixia) de 0,5 em 100 000 no Reino Unido e República da Irlanda ^[36]. Considerando apenas os casos reportados como síndrome de Munchausen *by proxy*, ou seja, excluindo os casos isolados de asfixia ou intoxicação, infere-se uma incidência de 0,4 em 100 000 crianças com idades inferiores a 16 anos ^[37]. Neste estudo, a maioria dos casos (77%) detetados tinham idades inferiores a 5 anos, tendo-se concluído que a idade média de diagnóstico era aos 20 meses. Sabe-se ainda que 93% das crianças reportadas foram submetidas a investigações ou tratamentos invasivos desnecessários e, das 128 crianças que constituíram a amostra do estudo, 8 delas (6%) acabaram por falecer e, 15 necessitaram de cuidados intensivos (12%) ^[36]. Neste estudo, verifica-se ainda que 85% dos pediatras que notificaram os casos em questão, estimaram uma certeza do seu diagnóstico em mais de 90%, o que faz transparecer a ideia de que precisavam de sentir um elevado grau de certeza antes de notificar. Isto sugere que muitos casos, quando os médicos têm menos certeza do diagnóstico, acabam por não serem contabilizados, apoiando então a hipótese de que as prevalências desta síndrome se encontrem subestimadas ^{[17], [36]}.

Posteriormente, realizou-se também um outro estudo, de forma a determinar a epidemiologia da síndrome de Munchausen *by proxy* na Nova Zelândia, em crianças com idades inferiores a 16 anos. Para tal, foi solicitado que os pediatras reportassem todos os casos confirmados ou muito suspeitos de síndrome de Munchausen *by proxy* (definido como “um bebê ou criança apresentado aos médicos, geralmente repetidamente, com uma lesão ou doença induzida pelo cuidador, para o benefício do adulto”), incluindo-se nomeadamente situações de intoxicação e de asfixia não acidentais, em crianças com idades inferiores a 16 anos, durante um período temporal de 12 meses (1998-1999). Perante este estudo, concluiu-se então que a taxa de incidência anual da síndrome de Munchausen *by proxy*, incluindo os casos de intoxicação e asfixia não acidental era de 2,0 em 100 000 crianças com idades inferiores a 16 anos, bastante superior aquela que foi estimada no estudo anteriormente mencionado. Sabe-se ainda que 61% dos casos identificados tinham sido referenciados

a comissões de proteções de menores ou à polícia dada a sua gravidade e que, atendendo exclusivamente a estes casos referenciados, a incidência anual seria ligeiramente inferior, com um valor de 1.2 em 100 000 crianças com idades inferiores a 16 anos. Tal como no estudo anterior, verificou-se que a maioria das vítimas (66%) tinham idades inferiores a 5 anos, relatando-se uma idade média de diagnóstico de 31 meses, com um período médio de 7 meses entre o início dos sintomas e o diagnóstico nos casos reportados à polícia / comissão de proteção de menores e, 23 meses nos casos em que não se verificou qualquer referência ^[37].

Também na Itália e no Japão se realizaram estudos de forma a perceber o contexto epidemiológico desta situação nesses mesmos países. Em Itália, apenas 4 das 751 crianças internadas entre 2007 e 2010 num hospital de Roma, “Agostino Gamelli Hospital” possuíam critérios compatíveis com a síndrome de Munchausen *by proxy*, resultando então numa prevalência de 0.53%. Contrariamente aos dados obtidos pela restante literatura, neste estudo, todas as vítimas pertenciam ao sexo feminino e tinham idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos, estimando-se uma idade média de diagnóstico de 10.5 anos e um período médio de 10.3 meses em que as vítimas foram submetidas a este tipo de comportamento ^[34]. Já no Japão, identificaram-se 21 casos num período temporal compreendido entre 1995 e 2004, sendo 15 deles confirmados e 6 muito suspeitos. Neste estudo, mais de metade das vítimas possuíam idades inferiores a 4 anos, sendo a idade média de diagnóstico de 4.6 anos, com um período médio de duração de 22.8 meses até que a síndrome fosse diagnosticada ^[38].

Acredita-se que a prevalência de doença induzida pelo cuidador numa criança seja maior nos cuidados de saúde terciários, o que se poderá relacionar com a elevada complexidade clínica que estas situações acarretam e, ainda, à maior proximidade que os profissionais de saúde conseguem estabelecer com os doentes neste nível de cuidados de saúde ^[28]. O facto de os doentes serem muitas vezes encaminhados entre diferentes serviços, principalmente em casos mais complexos, pode fazer com que os cuidados prestados ao longo do tempo sejam bastante fragmentados e com que se perca muita informação relativamente à história clínica dos doentes. Isto faz também com que seja mais propício que nenhum médico desempenhe a função de cuidador principal, com acesso a todos os relatórios e a uma perspetiva mais global do estado de

saúde do doente, dificultando, portanto, o reconhecimento deste tipo de situações. Já nos cuidados de saúde terciários há uma visão mais holística dos doentes, favorecendo então o diagnóstico ^[39].

Um estudo num hospital de Boston, “Massachussets General Hospital”, reportou que das 155 crianças que sofreram repetidas situações consideradas como ameaçadoras de vida, um terço delas foram realmente vítimas da síndrome de Munchausen *by proxy* ^[40].

De igual forma, um dos hospitais de Londres, “Royal Brompton Hospital”, realizou um estudo prospetivo de forma a perceber quais as principais causas das situações ameaçadoras de vida em bebés e crianças, que tiveram de ser submetidos a ressuscitação cardiopulmonar. Dos 61 casos em que foi possível perceber a causa da paragem cardiorrespiratória, 18 tinham por base uma asfixia intencionalmente causada por um dos pais e, ainda, 7 foram classificadas como situações compatíveis com a síndrome de Munchausen *by proxy* ^{[19], [41]}.

Vítimas

Relativamente à caracterização epidemiológica das vítimas, todos os autores concluíram que, nos casos em que o doente é a mãe, não se verifica qualquer predileção pelo género das vítimas. Pelo contrário, nos casos específicos em que o doente é o pai, as vítimas são maioritariamente do género masculino ^[24].

No que diz respeito à idade média em que é feito o diagnóstico, há já alguma discrepância entre os resultados obtidos. Na sua revisão da literatura, considerando 451 casos, Sheridan, relata uma idade média de diagnóstico aos 48.6 meses, determinando ainda um período médio de 21.8 meses desde o início dos sintomas até à altura em que efetivamente se realiza o diagnóstico da síndrome de Munchausen *by proxy* ^[24]. Já na sua revisão, atendendo a 117 casos, Rosenberg, concluiu que a idade média de diagnóstico seria de 39.8 meses, com um período temporal entre o início dos sintomas e o diagnóstico de 14.9 meses ^[42].

Os estudos concluem ainda que a maioria das vítimas (aproximadamente 75%) possuem idades inferiores a 5 ^{[36], [37]} ou 6 anos ^[24], sendo o diagnóstico realizado principalmente nos primeiros 2 anos de vida ^[24].

Das 451 vítimas consideradas no estudo de Sheridan, conhecia-se a existência de 210 irmãos. Desses, constatou-se que 25% deles já teriam falecido. Concluiu-se ainda que 61,3% deles apresentaram também, em alguma fase da vida, sintomas semelhantes aos das vítimas ou suspeitos de uma situação de falsificação de condição pediátrica ^[24]. Já Rosenberg, considerando as 117 vítimas que constituíram a amostra, também verificou a existência de muitos irmãos (não contabiliza) com sintomas muito suspeitos de serem alvos deste tipo de comportamento, sendo que 10 deles faleceram em circunstâncias pouco comuns ^[42].

Um outro estudo demonstrou também que um décimo a um quinto das crianças que tinham falecido por morte súbita infantil eram irmãos de crianças identificadas como sendo vítimas da síndrome de Munchausen *by proxy*. Com isto, constatou-se que um irmão de uma criança identificada como vítima desta condição clínica teria uma probabilidade de aproximadamente 4% (1 em cada 26) de vir a falecer por morte súbita infantil. Nesta linha de pensamento, constatou-se ainda que uma grande parte destas mortes súbitas não se verificaria por causas naturais, sendo sim provocadas intencionalmente, nomeadamente por asfixia. Assim, os autores acreditam que uma grande percentagem destes casos, muito provavelmente, correspondia a uma situação de síndrome de Munchausen *by proxy*, em que se recorreu à asfixia como método de indução ^{[19], [43]}. Algo que corrobora também esta crença é o facto de não ser incomum que, ao se investigar famílias nas quais se conhece duas ou mais histórias de mortes súbitas infantis, se identificar uma história de síndrome de Munchausen *by proxy* no seio familiar ^{[19], [44]}. O inverso também acontece, isto é, quando se investigam famílias em que se conhece uma situação de síndrome de Munchausen *by proxy*, é comum encontrar-se também histórias documentadas como mortes súbitas infantis ^{[19], [45]}.

A apresentação nas crianças mais velhas / adolescentes é bastante similar à das crianças mais pequenas. A principal diferença destacada pela literatura é o facto de as crianças mais velhas serem mais propensas a desenvolverem um comportamento de corroboração com a história relatada pelo doente, o que dificulta ainda mais o diagnóstico ^[46].

Apesar de praticamente toda a literatura existente sobre a síndrome de Munchausen *by proxy* se focar em vítimas com idades inferiores a 16 anos, sabe-se que existem também diversos casos em que as vítimas são adultas, particularmente idosos mais vulneráveis e dependentes de terceiros nos seus cuidados [7], [47]. Neste sentido, foi realizada uma revisão da literatura considerando apenas os casos de vítimas com idades superiores a 18 anos, reportados até abril de 2014. Todas as vítimas destes casos identificados tinham idades compreendidas entre os 21 e os 82 anos, verificando-se uma maior preponderância de vítimas do sexo feminino (69%), com uma idade média de diagnóstico aos 51 anos e mediana de 69 anos. Concluiu-se ainda que, perante estas vítimas de maior idade, os doentes que desenvolviam este tipo de comportamento eram maioritariamente mulheres (73%), com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos e idade mediana de 34 anos. Aferiu-se também uma maior diversidade de afinidades entre o doente e a vítima relativamente àquilo que se verifica quando as vítimas são menores de idade, em que a maioria dos diagnósticos de perturbação factícia imposta em outra pessoa é atribuído às mães das vítimas. Posto isto, dos 13 casos analisados, constatou-se que em 3 deles, a perturbação factícia teria sido desenvolvida pela mãe, em 2 deles pela esposa da vítima, em 2 deles pelo filho e, nos restantes, filha, neta, marido, companheiro, namorado ou até mesmo companheiro de cela [48]. O comportamento desempenhado por algumas das vítimas nesta faixa etária leva a que alguns autores proponham que haja alguma relação entre a síndrome de Munchausen *by proxy* e a síndrome de Estocolmo. Isto porque se verifica que, por vezes, apesar de terem plena noção de que têm sido alvo de um comportamento disruptivo, associado a um sofrimento atroz e completamente desnecessário, continuam a defender o seu cuidador e a tê-lo em elevada consideração [47], [48]. Com a evolução da tecnologia médica, tem-se assistido a um aumento da sobrevivência de populações idosas e, de igual forma, dos indivíduos com défices cognitivos que, portanto, dependem do cuidado de terceiros. Assim, estima-se que no futuro ocorra um aumento da incidência e prevalência da síndrome de Munchausen *by proxy*, especialmente nestes grupos [46].

Por fim, e de forma mais atípica, também os animais poderão ser vítimas desta entidade clínica [6], [48], [49]. A maioria destes casos envolve gatos, cães ou cavalos, sendo as apresentações bastante semelhantes às que se verificam quando as vítimas são crianças,

nomeadamente uma procura constante de cuidados veterinários, estando constantemente a alterar de profissional responsável pelo seu animal, sendo a hematúria uma das principais queixas apontadas [48], [49].

Neste sentido, alguns autores defendem que a maior acessibilidade e utilização da internet por parte da população em geral nos últimos anos, poderão constituir agentes facilitadores, na medida em que se verifica uma maior disponibilização de informação e conhecimento relativamente às manifestações típicas de determinadas doenças, capacitando assim os doentes a serem mais coerentes, detalhados e verosímeis nas histórias clínicas que relatam e na própria indução de sintomas a que muitas vezes recorrem. Esta vertente evidencia-se ainda mais no que diz respeito aos animais, na medida em que os conhecimentos gerais sobre a saúde animal são previsivelmente menores e, portanto, a internet acaba por ser a principal fonte de aprendizagem destes doentes [48].

Por outro lado, a internet serve também como um espaço para partilha de vivências pessoais e emoções entre uma grande diversidade de pessoas, das diferentes partes do mundo. Esta característica torna-se bastante apelativa aos olhos dos doentes e às suas motivações, na medida em que encontram aqui o meio ideal à disseminação das suas histórias falsas ou exageradas, em que facilmente desempenham o papel de vítimas ou mártires e, portanto, obtêm a atenção e admiração por parte dos restantes internautas. De forma a descrever estas situações, surgiu então a designação de síndrome de Munchausen *by internet*, atribuída por Feldman, em 2000 [50].

Mortalidade

Apesar de relativamente rara, esta entidade está associada a uma mortalidade e morbilidade significativa. A literatura aponta para uma taxa de mortalidade entre 6 [32] a 9-10% [18], [19], no entanto, dada a dificuldade em reconhecer esta situação, acredita-se que possa ser ainda maior [15], [37]. Ou seja, há muitas mortes reportadas por uma determinada causa que, por sua vez, poderá ter sido intencionalmente induzida e ter subjacente uma situação compatível com a síndrome de Munchausen *by proxy*. Um exemplo disso é o facto de existirem estudos a demonstrarem que, anualmente, 10% das mortes reportadas como mortes súbitas infantis inexplicadas, têm por base asfixias

deliberadamente infligidas ^{[51], [52]}. Numa primeira fase, percebeu-se que, por vezes, anteriormente a essas mortes súbitas, ocorriam vários eventos incomuns e aparentemente inexplicáveis como apneias, cianoses ou convulsões, constituindo muitas vezes situações ameaçadoras de vida. Com o tempo, os pediatras começaram a perceber que uma parte destes casos, ao contrário do que se pensava, não teriam uma causa natural, mas sim provocada intencionalmente, através de uma obstrução da via aérea da criança, por parte da mãe, sendo a prova muitas vezes conseguida através de videovigilância oculta ^[51]. Por fim, percebeu-se que em alguns desses casos, os indivíduos responsáveis cumpriam os critérios para a perturbação factícia imposta em outra pessoa, sendo os restantes casos justificados apenas por perturbações de personalidade ou perturbações psicóticas ^[52].

As taxas de mortalidade supramencionadas têm por base séries de casos em que apenas se consideram vítimas com idades inferiores a 16 anos, o que faz com que se desconheça a mortalidade que esta entidade poderá representar em adultos. No entanto, o facto de grande parte das vítimas adultas corresponderem a idosos vulneráveis, nos quais a sintomatologia é geralmente atípica e as múltiplas comorbilidades são características, associado ainda à baixa reserva fisiológica que lhes é inerente, faz com que se preveja um significativo risco de desfechos adversos e morte ^[45].

Morbilidade e follow up das vítimas

Segundo a literatura, todas as vítimas de síndrome de Munchausen *by proxy* sofrem alguma comorbilidade a curto prazo ^{[15], [19]}. Isto porque, mesmo em casos em que os doentes não recorram ativamente à indução de sinais ou sintomas nas vítimas, o risco de morbilidades provocadas pelos procedimentos invasivos e tratamentos desnecessários a que muitas das vezes são submetidas é bastante significativo. Também o desenvolvimento psicossocial poderá ter importantes repercussões ^[53]. O estudo realizado por Rosenberg, envolvendo 117 vítimas, apoia isto mesmo, na medida em que, considerando a morbilidade a curto prazo como “dor e/ou doença que se resolveu e não deixou desfiguração permanente ou compromisso permanente da função”, verificou que 100% das vítimas teriam morbilidades a curto prazo, sendo que 75% delas foram causadas por sintomas e /ou sinais induzidos pelos cuidadores e pelos subsequentes procedimentos e tratamentos desnecessários, sendo os restantes 25% causados apenas

por procedimentos e tratamentos efetuados pelas equipas médicas, sem qualquer indução por parte do cuidador [19].

Muito pouco se sabe relativamente aos impactos a longo prazo nas vítimas, uma vez que na maioria dos casos se acaba por perder o seguimento regular das mesmas logo quando se deixa de considerar necessário a supervisão de perto pelos serviços de proteção [54]. No entanto, os estudos efetuados estimam que aproximadamente 7.3% [32] a 8% [19] das vítimas venham a desenvolver morbilidades a longo prazo, sejam elas físicas ou psicológicas [19], [55]. Relativamente às morbilidades físicas, o estudo de Rosenberg identificou como principais aspetos a necessidade de múltiplas cirurgias esofágicas e comprometimento da função gastrointestinal, alterações articulares destrutivas e claudicações, atrasos mentais associados a paralisia cerebral e cegueira cortical. Reportou também que muitas delas teriam sido submetidas a múltiplas cirurgias abdominais por laparotomia, colecistectomias e ileostomias, o que, por si só, as predispõe a problemas médicos futuros [19].

Do ponto de vista psicológico e, considerando-o na categoria de evento adverso de vida na infância, em que se incluem todos os casos de abuso, negligência e outras experiências traumáticas que ocorram em indivíduos com idades inferiores a 18 anos, a literatura menciona que é 5 vezes mais propício que adquiram um comportamento de dependência do álcool, 9 vezes mais provável o abuso ilegal de drogas, 3 vezes mais provável o desenvolvimento de uma depressão, 17 vezes mais propício que recorram ao suicídio e, por fim, 2 vezes mais tendência ao desenvolvimento de doenças cardíacas e de obesidade [56]. Por outro lado, estudos longitudinais têm também demonstrado que jovens adultos com antecedentes de abusos ou negligência na infância têm um risco 4 vezes superior de desenvolver uma perturbação de personalidade [57], [58]. Dentro do espectro das perturbações de personalidade, os estudos apontam para que, perante a existência de vivências traumáticas na infância, a mais frequente seja a perturbação de personalidade borderline [59], [60].

Aplicando agora especificamente aos casos de síndrome de Munchausen *by proxy*, em termos de morbilidades psicológicas a curto prazo, um estudo realizado em 1993 identificou o desenvolvimento de uma série de perturbações nas vítimas estudadas,

nomeadamente perturbações de conduta e emocionais, atrasos no desenvolvimento, desinibição social e problemas escolares como dificuldades de atenção e concentração, dificuldades de aprendizagem e uma elevada falta de comparência escolar. Outros aspetos identificados, apesar de menos frequentes foram uma maior inquietude, receios e tendência a mentir, um comportamento hipocondríaco, problemas relacionais, brincadeiras atípicas de foro agressivo (por exemplo, fingir que estrangulava um brinquedo), enurese noturna e ocorrência de pesadelos. Por fim, principalmente em casos indução de asfixia pelos cuidadores, verificaram também a evicção de certos espaços ou objetos, como casas de banho ou almofadas, respetivamente, o que, em associação aos pesadelos, os autores relacionaram com desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático ^[53]. Um outro estudo, realizado em 1995, focou-se não só nos aspetos psicológicos a curto prazo, mas também a longo prazo, utilizando para isso uma pequena amostra de 10 indivíduos em idade adulta que já teriam sido vítimas desta síndrome durante a infância. A curto prazo, em termos psicológicos, as vítimas reportaram sintomas depressivos significativos na infância, descrevendo principalmente sensações de desamparo, baixa autoestima e até mesmo ideação suicida ou comportamentos autolesivos. Também em termos educacionais se verificaram repercussões significativas na maioria delas. Já durante a vida adulta, a maioria dos indivíduos manifestaram consequências graves e prolongadas. Neste sentido, os principais impactos reportados incluem um esforço excessivo para evitarem desempenhar o papel de vítimas ao longo da vida, dificuldades em manter relacionamentos, falta de autoconfiança, inseguranças constantes, uma busca infrutífera pelo amor materno que não receberam na infância e dificuldades em separar a fantasia da realidade, especialmente em situações de doença e necessidade de tratamento médico. Apesar de menos frequente, o estudo identificou também alguma dificuldade em se expressarem ou até mesmo compreender as próprias emoções e um medo constante de se ser ferido fisicamente ou de desenvolver alguma doença. Por fim, verificou-se ainda que a grande maioria das vítimas (7 das 10 que constituíam a amostra) admitiam ter recorrido a apoio psicológico / psiquiátrico em alguma fase da vida, tendo o tratamento variado entre 1 semana a 14 anos, em termos de duração. Os principais sintomas que os levaram a procurar terapia na idade adulta foram essencialmente ideação suicida, memórias traumáticas da infância, ansiedade, depressão e baixa

autoestima. Por outro lado, é também interessante verificar que vários indivíduos mencionaram um evento precipitante na sua vida que os levou a reconhecer a necessidade de terapia, nomeadamente o nascimento de um primeiro filho e o ingresso num curso de enfermagem ou num trabalho de supervisão que evocasse alguma memória da mãe (nos casos em que o comportamento disruptivo foi desenvolvido pela mesma). Por fim, de realçar apenas que vários indivíduos pareciam ter dificuldades relacionais com os seus familiares, que justificavam tanto pelas situações a que foram submetidos como pelo facto de as pessoas não acreditarem naquilo que relatavam terem vivenciado. Por fim, perante um inquérito que incluía 27 sintomas de stress pós-traumático, as vítimas identificaram-se, em média, com 11 deles, demonstrando um sofrimento psicológico significativo e, alguns deles cumpriam a totalidade dos critérios de diagnóstico para stress pós-traumático ^[54].

Espectro de sinais, sintomas e métodos mais frequentes

Uma vez que esta entidade se caracteriza pela indução ou falsificação de sinais e /ou sintomas, e, visto que praticamente todos os quadros clínicos são relativamente reprodutíveis, a forma de apresentação das vítimas parece ser muito variável ^[61].

Assim, apesar de não haver uma apresentação clínica típica ou patognomónica desta situação, é frequente que os doentes descrevam uma história de sinais e / ou sintomas plausíveis, mas não identificáveis no momento da observação clínica, pelo que se torna difícil refutar ^[62].

Neste sentido, a literatura tem vindo a demonstrar que as apresentações mais frequentes dizem respeito a manifestações do sistema nervoso central, principalmente convulsões, o que se prende com o facto de, na maioria das vezes, as convulsões ocorrerem longe da supervisão médica, pelo que os profissionais de saúde se veem forçados a acreditar no relato de quem diz ter presenciado a crise que, mais concretamente, nestes casos, correspondem aos indivíduos com perturbação factícia imposta em outra pessoa. Para além disso, são situações que tendem a ser vistas como alarmantes e facilmente dramatizáveis, aspetos estes bastante apelativos aos olhos dos doentes ^{[63], [64]}. Estas situações podem ser designadas por epilepsia factícia e, um estudo efetuado por Meadow em 1994, concluiu que, perante a sua amostra, a grande maioria

das crises descritas eram de tipo tónico clónicas, constituindo muitas vezes estados de mal epilético. Verificou também que, segundo os relatos, as crises convulsivas ocorriam maioritariamente à noite, durante o sono e que eram frequentemente descritas como tendo muito fraca resposta ao tratamento com anticonvulsivantes. De notar ainda que em 21 das 32 crianças que constituíram a amostra deste estudo, as convulsões correspondiam apenas a relatos falsos, sendo que nas restantes 11, as convulsões foram mesmo induzidas pelas mães, usando para isso a provocação de asfixia, compressão do seio carotídeo ou fármacos [64].

O mais frequente é que estes doentes se apresentem com múltiplas queixas em série ou em simultâneo [3]. Neste sentido, Sheridan, perante os 451 casos de síndrome de Munchausen *by proxy* que analisou, obteve uma média de 3.25 sintomas por vítima [32]. Analisando os estudos efetuados por Rosenberg e Sheridan, conclui-se que a variabilidade de apresentações da síndrome de Munchausen *by proxy* é, de facto, bastante significativa. Porém, estes estudos apontam como manifestações mais frequentes as crises convulsivas, episódios de diarreia, apneia, depressão do sistema nervoso central / perda de consciência, febre, diferentes formas de hemorragia, distúrbios alimentares / anorexia, vómitos, rash e outras condições dermatológicas, cianose, problemas relacionados com o comportamento, asma, alergias e a dor [19], [32].

É também comum encontrar-se manifestações renais e urológicas, principalmente hematúria, infeções do trato urinário, disfuncionalidades do esfíncter urinário, irritações perineais, inflamações do pénis ou prepúcio, vaginites, uretrites, episódios de enurese, bem como crises hipertensivas e edema [26], [65]. Em relação às manifestações do foro da otorrinolaringologia, o mais comum é que se apresentem com queixas do canal auditivo externo, nomeadamente otorreia ou otites externas recorrentes [66]. A presença de dor e edema facial, bem como perda auditiva do tipo neurosensorial, apesar de menos frequentes, estão também descritos na literatura existente [66], [67].

Em termos comportamentais ou psiquiátricos, as apresentações mais frequentemente relatadas pelos cuidadores envolvem episódios psicóticos, perturbações de identidade dissociativa, perturbações de hiperatividade e défice de atenção, síndrome da fadiga crónica, síndrome de Tourette e distúrbios do espectro do autismo [68]. Por fim, uma

outra forma de apresentação relativamente frequente consiste em falsas alegações de abusos sexuais à vítima [69], [70].

Relativamente aos métodos aos quais os doentes recorrem, alguns autores dividem-nos em 4 grupos principais: intoxicações, hemorragia, infeções e lesões [3]. No que diz respeito às intoxicações, as substâncias utilizadas incluem frequentemente laxantes, antidepressivos, anticoagulantes, barbitúricos, anticonvulsivantes, benzodiazepinas, opioides, antipsicóticos, broncodilatadores, diuréticos, etanol, insulina, ingestão excessiva de sal, entre outros [3], [5], [46], [71]. Nos casos de hemorragia, seja na forma de hematúria ou gastrointestinal, os métodos incluem a mistura de sangue do próprio doente à amostra de urina ou fezes da vítima ou, por outro lado, através de métodos de indução ativa, nomeadamente a ingestão recorrente e prolongada de anti-inflamatórios não esteroides, por exemplo, que poderão causar uma hemorragia do trato digestivo [3], [26]. Já no que diz respeito às infeções, estas podem também ser simuladas, na medida em que se torna difícil refutar uma alegação de ocorrência de febre anterior à admissão num serviço hospitalar [3]. Por outro lado, a medição da temperatura é também facilmente manipulável, aproximando o termómetro de fontes emissoras de calor por exemplo [72]. As infeções, para além de poderem simuladas através da febre, podem também ser induzidas, através da instilação de substâncias estranhas ou fluidos corporais contaminados em cateteres venosos, cateteres de Foley, sondas gástricas ou até mesmo através da pele [5], [25], [73]. Como exemplo de indução de infeção tem-se a aplicação de conteúdo fecal em lesões abertas, a injeção de terra e café moído através de pins ortopédicos, bem como a instilação de urina, fezes ou saliva em cateteres intravenosos [3], [74], [75], [76]. Por fim, relativamente às lesões, é comum encontrar-se a presença de corpos estranhos ou feridas que não cicatrizam [3].

Categorias

Dada a elevada diversidade de apresentações da síndrome de Munchausen *by proxy*, que variam desde a invenção ou simulação de uma determinada condição clínica até à indução ativa de sinais e sintomas graves na vítima, Libow e Schreier, propuseram um sistema de classificação, com o objetivo de facilitar o processo de identificação desta entidade e, mais concretamente, dos doentes, distinguindo-a de outras formas de fabricação de doença [77], [78], [79]. Neste sentido, criaram 3 categorias, sendo elas, a

indução ativa de doença (“*active inducers*”), a dependência médica (“*doctor addicts*”) e a procura de ajuda (“*help seekers*”) [79].

Na categoria de “*active inducers*” incluem-se os casos que se podem considerar como protótipo da síndrome de Munchausen *by proxy*, caracterizados pelos sintomas dramáticos e alarmantes que os doentes provocam deliberadamente nas vítimas, procurando depois cuidados de saúde. Geralmente, nestes casos, as vítimas são crianças mais pequenas ou em idade pré-escolar, que ainda não adquiriram competências suficientes para se defenderem ou denunciarem este tipo de comportamento. Por outro lado, as doentes, geralmente mães, transmitem uma postura muito cooperante com os profissionais de saúde, estando caracterizadas na literatura como muito preocupadas, afáveis, dedicadas e facilmente confiáveis. Não obstante, quando confrontados relativamente ao seu comportamento, podem responder com negação e raiva e, geralmente, são extremamente relutantes à proposta de realização de psicoterapia [77], [78].

Já na categoria de “*doctor addicts*” enquadram-se todos os casos em que os doentes desenvolvem um comportamento obsessivo no sentido de obterem um tratamento médico para as vítimas, apesar de todos os exames médicos apontarem para a inexistência de qualquer condição patológica nas mesmas. Esta foi então considerada uma variante da síndrome de Munchausen *by proxy* em que, geralmente, os doentes não se estendem para lá do relato de falsos sintomas ou sinais, sem nunca os induzirem de forma alguma. Nestes casos, as vítimas tendem a ser crianças mais velhas, sendo que as doentes, maioritariamente mães, assumem uma postura mais desconfiada, antagónica e obsessiva. Para além disso, ao contrário do que acontece nos casos de indução ativa em que se identifica uma cuidadora com um humor tendencialmente depressivo, ansiosa e com traços de personalidade histriónica, nestes casos de dependência médica, identifica-se uma personalidade com traços mais obsessivos [78].

Por fim, a categoria de “*help seekers*” assemelha-se às apresentações típicas da síndrome de Munchausen *by proxy*, na medida em que as cuidadoras, de igual forma, recorrem aos cuidados de saúde com as vítimas por doença fabricada pelas próprias, seja por indução ativa de sinais e / ou sintomas ou apenas falsos relatos. Porém, nestes

casos, a simulação de doença é a forma que estas doentes encontram para conseguirem expressar as suas próprias angústias, ansiedades e os sentimentos de exaustão e de depressão que as consomem ^{[77], [78]}. A simulação a que recorrem reflete assim um pedido desesperado de ajuda, nomeadamente no que diz respeito a questões parentais. Não é incomum que estes casos retratem famílias monoparentais, gravidezes não planeadas, situações de violência doméstica ou outras realidades que contribuam para um maior nível de stress ou carga parental. Assim, quando lhes é solicitada a realização de psicoterapia, estas cuidadoras, ao contrário do que acontece nos verdadeiros casos de síndrome de Munchausen *by proxy*, aceitam-na de bom grado e, manifestam até uma sensação de alívio, admitindo uma postura muito mais colaborante e permissiva que as anteriores. Adicionalmente, um outro aspeto distintivo dos “*help seekers*” é o facto de as falsificações de sinais ou sintomas ocorrerem por um período bastante menor, que corresponde ao tempo até que a motivação subjacente à falsificação seja decodificada e possa ser resolvida, nomeadamente com o começo da psicoterapia ^[78].

As duas primeiras categorias supramencionadas são, por conseguinte, as mais validamente aceites como verdadeiros casos de síndrome de Munchausen *by proxy* já que, nos casos “*help seekers*” se identifica uma motivação externa por parte da cuidadora, isto é, a procura de uma intervenção que lhe alivie o sofrimento que tem vindo a experimentar ^{[15], [79]}.

Motivações

As motivações dos doentes, para além de mal compreendidas e complexas, continuam a ser motivo de discussão e divergência entre os diversos autores, principalmente no que diz respeito à sua inclusão ou não como critério de diagnóstico da síndrome de Munchausen *by proxy* ^{[80], [81], [82]}. Um dos principais aspetos contra a inclusão das mesmas relaciona-se com o facto de, na maioria das vezes, as motivações dos doentes serem extremamente difíceis de identificar, transformando-se assim em meras inferências, não observáveis ou comprováveis. Isto faz com que, aos olhos destes autores, as motivações não tenham legitimidade suficiente para se considerarem critérios de diagnóstico ^[27]. Uma outra perspetiva defendida por estes autores é o facto de em nenhuma outra forma de abuso se ter em consideração a motivação dos doentes para o seu diagnóstico, pelo que, segundo eles, na síndrome de Munchausen *by proxy*

também não se deve ter ^{[17], [82]}. Em contrapartida, outros autores arguem que as motivações do doente devem ser incluídas nos critérios de diagnóstico uma vez que auxiliam na confirmação do diagnóstico, como também na distinção entre esta entidade e outros diagnósticos diferenciais que devem ser ponderados, como os casos de simulação ^[82].

Todavia e, de forma mais consensual, as opiniões dos autores convergem no sentido da importância de se avaliarem as motivações dos doentes quando se equacionam intervenções, tratamentos e planos de seguimento, na tentativa de os otimizar e, por conseguinte, melhorar o prognóstico tanto da vítima como do doente ^{[25], [78], [82]}.

A principal motivação do doente reportada pela literatura é a procura de atenção ^{[25], [26], [27]}. Esta, por sua vez, tem por base uma necessidade de satisfação psicológica que se concretiza quando o mesmo é reconhecido como um bom cuidador, vítima ou mártir de toda a situação. Há, portanto, uma incessante busca pelo despoletar de sentimentos de admiração e elogios por parte dos médicos e outros profissionais de saúde que acompanham a condição clínica da vítima e o apoio aparentemente formidável prestado pelo doente ^{[83], [84]}.

Diversos estudos têm vindo a demonstrar que grande parte destes doentes têm em comum o facto de se terem sentido indesejados durante a infância, vivenciando situações de rejeição e de falta de atenção ou de amor materno. De acordo com alguns autores, isto pode fazer com que estes indivíduos desenvolvam uma necessidade insaciável de atenção, que se vai perpetuando ao longo da vida adulta. Assim, os doentes, podem ver na falsificação de doença uma forma de compensação, uma vez que, ao desempenharem o papel de cuidadores extremamente dedicados, conseguem obter a atenção, respeito e simpatia não só médica, como também das pessoas que lhes são próximas ^{[4], [85]}.

Por outro lado, tem-se também vindo a verificar que muitos dos doentes com perturbação factícia imposta em outra pessoa foram, outrora, vítimas da perpetuação deste tipo de comportamento ou assistiram à perpetuação do mesmo em outra pessoa, seguindo, também eles, este padrão comportamental com o qual sempre contactaram. Desta forma, gera-se um ciclo vítima-doente que se vai perpetuando entre gerações,

apesar dos mecanismos pelos quais isto acontece ainda não se encontrarem totalmente compreendidos [23], [25].

Acredita-se também que os doentes procurem estabelecer uma relação controladora ou de dependência com os profissionais de saúde [25]. Esta necessidade parece advir, muitas vezes, de uma sensação de falta de controlo total perante todas as outras circunstâncias da vida do doente [40]. Pode também estar relacionada com uma tentativa de compensar e ultrapassar perdas traumáticas precoces, nomeadamente a morte de um pai e / ou mãe [56], [86].

Ainda neste seguimento, algumas mães descrevem momentos dominados por sentimentos de ódio pelos seus filhos, sentimentos estes que serviam como força motriz ao desenvolvimento dos comportamentos de indução de doença. Este ódio, por sua vez, advinha de alguma inveja da infância dos seus filhos, já que pareciam tão felizes e saudáveis, ao contrário delas, que relembavam uma infância repleta de tristeza e amargura [4], [27], [87]. Ainda, pelo facto de a criança ter um comportamento semelhante ao do pai ou, por outro lado, a sua existência lhe impor algumas limitações à vida profissional ou social [45].

A existência de problemas conjugais pode também servir de motivação ao desenvolvimento deste tipo de comportamento, na medida em que, aos olhos dos doentes, os internamentos que possam vir a ser necessários constituem formas de escape aos companheiros ou, em contrapartida, a falsificação de doença poderá também assentar numa esperança de que, enfrentando uma fase difícil, isto é, a suposta doença do filho, se consiga fortalecer e melhorar a união entre eles [17], [27], [88], [89]. Mesmo que estes objetivos não sejam alcançados, a atenção que as cuidadoras obtêm por parte das equipas médicas que as acompanham acaba por colmatar a falta de atenção que sentem por parte dos seus companheiros que, caracteristicamente, são bastante ausentes e desligados, até mesmo do papel parental que deveriam desempenhar [25], [57], [82], [90].

Constata-se também que muitos doentes têm ou tiveram, em alguma fase da vida, um contacto muito próximo com os cuidados de saúde e, portanto, podem apreender alguns aspetos positivos dos ambientes hospitalares e, desenvolver este tipo de

comportamento, de forma a atender a uma necessidade psicológica. Isto aplica-se particularmente a pessoas com empregos na área da saúde, bem como circunstâncias em que os profissionais de saúde tenham desempenhado um papel relevante na infância do doente, seja por problemas de saúde no próprio ou na família [25], [79].

Por outro lado, o ambiente hospitalar e, em particular, as unidades pediátricas, podem representar um local bastante acolhedor e de fácil comunicação, seja com os profissionais, seja com as famílias das outras crianças. Assim, para alguns doentes, principalmente os que apresentam relações interpessoais complicadas e mais restritas, este pode ser um espaço mais apelativo do que os seus próprios ambientes familiares [44], [89]. É bastante frequente que os doentes recorram a este comportamento na tentativa de estabelecerem ligações e, de certa forma, formarem uma vida social em ambiente hospitalar [3]. Algumas doentes referem que o ambiente hospitalar caloroso com que são recebidas, repleto de simpatia e atenção se torna, de certa forma, viciante, incentivando-as assim à perpetuação deste tipo de comportamento [3], [4], [87], [89].

Julga-se também que algumas mães com esta patologia recorram a este tipo de comportamento na tentativa de criar uma relação indissociável dos seus filhos, na medida em que, através da indução de doença, muitas vezes, conseguem fazer com que estas se tornem permanentemente dependentes delas [85], [89].

Uma outra motivação identificada em alguns destes doentes é o prazer que obtêm pela oportunidade de demonstrarem os seus conhecimentos e, ainda, por conseguirem manipular e manterem sob controlo a equipa médica que acompanha o estado de saúde da vítima [3], [43]. Outros admitem gostar da sensação que as situações de emergência médica lhes proporcionam [40], [43], [87].

É comum que as próprias vítimas tenham consideração pelos cuidadores e que até compreendam as suas motivações, identificando como principais fatores o facto de estas serem pessoas insatisfeitas com as suas próprias vidas, muitas vezes negligenciadas pelos seus maridos e desesperadas pela busca de atenção [56].

Sinais de alarme

Existem diversas características que, estando presentes, devem alertar para a eventualidade desta entidade. Meadow foi um dos autores que nomeou algumas delas, entre as quais, a existência de uma criança, principalmente com idade inferior a 6 anos, que se encontre permanentemente ou recorrentemente doente, sem qualquer explicação. Ainda neste sentido, a grande discrepância encontrada entre a história clínica relatada pelos cuidadores e os achados ao exame objetivo, bem como a evidência de resultados de exames complementares de diagnóstico que não apoiam o estado de saúde da criança. Também, a presença de sinais e / ou sintomas incomuns e que, muitas das vezes, só surgem na presença do cuidador, desaparecendo quando se encontram afastados dos mesmos. Por outro lado, é também comum que estes doentes estejam extremamente atentos aos seus filhos, com visitas prolongadas ou que se recusem a deixar os filhos sozinhos na enfermaria do hospital, mesmo que por muito pouco tempo. Um outro sinal de alarme corresponde à intolerância recorrente a diversos tipos de terapêutica, seja ela local ou sistémica e, a numerosas substâncias medicamentosas. Diagnósticos muito raros, como a porfíria, devem também fazer pensar se não estarão a mascarar esta entidade. Meadow descreve também como suspeitas todas as mães que, apesar dos estados críticos dos seus filhos, conseguem manter uma postura extremamente calma e até, de certa forma, despreocupada. Por fim, a ocorrência de convulsões que não respondem a anticonvulsivantes é também um sinal de alarme a ter em conta ^[44].

Outros autores acrescentam ainda os internamentos ou consultas recorrentes, a falta de resposta aos tratamentos, o surgimento de novos sintomas quando os anteriores ainda não desapareceram e o cuidador que não fica satisfeito com os procedimentos efetuados, insistindo na realização de outros, geralmente mais invasivos e dolorosos. Ainda, a existência de doenças pouco comuns no cuidador ou na sua família, principalmente nos irmãos das vítimas, que muitas vezes culminam em mortes de causa inexplicada, são também aspetos a considerar. Cuidadores que procuram incessantemente a obtenção de atenção e simpatia por parte dos profissionais de saúde e que não expressam alívio ou satisfação quando os sintomas ou a condição da vítima melhoram são também comportamentos atípicos e que devem ser tidos em conta. Por

fim, a literatura destaca também a deteção de substâncias externas em amostras biológicas, bem como a deteção histológica de tentativas de asfixia recorrentes [8], [17], [25], [91]. Outro sinal que não deve passar despercebido é o absentismo escolar recorrente ou prolongado sem justificação aparente e, ainda, restrições das atividades normais da criança [32].

A presença de qualquer um destes sinais é particularmente suspeita se o cuidador tiver alguma formação na área da saúde, bem como, história de somatização ou de perturbação factícia imposta no próprio [17], [44].

Dificuldades de diagnóstico

A síndrome de Munchausen e as perturbações factícias continuam a constituir um verdadeiro desafio diagnóstico para os profissionais de saúde, o que resulta muitas vezes num atraso considerável na sua identificação [7], [29]. Como já foi supramencionado, vários são os sinais de alarme que levantam a suspeita desta entidade, no entanto, o estabelecimento definitivo do diagnóstico tende a ser extremamente complexo [91], [92].

Ao contrário da maioria das doenças, em que a história clínica constitui um elemento-chave para a definição do diagnóstico, na síndrome de Munchausen *by proxy*, as histórias são fornecidas pelos autores da simulação / indução de doença, o que faz com que sejam cuidadosamente pensadas para enganar os profissionais de saúde, dificultando assim todo o processo de identificação [29].

Esta dificuldade advém dos vários entraves que se atravessam ao diagnóstico, nomeadamente o facto de os doentes recorrerem constantemente a diferentes médicos, em diferentes hospitais, gerando-se assim uma elevada dispersão dos registos e informações clínicas importantes da vítima, que podem não estar prontamente disponíveis aquando do contacto do profissional de saúde com a mesma. Posto isto, torna-se mais difícil correlacionar os diversos episódios e histórias clínicas relatadas pelos cuidadores e, por conseguinte, suspeitar da síndrome de Munchausen *by proxy* [4], [17].

Por outro lado, ainda neste seguimento, verifica-se que a maioria dos doentes, ao primeiro sinal de suspeita por parte do médico assistente, decide procurar um outro

profissional, pelo que se perde o seguimento da vítima ainda antes de se estabelecer o diagnóstico [93].

Adicionalmente, o receio inerente à falha no diagnóstico de uma possível doença orgânica existente pode entorpecer a visão holística da situação clínica, fazendo com que se atribua enfoque apenas à investigação da sintomatologia e sinais apresentados pela vítima, dificultando, portanto, a suspeição desta entidade [78].

Um outro aspeto bastante relevante consiste em alguma resistência por parte dos profissionais de saúde em acreditar que um cuidador com um comportamento aparentemente tão exemplar e dedicado poderá, simultaneamente, ser capaz de induzir ou simular doença na pessoa que tem ao seu encargo [3], [78], [93].

Ainda, a falta de conhecimento relativamente a esta situação, bem como algum ceticismo por parte de muitos profissionais de saúde, faz com que muitas vezes não se reconheçam estes sinais de alarme e, portanto, nem considere este diagnóstico [93].

Por fim, o facto de a vítima, na maioria das vezes, não reconhecer a anormalidade neste tipo de comportamento ou ser incapaz de o denunciar, juntamente com a típica negação altamente persuasiva por parte do doente quando confrontado e, ainda, a não existência de testes que possam confirmar ou excluir esta situação, são todos eles fatores que dificultam a sua identificação [36], [91], [94].

Formulação diagnóstica

De forma semelhante ao que acontece na identificação de outras formas de abuso, seja ele de carácter físico ou sexual, a determinação da síndrome de Munchausen *by proxy* é mais frequentemente baseada em evidências circunstanciais do que em provas reais e objetiváveis [83].

A Comissão de Abuso e Negligência Infantil da Academia Americana de Pediatria defende que a síndrome de Munchausen *by proxy* não deve ser considerada um diagnóstico de exclusão. Pelo contrário, a literatura realça a importância de se estar atento aos sinais de alarme já supramencionados, apelando a que, na presença dos mesmos, não se evite de se equacionar esta síndrome como um diagnóstico diferencial [81], [95]. Posto isto, perante a suspeita clínica desta situação, deve iniciar-se uma

investigação ativa, com o objetivo de que o diagnóstico seja o mais atempado possível e, por conseguinte, se evitem piores desfechos e morbidades [3], [6], [17]. O primeiro passo deverá consistir em se reunir e analisar minuciosamente os registos clínicos de todos os episódios em que a vítima foi alvo de cuidados médicos [26], [34]. Idealmente, deve-se aceder também ao historial médico dos irmãos da vítima, uma vez que um padrão semelhante nos mesmos pode contribuir para este diagnóstico [46].

Aquando do processo de consulta dos registos médicos, deve atentar-se a alguns aspetos que auxiliam na formulação diagnóstica, nomeadamente uma procura constante de diferentes instalações médicas por parte do cuidador, associada a um padrão de utilização excessivo ou inadequado, nos quais se submete a vítima a procedimentos, tratamentos, exames, internamentos ou até mesmo cirurgias que, caso contrário, seriam desnecessárias. Pode também verificar-se um padrão de faltas às consultas e de pedidos de alta contra parecer médico e opiniões. Ainda, é comum que o cuidador adultere ou omita opiniões de determinados profissionais de saúde quando as relata a outros, pelo que se torna importante verificar se o relato feito pelo cuidador vai de encontro à informação disponível nos registos [17].

Poderá também auxiliar no diagnóstico a realização de entrevistas clínicas ao cuidador e à vítima separadamente, bem como a realização de estudos toxicológicos, adaptados de acordo com o quadro clínico manifestado, que poderão vir a confirmar uma indução por intoxicação [46], [96].

A literatura existente apoia que, enquanto a suspeita diagnóstica não for forte o suficiente, não se deve compartilhar ou confrontar os cuidadores com a mesma, de forma a proteger a vítima. Isto porque se acredita que a revelação precoce poderá fazer com que o cuidador se esforce ainda mais para comprovar que a vítima está verdadeiramente doente, recorrendo ainda mais à indução de sinais, sintomas ou doença e, como tal, constituindo assim maiores lesões e morbidades [26]. Neste sentido, um estudo realizado por Rosenberg verificou que cerca de 20% das mortes associadas à síndrome de Munchausen *by proxy* ocorrem após os profissionais de saúde confrontarem os doentes com os seus comportamentos [26], [42].

Posto isto, a partir do momento em que surge a suspeita deste diagnóstico e, enquanto decorre a investigação do mesmo, é fundamental que a vítima se encontre protegida de novos episódios de indução de doença e de procedimentos médicos desnecessários, mesmo quando se encontra em ambiente hospitalar ^[17].

Para tal, a literatura propõe essencialmente dois métodos, que servem simultaneamente de auxílio ao diagnóstico e, em alguma proporção, de proteção à vítima. São eles a proibição do contacto do cuidador com a vítima por um determinado período de tempo e, a implementação de câmaras de videovigilância no quarto hospitalar onde se encontra internada a vítima ^[29].

O método da separação entre o cuidador e a vítima, apesar de ser bastante útil para o diagnóstico, poderá ter os seus impactos negativos, pelo que deverá ser criterioso e bem ponderado ^[46]. Uma vez iniciado o período de separação, o cuidador deverá ser proibido de estabelecer qualquer contacto com a vítima, exceto sob a supervisão permanente de um profissional de saúde, que impeça qualquer manipulação ou oferta à vítima, garantindo também a total segurança da mesma ^{[43], [46]}. A estranha ausência de sinais ou sintomas durante o tempo em que a vítima se encontra longe do doente, sugere fortemente este diagnóstico ^{[8], [78]}. Para isso, este período de tempo deverá ser longo o suficiente para que se consiga avaliar as potenciais alterações no estado de saúde da vítima decorrentes deste afastamento. Por outro lado, nada se deverá alterar no tratamento ou no próprio ambiente em que se encontra a vítima, fazendo com que a única variável em estudo seja a ausência do cuidador. Deve-se também ter em consideração que este método não está isento de falsos positivos, principalmente em quadros clínicos oscilantes, em que a vítima melhora e piora frequentemente ou em doenças raras. Ou seja, os resultados nem sempre são lineares, devendo ser cuidadosamente analisados e interpretados, principalmente nas situações supracitadas. A grande desvantagem deste método prende-se com o facto de que, caso se consiga excluir o diagnóstico, o cuidador terá sido injustamente e desnecessariamente separado do seu filho por um período considerável, o que acarreta ainda mais sofrimento tanto à vítima como ao cuidador ^{[43], [46]}.

A utilização secreta de câmaras de videovigilância foi proposta como um instrumento que poderá facilitar o diagnóstico, dada a elevada capacidade de comprovar grande parte das suspeitas de síndrome de Munchausen *by proxy*, podendo também servir como documentação legal. Optando-se pela utilização deste método, é importante que a câmara seja estrategicamente posicionada, de maneira que não seja visível ao cuidador, mas simultaneamente alcance toda a área do quarto de internamento ^{[43], [46], [81]}. É também importante que, para além da imagem, se tenha acesso ao som, uma vez que assim se podem identificar casos em que os doentes incentivam as vítimas a participarem também neste comportamento de falsificação ou casos em que mentem à família relativamente ao estado clínico da vítima ^[81]. Ainda assim, esta estratégia não é infalível, uma vez que o cuidador poderá recorrer à indução de doença em espaços em que não há permissão para instalação de videovigilância, como por exemplo, nas casas de banho. Outra desvantagem consiste na segurança da criança, uma vez que, a não ser que haja uma monitorização contínua do vídeo em tempo real, poderá não se conseguir impedir que alguns dos episódios de indução de doença ocorram ^{[43], [46]}. Por outro lado, é um método bastante dispendioso em termos monetários e poderá ser um processo bastante demorado, na medida em que, por vezes, os doentes passam dias sem realizar qualquer tipo de indução de doença ^[46]. A sua utilização gera alguma controvérsia, na medida em que levanta questões éticas relacionadas com a invasão de privacidade, que não devem ser menosprezadas ^{[43], [81]}. Os autores de um estudo verificaram que em 80% dos casos em que os cuidadores recorriam à indução de sinais e/ou sintomas, a videovigilância foi necessária para que se conseguisse estabelecer o diagnóstico de síndrome de Munchausen *by proxy*. Posto isto, consideram também que perante uma forte suspeita, os benefícios deste método suplantam estas questões de privacidade ^[81].

Por fim, de realçar apenas que dada a elevada complexidade deste diagnóstico, é importante que se articule desde logo uma equipa multidisciplinar, geralmente constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e de proteção infantil e, ainda, por profissionais jurídicos. Desta forma, pretende-se não só uma otimização da abordagem diagnóstica, como também uma melhor gestão de toda a situação, nomeadamente no que diz respeito ao seguimento da saúde mental de cada um dos componentes envolvidos, isto é, tanto vítimas, como dos doentes e suas famílias

[17], [29], [34]. Todas as decisões tomadas, principalmente quando se pondera o teste da separação ou a implementação de câmaras de videovigilância e equipamentos de som devem primeiramente ser discutidas com esta mesma equipa multidisciplinar responsável pelo respetivo caso [81].

Diagnóstico diferencial

Quanto ao diagnóstico diferencial da Síndrome de Munchausen *by proxy*, segundo a DSM-5, devem considerar-se essencialmente a perturbação de sintomas somáticos, as situações de simulação e, ainda, a presença de qualquer doença orgânica. Nos quadros clínicos que envolvem a presença de sinais ou sintomas neurológicos, deve também considerar-se a perturbação de conversão [13].

A simulação pode apresentar-se de uma forma muito semelhante à síndrome de Munchausen *by proxy*, isto é, através do relato, simulação ou indução intencional de sinais e / ou sintomas inexistentes. Apesar de ambas as entidades terem como base motivações conscientes, o que diferencia estas duas entidades é essencialmente o facto de, nas situações de simulação, o objetivo ser a obtenção de recompensas externas objetiváveis, ao contrário da síndrome de Munchausen *by proxy*, em que os cuidadores agem de determinada forma para satisfazerem uma necessidade psicológica [13]. Assim, na simulação, os indivíduos deliberam conscientemente e cuidadosamente em relação a qual o melhor comportamento a adotar para adquirirem as recompensas a que se propõem [31], [97]. Outra característica que ajuda na distinção entre as duas entidades é o facto de, na simulação, os indivíduos evitarem a realização de procedimentos invasivos ou dolorosos, ao contrário do que acontece na síndrome de Munchausen *by proxy* [97]. A maioria das vezes, correspondem a recompensas monetárias, mas também se contata que alguns indivíduos o façam para aquisição de medicação sujeita a receita médica (principalmente opioides, benzodiazepinas, esteroides anabolizantes e fármacos que causem perda ponderal), evitamento de serviço militar e, obtenção de baixa médica [97], [98].

A perturbação de sintomas somáticos caracteriza-se por uma preocupação significativa com sintomas físicos atribuídos a uma doença não psiquiátrica. Esta preocupação pode manifestar-se através de pensamentos excessivos sobre a gravidade dos sintomas, um

elevado nível de ansiedade associada às sensações físicas e, ainda, um gasto excessivo de energia associado a essa preocupação com os sintomas físicos, nomeadamente através de uma constante procura de atendimento médico. Este quadro torna-se, portanto, bastante angustiante e com impacto significativo na vida diária do doente [99]. Nestes casos, a procura excessiva de atenção e tratamento por sintomas sem aparente base biológica pode assemelhar-se aos quadros de síndrome de Munchausen *by proxy*, pelo que se deve considerar como diagnóstico diferencial. Não obstante, os doentes com perturbação de sintomas somáticos não mentem conscientemente sobre os seus sintomas, nem causam intencionalmente doença, ao contrário do que acontece na síndrome de Munchausen *by proxy* [13], [97], [99].

A perturbação conversiva consiste na produção não intencional de sintomas neurológicos [100]. Segundo a DSM-5, esta entidade caracteriza-se pela alteração da função motora ou sensorial, causando um sofrimento clinicamente significativo ou um elevado impacto na vida diária do doente. Por outro lado, perante esta entidade, identificam-se algumas incompatibilidades entre os sintomas, os achados clínicos e a fisiopatologia neurológica [13]. As manifestações clínicas são muito variadas, podendo cursar com uma diminuição da força muscular ou paralisia, movimentos anormais como tremor, movimentos distónicos, mioclonias, distúrbios da marcha, crises convulsivas, alterações na deglutição ou na fala, com disfonia disartria, anestesia ou perda sensitiva e alterações sensoriais, nomeadamente perda de acuidade visual, auditiva ou olfativa [13], [100]. De igual forma, na síndrome de Munchausen *by proxy*, os cuidadores podem relatar alterações neurológicas que não são consistentes com os achados clínicos, os exames de investigação e a fisiopatologia neurológica, pelo que se assemelha a esta entidade. No entanto, na perturbação conversiva, uma vez que a motivação e a produção dos sintomas é inconsciente e não intencional, não se identifica qualquer evidência de comportamento fraudulento ou de falsificação de sintomas [13], [15], [100].

Por fim, de realçar apenas que o diagnóstico de síndrome de Munchausen *by proxy* não exclui a presença simultânea de uma verdadeira doença orgânica não associada à falsificação intencional de sintomas, bem como de qualquer outra perturbação psiquiátrica, pelo que deve constar no diagnóstico diferencial [13].

Caracterização dos doentes

Embora existam vários artigos publicados sobre as vítimas, constata-se a existência de muitas lacunas no que diz respeito à caracterização dos doentes e dos seus antecedentes ^{[21], [101]}.

Não obstante, os estudos realizados têm concluído a existência de algumas características transversais à maioria dos doentes. Entre elas, destaca-se o facto de praticamente todos os doentes serem jovens, pertencerem maioritariamente ao sexo feminino e, nos casos em que as vítimas são ainda crianças, corresponderem essencialmente às mães biológicas das mesmas ^{[15], [21], [24], [36], [42]}. Apesar de menos frequente, identificam-se também casos em que este tipo de comportamento é desenvolvido pelo pai da vítima, sendo que estes têm tendência a desenvolverem um comportamento mais grave e, portanto, culminar mais frequentemente com a morte da vítima ^[82]. No entanto, qualquer outra figura próxima da vítima pode desenvolver esta perturbação e os comportamentos que lhes estão inerentes, sendo exemplos disso, casos em que se constatou que o doente era a ama da criança, qualquer um dos avós e, em casos de vítimas adultas, os próprios namorados ou maridos das mesmas, entre outras situações ^{[21], [36]}.

O comportamento, no entanto, parece divergir consoante a figura parental que o indivíduo com perturbação factícia imposta em outra pessoa desempenha na vida da vítima. Sabe-se que quando é a mãe, geralmente, estas desenvolvem um comportamento aparentemente carinhoso e afetuoso, tanto com a vítima como com a própria equipa médica que acompanha o caso, despertando reciprocamente alguma simpatia por parte dos profissionais de saúde e criando uma relação de alguma proximidade com a equipa, o que usam estrategicamente a seu favor para posteriormente solicitarem constantemente a realização de exames e procedimentos invasivos ^{[40], [46], [82], [91]}. Já nas situações em que os doentes configuram a figura paterna, verifica-se uma tendência a que não estabeleçam relações próximas com a equipa, nem sejam vistos como pais exemplares. Pelo contrário, muitas vezes adotam uma postura extremamente exigente e autoritária ^{[8], [40], [82]}.

Por outro lado, a utilização de câmaras de videovigilância oculta tem vindo a demonstrar que este comportamento desempenhado principalmente pelas mães apenas se verifica na presença das equipas de profissionais de saúde, sendo que, na sua ausência, são capazes de ignorar as vítimas por várias horas ou dias [46], [74].

A literatura sugere também que, longe do hospital, tanto os doentes do sexo feminino como masculino, tenham tendência a ver a criança ou a pessoa que têm ao seu encargo como um ser desprovido de sentimentos ou direitos, usando-as apenas como um objeto para conseguirem atingir o meio hospitalar, ambiente este que apreciam e onde se sentem confortáveis pela atenção e admiração que obtêm por serem vistos como cuidadores exemplares [40], [82].

Alguns aspetos ainda não totalmente consensuais dizem respeito à etnia dos doentes, sendo que alguns autores defendem que estes são maioritariamente de descendência leucodermica, representando uma classe social mais elevada e com maior formação, enquanto outros referem não haver qualquer tipo de diferença entre etnias ou classes económicas [82].

Os doentes geralmente manifestam um interesse especial pela área da saúde, pelo que grande parte deles tem ou já teve, em alguma fase da vida, uma profissão ou formação nesta mesma área. É, assim, bastante comum encontrar-se casos em que os indivíduos que desenvolvem este distúrbio psiquiátrico correspondam a enfermeiros, técnicos de emergência médica, auxiliares de saúde, rececionistas em unidades pediátricas, entre muitos outros. Mesmo aqueles que não desenvolveram qualquer trabalho laboral ou formação específica neste âmbito, geralmente, são dotados de muito conhecimento relativamente às doenças e opções de tratamento médico, fruto de grandes pesquisas na internet [4], [24], [33], [46]. Profissões que envolvam crianças, como trabalhadores em creches são também frequentes [102].

Apesar de os doentes serem maioritariamente casados, essas relações conjugais, geralmente, não são espelho de felicidade, muito pelo contrário, são relações distantes e que refletem bastantes conflitos e inseguranças entre eles [3], [24], [42], [44], [103]. Pouco se sabe sobre o início dos conflitos conjugais, a natureza dos mesmos e as ações tomadas para os tentarem resolverem [82]. No entanto, alguns dos problemas conjugais

identificados em estudos incluem situações em que os maridos são sexualmente abusivos com as suas esposas, situações de abuso de álcool com posteriores episódios violentos, infidelidade, situações em que um dos elementos se sente negligenciado uma vez que o companheiro apenas parece atribuir atenção aos filhos ou aos seus compromissos sociais com amigos, desprezando a esposa, e, ainda, noutros casos, a falta de participação do companheiro nas tarefas domésticas ou na educação dos filhos é também outro dos problemas reportados [25], [56], [82], [104], [105].

Para além disso, como pais, tendem a ser distantes e pouco envolvidos no ambiente familiar, sendo muito dedicados aos seus empregos, pelo que muitas vezes os caracterizam como *workaholics*. Tendem a adotar uma postura passiva e discreta e, na maioria das vezes, fazem muitas poucas visitas hospitalares ao filho internado, alegando questões profissionais como justificação para tal [82].

Os estudos têm verificado também que grande parte dos doentes descrevem uma infância bastante conturbada, tendo sido negligenciados ou expostos a situações de abusos nesta fase da vida, sejam eles físicos, sexuais ou emocionais [21], [57], [87]. Entre eles, incluem-se situações em que os próprios doentes foram, outrora, vítimas da síndrome de Munchausen *by proxy* ou, por outro lado, foram expostos a um ambiente familiar em que este tipo de comportamento era praticado sob um outro indivíduo [25], [78].

Outro aspeto bastante identificado nos estudos existentes corresponde à perda ou separação precoce de uma figura parental, seja por divórcio, morte ou por um dos pais ter sido preso. Não é infrequente que alguns deles se tenham visto forçados a viver durante algum tempo em instituições de adoção ou famílias de acolhimento [21], [101].

Verifica-se também que, dadas as circunstâncias adversas de vida, alguns dos doentes, sentem desde muito cedo a necessidade de fingir sintomas, de forma a evitar agressões ou situações de contacto com os pais / cuidadores abusivos. Por este motivo, a literatura sugere que estas primeiras experiências de vida possam ter uma relação direta com o desenvolvimento do comportamento fraudulento característico da síndrome de Munchausen, já na vida adulta [101].

Tem-se constatado também que as doentes recorrem com maior frequência aos serviços de obstetrícia e ginecologia do que seria esperado. É comum que possuam um histórico de complicações obstétricas, com a ocorrência de abortos espontâneos, partos prematuros, hemorragias anteparto ou necessidade de cesariana de emergência, bem superior ao que seria esperado perante uma amostra de mulheres majoritariamente jovens e ocidentais. Identifica-se também alguns casos em que as gestantes recorrem a objetos cortantes para estimular a hemorragia ou romper as membranas, sendo as motivações, nestes casos, consistentes com as da perturbação factícia imposta no próprio. Casos de pseudociese, em que a mulher apresenta vários sintomas sugestivos de gravidez apesar de não o estar, são também relativamente frequentes ^{[21], [101], [106]}.

Os estudos têm também vindo a sugerir uma vinculação insegura entre os doentes com perturbação factícia imposta em outra pessoa, o que poderá justificar o aparente padrão transgeracional que se identifica em várias famílias ^{[22], [23]}. No entanto, também se identificam padrões de vinculação inseguros em cuidadores que não desenvolvem qualquer tipo de comportamento disruptivo. Assim, a literatura sugere que a presença de uma vinculação insegura possa ser uma condição necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento deste tipo de comportamento ^[23]. Para além disso, a transmissão transgeracional do padrão de vinculação não é considerada imutável, pelo que pode ser afetado negativamente pela ocorrência de eventos adversos, como também positivamente, por influências favoráveis ^[107].

Psicopatologia do doente

Em termos da psicopatologia do doente, é bastante frequente identificarem-se perturbações factícias impostas no próprio, perturbações de sintomas somáticos, perturbações de humor depressivo e ainda, perturbações de personalidade. É também comum o desenvolvimento de um contexto característico de mentira compulsiva (pseudologia fantástica), perturbação de comportamento alimentar, consumo de álcool e drogas e, ainda, de um comportamento autolesivo, bem como ideação ou tentativas de suicídio ^{[21], [23], [55], [82]}.

No que diz respeito à perturbação factícia imposta no próprio, a literatura sugere que os doentes começam por induzir doença em si próprios até ao momento em que isso já

não lhes proporciona gratificação e, aí, escalam para a perturbação factícia imposta em outra pessoa, sendo as vítimas geralmente crianças ^{[21], [108]}. Um exemplo destas circunstâncias é quando os doentes sentem que os profissionais começam a desconfiar da possibilidade de perturbação factícia imposta no próprio ou são confrontados com essa mesma possibilidade ^[108]. Paradoxalmente, alguns autores defendem que os doentes são mais propensos a recorrer à perturbação factícia autoimposta quando separados das vítimas ^{[21], [56]}. Assim, os filhos de indivíduos com perturbação factícia devem ser considerados de elevado risco como alvos da síndrome de Munchausen *by proxy* e, a longo prazo, deve-se também ponderar o risco de desenvolverem também eles perturbação factícia ^{[21], [101]}.

Relativamente à mentira compulsiva, também designada de pseudologia fantastica, esta corresponde a uma falsificação desproporcional a qualquer objetivo ou ganho discernível, sendo muitas vezes um procedimento extenso ou complicado, que se vai manifestando ao longo de vários anos ou mesmo ao longo de toda a vida. Este tipo de mentira inclui pessoas que mentem por mentir, sem qualquer necessidade e obtêm prazer em todo esse processo. Nestes casos, as perguntas são caracteristicamente respondidas com fluência e os indivíduos parecem acreditar verdadeiramente naquilo que relatam ^{[101], [109]}. Esta tendência parece estabelecer-se numa fase muito precoce da vida, geralmente na infância, persistindo ao longo da adolescência e idade adulta ^[101]. Por fim, no âmbito das perturbações de personalidade, as mais frequentemente encontradas incluem a borderline, antissocial, histriónica, narcisista e evitante ^{[21], [82], [101]}. Acredita-se que o mais frequente seja até uma combinação de várias destas perturbações de personalidade em simultâneo, no entanto, outros estudos indicam como mais frequente a perturbação de personalidade da categoria borderline ^{[21], [32], [101]}.

Tratamento e prognóstico

Embora a segurança das vítimas seja um aspeto fulcral e que deve ser desde logo posto em prática, melhorar os impactos da submissão a este tipo de comportamento e ajudá-las a recuperar com o mínimo de morbilidades possível a longo prazo é o principal objetivo ^[28].

O tratamento da perturbação factícia imposta em outra pessoa pode ser extremamente difícil, devendo ser cuidadosamente avaliado e individualizado ^[15]. Assim, quando se estabelece o plano de intervenção, deve-se ter em consideração os três componentes particularmente envolvidos, isto é, os doentes, as vítimas e ainda, as famílias dos doentes, exigindo cada um deles intervenções terapêuticas diferentes ^[32].

No que diz respeito aos doentes, o tratamento tem essencialmente duas finalidades: 1) ajudá-lo a superar a sua condição clínica e, 2) permitir o melhor relacionamento possível com os filhos ou vítimas a cargo, garantindo sempre a segurança dos mesmos ^[43].

Assim, de forma a otimizar as intervenções terapêuticas da perturbação factícia imposta em outra pessoa, está recomendada a realização de uma avaliação psicológica completa, de forma a se excluïrem todas as outras possíveis psicopatologias concomitantes. Para além disso, esta avaliação poderá fornecer informações relevantes relativamente ao contexto psicossocial do doente, possíveis comorbilidades e a probabilidade de reabilitação e resposta ao tratamento ^[14].

Tem-se vindo a verificar que os doentes que negam os seus comportamentos, apresentam obstáculos quase intransponíveis ao tratamento psicológico. Assim, o foco inicial da terapia deve incidir numa tentativa de que o indivíduo reconheça e assuma a responsabilidade pelos seus comportamentos e, por conseguinte, pelas repercussões que os mesmos possam ter tido na vida da vítima ^{[15], [32]}.

Não obstante, os doentes podem precisar também de psicoterapia para conseguirem lidar com o prejuízo que provocaram, os efeitos que despoletaram sobre a vítima e, em caso de necessidade de separação, com os sentimentos subjacentes à perda desse relacionamento com a vítima. A terapia deve abordar sentimentos de culpa, vergonha e, quando aplicável, a ideação suicida associada ^[32]. Para além disso, deve também abordar as perturbações psiquiátricas concomitantes ^{[14], [32]}.

Para tal e, objetivando a obtenção de melhores resultados, as terapias mais sugeridas pela literatura são a terapia comportamental dialética, a terapia cognitiva focada no trauma, a terapia narrativa, a terapia baseada na mentalização e, ainda, a terapia familiar ^{[14], [15], [32]}. As abordagens utilizadas na terapia narrativa podem ser úteis para

ajudar o doente a entender o seu próprio passado e a contruir uma perspetiva futura de vida ^[14]. Por outro lado, existe uma ampla evidencia de que a terapia comportamental dialética e a terapia baseada na mentalização sejam bastante apropriadas às perturbações de personalidade, particularmente no que diz respeito à perturbação de personalidade borderline. Neste sentido, embora muitos destes indivíduos relatem uma diminuição na gravidade dos sintomas, a melhoria na função social é mais difícil de se conseguir alcançar ^[32]. Por fim, como alguns dos doentes foram também vítimas de traumas na infância e podem, conseqüentemente, ter desenvolvido padrões de vinculação pouco satisfatórios, a psicoterapia deve ser orientada de forma a abordar o trauma subjacente, daí estar aconselhada a terapia cognitiva focada no trauma ^{[14], [15]}.

Para além da psicoterapia, poderá também ser necessária a utilização de psicofármacos para o tratamento de algumas das comorbilidades do doente. Nos casos em que se identificam depressões e perturbações de ansiedade, deve equacionar-se o tratamento com antidepressivos e ansiolíticos. Na presença de uma perturbação de abuso de álcool ou drogas pode também ser necessário recorrer a terapia farmacológica de forma a promover-se a abstinência. Por fim, alguns estudos têm vindo a demonstrar efeitos positivos da utilização de metilendioximetanfetamina e da oxitocina em vítimas de trauma ^[15]. Os resultados reportados nestes estudos descrevem essencialmente uma melhoria nas apetências e comportamentos sociais, associado a um aumento significativo da empatia. Por outro lado, a literatura descreve também uma diminuição do comportamento agressivo, acompanhado de uma melhoria do humor, maior autoconfiança e generosidade, o que se reflete em relações interpessoais mais positivas ^{[110], [111], [112], [113], [114]}. Por fim, alguns terapeutas acreditam que estimula a aliança psicoterapêutica, na medida em que os indivíduos sentem uma maior abertura a expressarem as vivências dos seus eventos traumáticos ^[110]. No entanto, os estudos existentes não analisam em particular os resultados destes fármacos nos casos de trauma relacionado com a síndrome de Munchausen *by proxy*, pelo que se desconhecem os possíveis resultados terapêuticos nestes casos concretos ^[15].

Relativamente às vítimas, sendo estas maioritariamente crianças, poderão precisar de uma reabilitação ativa, na medida em que muitas das vezes experimentam sequelas psicológicas, físicas, sociais e ocupacionais pelo comportamento disruptivo a que

estiveram sujeitas, algumas delas irreparáveis^{[14], [32]}. No entanto, os estudos acreditam que possa ser possível mitigar os impactos negativos desta síndrome através de intervenções terapêuticas^[14]. Para tal, as vítimas necessitam de ser sujeitas a uma psicoterapia intensiva, realizada por profissionais que entendam a dinâmica e as possíveis repercussões desta síndrome nas vítimas, nomeadamente no desenvolvimento de padrões de vinculação desfavoráveis, perturbações de sintomas somáticos, ansiedade generalizada e depressões^{[16], [28], [96]}. Nestes casos, os objetivos da terapia devem-se focar na normalização, tanto quanto possível, da vida da criança, principalmente no que diz respeito à saúde, à sua independência, capacidade de socialização e frequência escolar^[11].

Uma das características das crianças submetidas a este tipo de comportamento é o desenvolvimento de falsas crenças relativamente às causas da sua condição, uma vez que adotam as explicações do cuidador para os seus problemas médicos. Isto faz com que, muitas vezes, desenvolvam uma imagem distorcida de si mesmas, acreditando que são verdadeiramente doentes. Outras, por sua vez, acreditam que as suas próprias ações possam ter contribuído para o desenvolvimento de uma doença persistente, culpabilizando-se^[28]. Assim, a literatura defende que se devem sempre explorar estes sentimentos e pensamentos, bem como informar e esclarecer corretamente a vítima e os seus irmãos (se for o caso) em relação à verdadeira natureza dos seus sintomas médicos, às ações do cuidador e, quando aplicável, aos motivos pelas quais terão de ficar afastados dos seus cuidadores por algum tempo^{[28], [32], [96]}. Este constitui assim um dever ético médico, visando agir segundo o melhor interesse do funcionamento psicológico da vítima^{[28], [96]}. Outros objetivos terapêuticos incluem uma melhoria da autoestima da vítima, a aquisição de uma sensação de confiança e segurança, além de atender aos sentimentos de raiva e dor que possam estar presentes^{[28], [43], [102]}.

Os especialistas em trauma consideram que a exposição gradual a uma narrativa de trauma faz com que as vítimas processem melhor as suas emoções e pensamentos, dessensibilizando-as e fazendo com que, gradualmente, vão dominando cada vez melhor as suas vivências traumáticas. Por este motivo, a psicoterapia narrativa, a psicoterapia cognitivo-comportamental focada no trauma e ainda, a psicoterapia focada na vinculação parecem ser boas opções para as vítimas desta condição clínica^{[11], [96]}.

Por último, no que diz respeito às necessidades terapêuticas da família, os maiores alvos de intervenção devem ser os irmãos e o pai da vítima. Isto porque, por um lado, os irmãos podem-se ter sentido negligenciados durante bastante tempo, uma vez que toda a atenção se centrava na criança supostamente doente. Podem também surgir sentimentos de frustração e raiva, principalmente quando a mãe é obrigada a se afastar da família [32].

Por outro, o pai poderá precisar de ajuda para processar toda a descoberta da situação e, ainda, os possíveis sentimentos de culpa por não terem sido figuras muito presentes na educação e desenvolvimento do filho ou por não terem prestado apoio suficiente às suas companheiras. Podem também sentir-se traídos, ressentidos ou zangados, sentimentos estes que merecem ser explorados e trabalhados [11], [32].

Assim, sob uma perspetiva familiar, a terapia familiar e de casal ou o aconselhamento matrimonial pode ser bastante importante, principalmente nos casos em que se identificam problemas conjugais graves como a violência doméstica [15], [92]. Estas intervenções visam a criação de habilidades parentais mais robustas, com a criação de um plano para a vítima, incentivando assim ao envolvimento ativo da família na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida da família [11], [15], [32], [115].

De realçar que a reunificação do doente e da vítima apenas é possível se houver um progresso significativo na terapia, se se considerar que a família está preparada e é segura e, ainda, se os serviços médicos e sociais conseguirem garantir um nível adequado de supervisão. Caso estas condições se verifiquem, esta deve ser visto como um processo contínuo, com uma progressão lenta, e não como um evento único. Assim, antes da reunificação, deve aumentar-se o número de visitas permitidas, monitorizadas e não monitorizadas, avaliando-se sempre o estado de saúde da criança após as mesmas, bem como as necessidades psicológicas do doente [32], [43], [102]. Dada a elevada dificuldade em conseguir tratar os doentes e, conseqüentemente, o elevado risco de recorrência que lhe está associado após a reunificação, deve-se ter em consideração que, apesar de este ser um objetivo desejável, é muitas vezes inatingível, optando-se nestes casos pela separação permanente do doente e da vítima [14], [28], [102].

O prognóstico depende de múltiplos fatores, sendo na maioria das vezes bastante desfavorável [32], [43]. No entanto, a presença de alguns fatores podem antever um melhor ou pior prognóstico. Quanto aos fatores de mau prognóstico do doente, destaca-se a falta de insight, a existência de uma história de negligência e abuso grave na infância, a negação persistente do seu comportamento, a dificuldade em aceitar ajuda, a presença de uma perturbação de personalidade grave, psicose, um comportamento de consumo de álcool ou drogas. De pior prognóstico ainda, a literatura realça a falta de empatia pela vítima, a incapacidade de colocar as necessidades da vítima à frente das suas e, ainda, o facto de terem recorrido a formas graves de indução de doença [15], [32], [43]. Já no que diz respeito aos fatores de mau prognóstico das vítimas, geralmente, relaciona-se com a idade precoce das mesmas [15].

Pelo contrário, fatores de bom prognóstico do doente incluem um elevado insight, o facto de conseguirem admitir os seus comportamentos, uma melhoria psicológica com a terapia, a presença de um bom suporte social, a identificação de um elevado empenho para evitar a recorrência da perturbação e dos seus comportamentos disruptivos associados, assumindo uma postura de compromisso e a responsabilidade pela sua própria recuperação, demonstrando-se recetivos à realização de psicoterapia contínua. No que diz respeito à criança, como fatores de prognóstico positivos, destaca-se a segurança da mesma, seja pela possibilidade de colocação num lar de acolhimento, seja pela existência de um outro cuidador que não o doente [11], [15], [28].

Em jeito de síntese:

Impactos nas vítimas	Sinais de alarme	Formulação diagnóstica	Motivações	Psicopatologia
Necessidade de múltiplas cirurgias esofágicas e compromete	Criança que se encontra recorrentemente e ou permanentemente doente, com	Reunião e análise minuciosa dos registos clínicos	Procura de atenção	Perturbação factícia autoimposta

nto da função gastrointestinal	histórico de múltiplas consultas e/ou internamentos			
Alterações articulares destrutivas e claudicações	Discrepância entre a história clínica relatada pelo cuidador e os achados ao exame objetivo	Entrevistas clínicas à vítima e cuidador, separadamente	Ser reconhecido como bom cuidador, vítima ou mártir	Perturbação de sintomas somáticos
Atrasos mentais associados a paralisia cerebral e cegueira cortical	Existência de exames complementares de diagnóstico que não apoiem o estado da vítima	Estudos toxicológicos conforme o quadro clínico da vítima	Despoletar admiração e elogios por parte dos profissionais de saúde	Perturbações de humor depressivo
Múltiplas cirurgias abdominais por laparotomia, colecistectomias e ileostomias	Sinais e/ou sintomas incomuns e que só surgem na presença do cuidador, desaparecendo ou melhorando após um tempo de separação entre eles.	Proibição de contacto entre a vítima e o cuidador, sendo que a melhoria/ ausência de sintomas neste período sugere fortemente o diagnóstico	Terem sido vítimas desta síndrome na infância	Perturbações de personalidade – borderline, evitante, narcisista, antissocial, histriónica

Perturbações de conduta e emocionais	Doenças pouco comuns no cuidador ou na família, principalmente nos irmãos da vítima. Pode haver história de morte súbita infantil	Videovigilância oculta	Necessidade de estabelecerem uma relação controladora ou de dependência com os profissionais de saúde	Mentira compulsiva
Atrasos no desenvolvimento	Intolerância recorrente a diversos tipos de terapêutica, seja ela local ou sistêmica e, a numerosas substâncias medicamentosas		Sensação de falta de controlo total perante todas as outras circunstâncias da vida	Perturbações de comportamento alimentar
Desinibição social	Diagnósticos muito raros, como a porfíria		Tentativa de compensar e ultrapassar perdas traumáticas precoces, nomeadamente a morte de um pai e / ou mãe	Consumo de álcool ou drogas

Problemas escolares associados a dificuldades de atenção e concentração, dificuldades de aprendizagem e uma elevada falta de comparência escolar	Sintomatologia que não responde à terapêutica, como é exemplo a ocorrência de convulsões que não respondem a anticonvulsivantes		Problemas conjugais, em que procuram a falta de atenção dos companheiros nos profissionais de saúde, e em que os internamentos são vistos como forma de escape ou, pelo contrário, como forma de se fortalecer a união entre eles	Comportamento autolesivo, ideação suicida, tentativas de suicídio
Maior inquietude, receios e tendência a mentir	Surgimento de novos sintomas quando os anteriores ainda não desapareceram		Tentativa de estabelecer ligações e formarem vida social em ambiente hospitalar	
Comportamento hipocondríaco	Cuidadores que não expressam		Necessidade de	

	alívio aquando da melhoria do quadro clínico da vítima		demonstrar conhecimentos da área médica	
Problemas relacionais	Insistência por parte do cuidador na realização de exames de investigação mais invasivos e dolorosos		Sensação que as emergências médicas lhes proporcionam	
Brincadeiras atípicas de foro agressivo (por exemplo, fingir que estrangulava um brinquedo)	Cuidadores que procuram incessantemente a obtenção de atenção e simpatia por parte dos profissionais de saúde		Tentativa de criarem uma relação indissociável dos filhos, tornando-os dependentes deles ao longo da vida	
Enurese noturna	Deteção de substâncias externas em amostras biológicas, bem como a deteção histológica de tentativas de asfixia recorrentes		Prazer que obtêm por conseguirem manipular os profissionais de saúde e mantê-los sob controlo	

<p>Ocorrência de pesadelos e evicção de certos espaços ou objetos, o que alguns autores relacionam com desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático</p>	<p>Absentismo escolar recorrente ou prolongado sem justificação aparente</p>		<p>Ambiente hospitalar mais apelativo que ambiente familiar</p>	
<p>Sintomas depressivos significativos na infância – sensação de desamparo, baixa autoestima, comportamento autolesivos, ideação suicida</p>	<p>A presença de qualquer um destes sinais é particularmente suspeita se o cuidador tiver alguma formação na área da saúde, bem como, história de somatização ou de perturbação factícia imposta no próprio</p>			
<p>Esforço excessivo para</p>				

evitarem desempenhar o papel de vítimas ao longo da vida				
Dificuldades em manter relacionamentos				
Falta de autoconfiança e inseguranças constantes				
Busca infrutífera pelo amor materno que não receberam na infância				
Dificuldades em separar a fantasia da realidade, especialmente em situações de doença e necessidade de tratamento médico				
Dificuldade em se expressarem ou até mesmo compreender as				

próprias emoções				
Medo constante de serem feridos fisicamente ou de desenvolverem alguma doença				
A grande maioria admite ter recorrido a apoio psicológico por – ideação suicida, memórias traumáticas da infância, ansiedade, depressão, baixa autoestima				

Discussão e conclusão

Apesar de constituir uma entidade clínica rara, a síndrome de Munchausen *by proxy* não deverá ser menosprezada. Pelo contrário, é importante que os profissionais de saúde a conheçam e estejam atentos aos possíveis sinais de alarme. Caso estes estejam presentes, deve-se sempre considerar a presença desta condição clínica, optando-se por uma investigação ativa e não pela abordagem como um diagnóstico de exclusão [81], [95].

No entanto, vários são os obstáculos que se colocam ao diagnóstico, entre os quais, a negação constante por parte dos doentes, a relutância dos profissionais de saúde em conseguirem acreditar que os cuidadores são capazes de desenvolver tal comportamento, o facto de recorrerem constantemente a diferentes instalações hospitalares e, portanto, a existência de registos clínicos muito dispersos e difíceis de aceder e, ainda, alguma falta de conhecimento e ceticismo em relação a esta síndrome [3], [4], [91], [93].

Posto isto, poderá ser útil a junção e análise de todos esses registos clínicos dispersos, a realização de estudos toxicológicos, conforme o quadro clínico manifestado e, ainda, a realização de entrevistas à vítima e ao cuidador, separadamente [26], [34], [46], [96].

Por fim, métodos mais radicais, como a separação da vítima e do cuidador ou a instalação de câmaras de videovigilância ocultas devem também ser ponderados [29].

As motivações para o desenvolvimento deste tipo de comportamento são complexas e muito diversificadas, podendo ser relevante tentar percebê-las para o estabelecimento do diagnóstico, bem como para a otimização terapêutica [80], [81], [82].

Independentemente dessa motivação, é comum que as vítimas sofram consequências significativas, tanto a curto, como a longo prazo. Algumas delas, no entanto, são produzidas inconscientemente pelos próprios profissionais de saúde, que as submetem a exames complementares de diagnóstico, internamentos e procedimentos terapêuticos, muitas vezes invasivos, sem qualquer necessidade [53].

Verifica-se também a presença de algumas características comuns a grande parte dos cuidadores, nomeadamente o facto de serem maioritariamente do sexo feminino, mais concretamente, as mães biológicas das vítimas [15], [21], [24], [36], [42].

A infância é muitas vezes traumática, por exposição a episódios de abuso, negligência, separação ou perda precoce de uma das figuras parentais [4], [24], [34], [46].

Não é incomum que também eles tenham sido vítimas de síndrome de Munchausen *by proxy*. Já na vida adulta, é frequente a existência de múltiplos problemas conjugais, alguns deles graves, como situações de violência doméstica [3], [24], [42], [44], [103].

Relativamente à psicopatologia dos doentes, são frequentes as perturbações factícias impostas no próprio, perturbações de sintomas somáticos, perturbações de personalidade (borderline, antissocial, histriónica, narcisista, evitante) e perturbações de humor depressivo. Reportam-se também o desenvolvimento de uma condição de mentira compulsiva, perturbações de comportamento alimentar, comportamentos autolesivos e de ideação suicida, bem como o consumo de álcool e drogas [21], [23], [55], [82].

O tratamento da perturbação factícia imposta em outra pessoa pode ser extremamente complexo, devendo ser cuidadosamente avaliado e individualizado [15]. Os principais aspetos do tratamento devem sempre, acima de tudo, garantir a segurança da vítima e, simultaneamente, colmatar os impactos negativos destes comportamentos e ajudar a vítima a recuperar com o mínimo de morbilidades possível a longo prazo [28]. Para tal, deve-se sempre ter em conta os três componentes especialmente envolvidos na síndrome, isto é, os doentes, as vítimas e, a família das vítimas, com particular enfoque nos irmãos e no progenitor não doente [32]. A psicoterapia é, sem dúvida, o pilar fundamental do tratamento, no entanto, poderá também ser necessário recorrer à utilização de psicofármacos [15].

Tendo como objetivo a obtenção de melhores resultados, as terapias mais sugeridas pela literatura são a terapia comportamental dialética, a terapia cognitiva focada no trauma, a terapia narrativa, a terapia baseada na mentalização e, ainda, a terapia familiar [14], [15], [32].

Relativamente às vítimas, sendo estas maioritariamente crianças, poderão precisar de uma reabilitação ativa, de forma que normalizem, tanto quanto possível, as suas vidas, principalmente no que diz respeito à saúde, à sua independência, capacidade de socialização e frequência escolar [11], [14], [32]. Sob uma perspetiva familiar, a terapia familiar e de casal ou o aconselhamento matrimonial pode ser bastante importante, principalmente nos casos em que se identificam problemas conjugais graves [15], [92].

Apesar da literatura explicar a transmissão transgeracional das perturbações factícias com base em padrões de vinculação disfuncionais, poderia ser interessante investigar uma possível influência genética que também contribua para tal transmissão. Por outro lado, como se tem verificado que a perturbação factícia afeta quase exclusivamente

mulheres, poderia também ser interessante estudar o possível impacto das hormonas sexuais, como os estrogénios, progesterona e até mesmo da testosterona, que é considerada o biomarcador hormonal do comportamento agressivo, nas doentes. Por fim, apesar de não se colocar em questão o papel fulcral da psicoterapia individualizada para os doentes, tendo em conta a dificuldade do tratamento e o mau prognóstico que lhe é inerente, insurge-se a necessidade de mais investigação, no sentido de se tentar otimizar o tratamento destes indivíduos. Isto aplica-se principalmente à psicofarmacologia, uma vez que ainda não há evidência de tratamentos farmacológicos eficazes para estes casos ^[15].

Acima de tudo, dado os seus impactos e a complexidade de diagnóstico que lhe está inerente, é essencial que se expandam os conhecimentos dos profissionais de saúde relativamente a esta síndrome, principalmente no que diz respeito aos sinais de alarme e às formas de apresentação. Só assim será possível o estabelecimento do diagnóstico e de um plano de intervenção mais precoces, mitigando os possíveis efeitos nefastos desta síndrome.

Agradecimentos

Chegando ao fim deste trabalho, não poderia deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento à Prof.^a Doutora Filipa Andreia Lemos Novais Oliveira Cruz, minha orientadora, por toda a prontidão, prestabilidade e disponibilidade demonstrada ao longo da realização deste Trabalho Final de Mestrado. A todos os docentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa que se cruzaram no meu percurso académico e que, de alguma forma, contribuíram para o fomentar deste interesse particular pela área da psiquiatria.

Um especial agradecimento também aos meus pais e irmã, por toda a compreensão ao longo da realização deste Trabalho Final de Mestrado e, por me acompanharem e apoiarem em todos os percalços e dificuldades inerentes ao mesmo.

Um último agradecimento também a todos os meus amigos e familiares, que me encorajam e incentivam a cada dia e que, de uma forma ou de outra, foram também o meu suporte ao longo de todo este percurso.

Bibliografia

1. Steel, R. M. (2009). *Factitious disorder (Munchausen's syndrome)*. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 39(4), 343–347. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2009.412>
2. Conway, S. P., & Pond, M. N. (1995). *Munchausen syndrome by proxy abuse: a foundation for adult Munchausen syndrome*. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 29(3), 504–507. <https://doi.org/10.3109/00048679509064961>.
3. Criddle, L. (2010). Monsters in the closet: Munchausen syndrome by Proxy. *Critical Care Nurse*, 30(6), 46–55. <https://doi.org/10.4037/ccn2010737>
4. Thomas, K. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and diagnosis. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 174–180. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2003.35>
5. Olry, R., & Haines, D. (2006). NEUROwords. Munchausen syndrome by proxy: Karl Friedrich Hieronymus, Baron von Münchhausen, hasn't got anything to do with it. In *Journal of the History of the Neurosciences* (Vol. 15, Issue 3, pp. 276–278). <https://doi.org/10.1080/09647040600629634>
6. Stirling, J., Jenny, C., Christian, C., Hibbard, R. A., Kellogg, N. D., & Spivak, B. S. (2007). Beyond Munchausen syndrome by proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, 119(5), 1026–1030. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0563>
7. Tatu, L., Aybek, S., & Bogousslavsky, J. (2017). Munchausen Syndrome and the Wide Spectrum of Factitious Disorders. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 42, 81–86. <https://doi.org/10.1159/000475682>
8. Abeln, B., & Love, R. (2018). An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. In *Nursing Clinics of North America* (Vol. 53, Issue 3, pp. 375–384). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.04.005>
9. ASHER R. (1951). *Munchausen's syndrome*. *Lancet (London, England)*, 1(6650), 339–341. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(51\)92313-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(51)92313-6).

10. Meadow, R. (1977). *Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Lancet (London, England), 2(8033), 343–345.* [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(77\)91497-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(77)91497-0).
11. Sanders, M. J., & Bursch, B. (2020). Psychological Treatment of Factitious Disorder Imposed on Another/Munchausen by Proxy Abuse. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 27(1)*, 139–149. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09630-6>
12. Bertulli, C., & Cochat, P. (2017). Munchausen syndrome by proxy and pediatric nephrology. In *Nephrologie et Therapeutique* (Vol. 13, Issue 6, pp. 482–484). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2016.12.006>
13. *Somatic Symptom and Related Disorders. In: American Psychiatric Association. Fifth Edition. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA; 2013; 324-326. (n.d.).*
14. Bursch, B., Emerson, N. D., & Sanders, M. J. (2021). Evaluation and Management of Factitious Disorder Imposed on Another. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 28(1)*, 67–77. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09668-6>
15. Abdurrachid, N., & Gama Marques, J. (2022). Munchausen syndrome by proxy (MSBP): A review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). In *CNS Spectrums* (Vol. 27, Issue 1, pp. 16–26). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001741>
16. *APSAC Taskforce. (2017) Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. Am Prof Soc Abus Child. (2017). www.nyfoundling.org*
17. Flaherty, E. G., & MacMillan, H. L. (2013). Caregiver-fabricated illness in a child: A manifestation of child maltreatment. *Pediatrics, 132(3)*, 590–597. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2045>
18. Faedda, N., Baglioni, V., Natalucci, G., Ardizzone, I., Camuffo, M., Cerutti, R., & Guidetti, V. (2018). Don't judge a book by its cover: Factitious Disorder imposed on children-report on 2 cases. *Frontiers in Pediatrics, 6*. <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00110>

19. Emery J. L. (1993). Child abuse, sudden infant death syndrome, and unexpected infant death. In *AJDC* (Vol. 147). <https://doi.org/0.1001/archpedi.1993.02160340083019>
20. Schrader, H. , A. J. O. , & B. T. (2017). *Challenges presented by Munchausen syndrome. Utdrøinger ved Münchhausens syndrom. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række, 137(10), 696–697.* <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0268>
21. Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. In *Child Abuse and Neglect* (Vol. 72, pp. 45–53). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>
22. Adshead, G., & Bluglass, K. (2005). *Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 187, 328–333.* <https://doi.org/10.1192/bjp.187.4.328>
23. Adshead, G., & Bluglass, K. (2001). A vicious circle: Transgenerational attachment representations in a case of Factitious Illness by Proxy. *Attachment and Human Development, 3(1), 77–95.* <https://doi.org/10.1080/14616730010024780>
24. Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse and Neglect, 27(4), 431–451.* [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00030-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00030-9)
25. 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 and Neglect, 29(8), 931–941.* <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.007>
26. Feldman, K. W., Feldman, M. D., Grady, R., Burns, M. W., & McDonald, R. (2007). Renal and urologic manifestations of pediatric condition falsification/ Munchausen by proxy. *Pediatric Nephrology, 22(6), 849–856.* <https://doi.org/10.1007/s00467-007-0431-4>

27. Rosenberg, D. A. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: Medical diagnostic criteria. *Child Abuse and Neglect*, 27(4), 421–430. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00029-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00029-2)
28. Hoffman, J. S., & Koocher, G. P. (2020). Medical Child Abuse Hidden in Pediatric Settings: Detection and Intervention. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(4), 753–765. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09666-8>
29. Ali-Panzarella, A. Z., Bryant, T. J., Marcovitch, H., & Lewis, J. D. (2017). Medical Child Abuse (Munchausen Syndrome by Proxy): Multidisciplinary Approach from a Pediatric Gastroenterology Perspective. In *Current Gastroenterology Reports* (Vol. 19, Issue 4). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0553-1>
30. Kuhne, A. C. A., Pitta, A. C., Galassi, S. C., Gonçalves, A. M. F., Cardoso, A. C. A., Paz, J. A., Campos, L. M. A., & Silva, C. A. (2019). Munchausen by proxy syndrome mimicking childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 28(2), 249–252. <https://doi.org/10.1177/0961203318821156>
31. Bass, C., & Wade, D. T. (2019). Malingering and factitious disorder. In *Practical Neurology* (Vol. 19, Issue 2, pp. 96–105). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2018-001950>
32. Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. In *The Lancet* (Vol. 383, Issue 9926, pp. 1412–1421). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62183-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62183-2)
33. Ehrlich, S., Pfeiffer, E., Salbach, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2008). Factitious disorder in children and adolescents: A retrospective study. *Psychosomatics*, 49(5), 392–398. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.5.392>
34. Ferrara, P., Vitelli, O., Bottaro, G., Gatto, A., Liberatore, P., Binetti, P., & Stabile, A. (2013). Factitious disorders and Münchausen syndrome: The tip of the iceberg. *Journal of Child Health Care*, 17(4), 366–374. <https://doi.org/10.1177/1367493512462262>

35. Feldman, M. D., & Brown, R. M. A. (2002). Munchausen by Proxy in an international context. In *Child Abuse & Neglect* (Vol. 26). [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00327-7](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00327-7)
36. McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. In *Archives of Disease in Childhood* (Vol. 75). <https://doi.org/10.1136/adc.75.1.57>
37. Denny, S. J., Grant, C. C., & Pinnock, R. (2001). *Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. Journal of paediatrics and child health, 37(3), 240–243.* <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2001.00651.x>
38. Fujiwara, T., Okuyama, M., Kasahara, M., & Nakamura, A. (2008). Characteristics of hospital-based Munchausen Syndrome by Proxy in Japan. *Child Abuse and Neglect, 32(4), 503–509.* <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.06.008>
39. Sullivan, C. A., Francis, G. L., Bain, M. W., & Hartz, J. (1991). *Munchausen syndrome by proxy: 1990. A portent for problems?. Clinical pediatrics, 30(2), 112–116.* <https://doi.org/10.1177/000992289103000213>
40. Anderson, A. P. A., Feldman, M. D., & Bryce, J. (2018). Munchausen by Proxy: A Qualitative Investigation into Online Perceptions of Medical Child Abuse. *Journal of Forensic Sciences, 63(3), 771–775.* <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13610>
41. Samuels, M. P., Poets, C. F., Noyes, J. P., Hartmann, H., Hewertson, J., & Southall, D. P. (1993). *Diagnosis and management after life threatening events in infants and young children who received cardiopulmonary resuscitation. BMJ (Clinical research ed.), 306(6876), 489–492.* <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6876.489>
42. Rosenberg D. A. (1987). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. In *Child Abuse & Neglect: Vol. II.* [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90081-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90081-0)

43. Schreier, H. (2004). Munchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34(3), 126–143. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2003.09.003>
44. Meadow R. (1982). *Munchausen syndrome by proxy*. *Archives of disease in childhood*, 57(2), 92–98. <https://doi.org/10.1136/adc.57.2.92>
45. Meadow R. (1990). *Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death*. *The Journal of pediatrics*. (Vol. 17, Issue 3). [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(05\)81072-8](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(05)81072-8)
46. Galvin, H. K., Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2005). Update on Munchausen syndrome by proxy. In *Current Opinion in Pediatrics* (Vol. 17). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.mop.0000158729.18551.dd>
47. Moreno-Ariño, M., & Bayer, A. (2017). Munchausen syndrome by proxy-illness fabricated by another in older people. *Age and Ageing*, 46(2), 166–167. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw217>
48. Burton, M. C., Warren, M. B., Lapid, M. I., & Bostwick, J. M. (2015). Munchausen syndrome by adult proxy: A review of the literature. *Journal of Hospital Medicine*, 10(1), 32–35. <https://doi.org/10.1002/jhm.2268>
49. Deimel, G. W., Burton, M. C., Raza, S. S., Lehman, J. S., Lapid, M. I., & Bostwick, J. M. (2012). Munchausen Syndrome by Proxy: An Adult Dyad. *Psychosomatics*, 53(3), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2011.04.006>
50. Oxley, J. A., & Feldman, M. D. (2016). Munchausen by proxy by internet and pets. In *Veterinary Record* (Vol. 178, Issue 26, pp. 663–664). British Veterinary Association. <https://doi.org/10.1136/vr.i3450>
51. Tucker, H. S. , Finlay, F., & Guiton, S. (2002). *Munchausen syndrome involving pets by proxies*. *Archives of disease in childhood*, 87(3), 263. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1136/adc.87.3.263>

52. McCulloch, V., & Feldman, M. D. (2011). Munchausen by proxy by internet. In *Child Abuse and Neglect* (Vol. 35, Issue 11, pp. 965–966). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.020>
53. Levene, S., & Bacon, C. J. (2004). Sudden unexpected death and covert homicide in infancy. In *Archives of Disease in Childhood* (Vol. 89, Issue 5, pp. 443–447). <https://doi.org/10.1136/adc.2003.036202>
54. Craft, A. W., & Hall, D. M. B. (2004). *Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7451), 1309–1312. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7451.1309>.
55. Bools, C. N., Neale, B. A., & Meadow, S. R. (1993). Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). In *Archives of Disease in Childhood* (Vol. 69). <https://doi.org/10.1136/adc.69.6.625>
56. Libow, J. A. (1995). Munchausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child abuse & neglect*. In *MUNCHAUSEN BY Child Abuse & Neglect* (Vol. 19, Issue 9). [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00073-h](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00073-h)
57. Boyd, A. S., Ritchie, C., & Likhari, S. (2014). Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy in dermatology. In *Journal of the American Academy of Dermatology* (Vol. 71, Issue 2, pp. 376–381). Mosby Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.12.028>
58. Goddard, A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
59. Back, S. N., Flechsenhar, A., Bertsch, K., & Zettl, M. (2021). *Childhood Traumatic Experiences and Dimensional Models of Personality Disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and Challenges. Current psychiatry reports*, 23(9), 60. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01265-5/Published>
60. Kleindienst, N., Vonderlin, R., Bohus, M., & Lis, S. (2021). Childhood adversity and borderline personality disorder. Analyses complementing the meta-analysis by

- Porter et al. (2020). In *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Vol. 143, Issue 2, pp. 183–184). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/acps.13256>
61. Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>
62. Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., David, M. ;, & Bernstein, P. (1999). *Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Archives of general psychiatry*, *56*(7), 600–606. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.600>.
63. Fisher, G. C., & Mitchell, I. (1995). *Is Munchausen syndrome by proxy really a syndrome?. Archives of disease in childhood*, *72*(6), 530–534. <https://doi.org/10.1136/adc.72.6.530>.
64. Baldwin M. A. (1994). *Munchausen syndrome by proxy: neurological manifestations. The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, *26*(1), 18–23. <https://doi.org/10.1097/01376517-199402000-00003>
65. Meadow, R. (1984). *Fictitious epilepsy. Lancet (London, England)*, *2*(8393), 25–28. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(84\)92008-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(84)92008-7)
66. Ulinski, T., Lhopital, C., Cloppet, H., Feit, J. P., Bourlon, I., Morin, D., & Cochat, P. (2004). Munchausen syndrome by proxy with massive proteinuria and gastrointestinal hemorrhage. *Pediatric Nephrology*, *19*(7), 798–800. <https://doi.org/10.1007/s00467-004-1461-9>
67. Ashraf, N., & Thevasagayam, M. S. (2014). Munchausen syndrome by proxy presenting as hearing loss. In *Journal of Laryngology and Otology* (Vol. 128, Issue 6, pp. 540–542). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0022215114001091>

68. Kahn, G., & Goldman, E. (1991). Munchausen Syndrome by Proxy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 34(4), 957–959. <https://doi.org/10.1044/jshr.3404.957>
69. Schreier, H. A. (2000). Factitious disorder by proxy in which the presenting problem is behavioral or psychiatric. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 39, Issue 5, pp. 668–670). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00022>
70. Meadow R. (1993). *False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. Archives of disease in childhood*, 68(4), 444–447. <https://doi.org/10.1136/adc.68.4.444>
71. Lindahl, M. W. (2009). Beyond munchausen by proxy: A proposed conceptualization for cases of recurring, unsubstantiated sexual abuse allegations. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(2), 206–220. <https://doi.org/10.1080/10538710902758576>
72. 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. *International Journal of Legal Medicine*, 119(2), 98–102. <https://doi.org/10.1007/s00414-004-0496-6>
73. Moldavsky, M., & Stein, D. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: two case reports and an update of the literature. In *J. Psychiatry in Medicine* (Vol. 33, Issue 4). <https://doi.org/10.2190/MHGG-WQPP-FGQN-WRNH>
74. Kenneth Feldman, B. W., & Seattle, H. (1998). *The Central Venous Catheter as a Source of Medical Chaos in Munchausen Syndrome by Proxy*. [https://doi.org/10.1016/s0022-3468\(98\)90329-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3468(98)90329-3)
75. Goldfarb, J., Lawry, K. W., Steffen, R., & Sabella, C. (1998). Infectious Diseases Presentations of Munchausen Syndrome by Proxy: Case Report and Review of the Literature. In *Clin Pediatr* (Vol. 37). <https://doi.org/10.1177/000992289803700304>
76. Vennemann, B., Perdekamp, M. G., Weinmann, W., Faller-Marquardt, M., Pollak, S., & Brandis, M. (2006). A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent

- suicide of the mother. *Forensic Science International*, 158(2–3), 195–199.
<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.07.014>
77. Bryk, M., & Siegel, P. T. (1997). My Mother Caused My Illness: The Story of a Survivor of Münchausen by Proxy Syndrome. In *Pediatrics* (Vol. 100, Issue 1).
<https://doi.org/10.1542/peds.100.1.1>
78. Korpershoek, M., & Flisher, A. J. (2004). Diagnosis and management of Munchausen's Syndrome by Proxy. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.2989/17280580409486557>
79. Libow, J. A., & Schreier, H. A. (1986). *Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy?. The American journal of orthopsychiatry*, 56(4), 602–611. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1986.tb03493.x>.
80. Rogers, R. (2004). Diagnostic, explanatory, and detection models of Munchausen by proxy: Extrapolations from malingering and deception. *Child Abuse and Neglect*, 28(2), 225–238. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.004>
81. Hall, D. E., Eubanks, L., Meyyazhagan, S., Kenney, R. D., & Cochran Johnson, S. (2000). *Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of munchausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. Pediatrics*, 105(6), 1305–1312.
<https://doi.org/10.1542/peds.105.6.1305>.
82. Morrell, B., & Tilley, D. S. (2012). The Role of Nonperpetrating Fathers in Munchausen Syndrome by Proxy: A Review of the Literature. In *Journal of Pediatric Nursing* (Vol. 27, Issue 4, pp. 328–335).
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.03.008>
83. Sanders, M. J., & Bursch, B. (2002). Forensic Assessment of Illness Falsification, Munchausen by Proxy, and Factitious Disorder, NOS. In *Bursch / FORENSIC ASSESSMENT CHILD MALTREATMENT*.
<https://doi.org/10.1177/1077559502007002003>

84. Schreier, H. (2002). *On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: the case of Kathy Bush*. *Child abuse & neglect*, 26(5), 537–549. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00329-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00329-0).
85. Godding, V., & Kruth, M. (1991). Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy. In *Archives of Disease in Childhood* (Vol. 66). <https://doi.org/10.1136/adc.66.8.956>
86. Klepper, J., Heringhaus, A., Wurthmann, C., & Voit, T. (2008). Expect the unexpected: Favourable outcome in Munchausen by proxy syndrome. *European Journal of Pediatrics*, 167(9), 1085–1088. <https://doi.org/10.1007/s00431-007-0627-4>
87. Rand, D. C., & Feldman, M. D. (2001). An explanatory model for Munchausen by proxy abuse. *International journal of psychiatry in medicine*. In *J. Psychiatry in Medicine* (Vol. 31, Issue 2). <https://doi.org/10.2190/GBNF-4XD7-EKVC-226P>
88. Braham, M. Y., Jedidi, M., Chkirbene, Y., Hmila, I., Elkhal, M. C., Souguir, M. K., & ben Dhiab, M. (2017). Caregiver-fabricated illness in a child: A case report of three siblings. *Journal of Forensic Nursing*, 13(1), 39–42. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000141>
89. Repper J. (1995). *Munchausen syndrome by proxy in health care workers*. *Journal of advanced nursing*, 21(2), 299–304. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02526.x>
90. Dibiasse, P., Timmis, H., Bonilla, J. A., Szeremeta, W., & Post, J Christopher. (1996). Munchausen Syndrome by Proxy Complicating Ear Surgery. In *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* (Vol. 122). <https://doi.org/10.1001/archotol.1996.01890240083018>
91. 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 Science International*, 137(2–3), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2003.07.007>

92. Souid, A.-K., Keith, D. v, & Cunningham, A. S. (1998). Munchausen syndrome by proxy. *Clinical pediatrics*. In *Clin Pediatr* (Vol. 37). <https://doi.org/10.1177/000992289803700807>
93. Kaufman, K. L., Coury, D., Pickrel, E., And, L. I. S. W., & Mccleery, J. (1989). Munchausen syndrome by proxy: a survey of professionals' knowledge. In *CMdAbuse& Neglecr* (Vol. 13). [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(89\)90037-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(89)90037-9)
94. WALLER, D. A. (1983). Obstacles to the Treatment of Munchausen by Proxy Syndrome. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22(1), 80–85. <https://doi.org/10.1097/00004583-198301000-00013>
95. Gomila, I., López-Corominas, V., Pellegrini, M., Quesada, L., Miravet, E., Pichini, S., & Barceló, B. (2016). Alimemazine poisoning as evidence of Munchausen syndrome by proxy: A pediatric case report. *Forensic Science International*, 266, e18–e22. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.08.010>
96. Cardona, L., & Asnes, A. G. (2019). Disclosure of caregiver-fabricated illness to a child: A team-based approach to communicating with pediatric patients. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(3), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1359104518816122>
97. Huffman, J. C., & Stern, T. A. (2003). The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 25(5), 358–363. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00061-6](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00061-6)
98. Amlani, A., Grewal, G. S., & Feldman, M. D. (2016). Malingering by Proxy: A Literature Review and Current Perspectives. *Journal of Forensic Sciences*, 61, 171–176. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.12977>
99. Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). *Somatic Symptom Disorder*. *American family physician*, 93(1), 49–54. (Vol. 93, Issue 1). www.aafp.org/afp
100. Galli, S., Tatu, L., Bogousslavsky, J., & Aybek, S. (2017). Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum? *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 42, 72–80. <https://doi.org/10.1159/000475699>

101. Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: Case series. *British Journal of Psychiatry*, 199(2), 113–118. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074088>
102. Shaw, R. J., Dayal, S., Hartman, J. K., & DeMaso, D. R. (2008). Factitious disorder by proxy: Pediatric condition falsification. In *Harvard Review of Psychiatry* (Vol. 16, Issue 4, pp. 215–224). <https://doi.org/10.1080/10673220802277870>
103. Southall, D. P., B Plunkett, M. C., Banks, M. W., Soc Sc, M., Falkov, A. F., & Samuels, M. P. (1997). Covert Video Recordings of Life-threatening Child Abuse: Lessons for Child Protection. In *PEDIATRICS* (Vol. 100, Issue 5). <https://doi.org/10.1542/peds.100.5.735>
104. Martinović Z. (1995). Fictitious epilepsy in Munchausen syndrome by proxy: family psychodynamics. In *Seizure* (Vol. 4). [https://doi.org/10.1016/s1059-1311\(95\)80092-1](https://doi.org/10.1016/s1059-1311(95)80092-1)
105. Feldman, K. W., Christopher, D. M., & Opheim, K. B. (1989). Munchausen syndrome/bulimia by proxy: ipecac as a toxin in child abuse. In *Child Abuse and Neglect* (Vol. 13). [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(89\)90012-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(89)90012-4)
106. Jureidini J. (1993). *Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. The Journal of nervous and mental disease*, 181(2), 135–137. <https://doi.org/10.1097/00005053-199302000-00010>.
107. Hornor, G. (2019). Attachment Disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(5), 612–622. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.04.017>
108. Feldman, M. D., Rosenquist, P. B., & Bond, J. P. (1977). *Concurrent factitious disorder and factitious disorder by proxy. Double jeopardy. General hospital psychiatry*, 19(1), 24–28. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(96\)00108-9](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(96)00108-9).
109. Newmark, N., & Kay, J. (1999). *Pseudologia fantastica and factitious disorder: review of the literature and a case report. Comprehensive psychiatry*, 40(2), 89–95. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(99\)90111-6](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(99)90111-6)

110. Garcia-Romeu, A., Kersgaard, B., & Addy, P. H. (2016). Clinical applications of hallucinogens: A review. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 24(4), 229–268. <https://doi.org/10.1037/pha0000084>
111. Thompson, M. R., Callaghan, P. D., Hunt, G. E., Cornish, J. L., & McGregor, I. S. (2007). A role for oxytocin and 5-HT1A receptors in the prosocial effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (“ecstasy”). *Neuroscience*, 146(2), 509–514. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2007.02.032>
112. Kirkpatrick, M. G., Lee, R., Wardle, M. C., Jacob, S., & de Wit, H. (2014). Effects of MDMA and intranasal oxytocin on social and emotional processing. *Neuropsychopharmacology*, 39(7), 1654–1663. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.12>
113. Walpola, I. C., Nest, T., Roseman, L., Erritzoe, D., Feilding, A., Nutt, D. J., & Carhart-Harris, R. L. (2017). Altered Insula Connectivity under MDMA. *Neuropsychopharmacology*, 42(11), 2152–2162. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.35>
114. Tupper, K. W., Wood, E., Yensen, R., & Johnson, M. W. (2015). Psychedelic medicine: A re-emerging therapeutic paradigm. *CMAJ*, 187(14), 1054–1059. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141124>
115. Kozłowska, K., Foley, S., & Savage, B. (2012). Fabricated Illness: Working within the Family System to Find a Pathway to Health. *Family Process*, 51(4), 570–587. <https://doi.org/10.1111/famp.12000>