

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ADRIANA CORDOVA COSTA

**SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Porto Alegre

2012

ADRIANA CORDOVA COSTA

**SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem,
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Algeri

Porto Alegre

2012

Dedico este trabalho a mulher que me deu a vida... e que deu a ela proteção e sentido.

Me ensinou os primeiros passos, as primeiras palavras e os “cinco certos” ao administrar uma medicação...

Teu amor, teu carinho, teu colo sempre acolhedor... fontes inesgotáveis de apoio e força para batalhar por tudo que acredito...

Obrigada minha mãe por teu exemplo de garra e de doçura frente aos desafios desta vida!

Dedico este trabalho a **Celia Maria Cordova da Silva**, minha mãe...

Agradeço primeiramente aos meus pais que, mesmo simples, souberam me mostrar o valor dos livros e me deram apoio e condições para chegar até aqui.

Agradeço muito à minha querida Orientadora Prof^a Dr^a Simone Algeri. Obrigada por tornar isso tudo possível! Levo comigo teu exemplo como profissional e, principalmente, como pessoa sincera e companheira.

Ao meu querido irmão, amigo de todas as horas, sou grata pelo carinho e palavras de incentivo, sempre bem vindas.

Ao meu amor e grande companheiro agradeço por seu carinho, compreensão e força nos momentos de angústia e também nos de alegria.

Aos amigos de fora da faculdade, obrigada pela força e por me proporcionarem momentos de diversão e alegria.

Às queridas amigas que ganhei com o Zoo, obrigada gurias por colorirem meus dias durante a graduação! Com vocês eu amadureci, sem esquecer o valor das conversas alegres e dos momentos de descontração.

Aos demais colegas que compartilharam comigo esta etapa que desafia e assusta, agradeço pelas trocas de ideias e pelos bons momentos que passamos juntos.

Aos profissionais que conheci nesta jornada e à Escola de Enfermagem UFRGS e seus professores agradeço pelo apoio e oportunidade de partilhar com vocês uma das grandes etapas de minha vida.

RESUMO

Contextualização: A Síndrome de Münchausen por Procuração (SMP) foi descrita por Meadow (1977) como transtorno no qual um adulto falsifica sinais e sintomas patológicos em uma criança pequena sob sua responsabilidade. **Objetivo:** Este trabalho objetiva fornecer subsídios para os profissionais de Enfermagem no reconhecimento da Síndrome de Münchausen por Procuração para intervenção imediata, através de uma revisão integrativa. **Metodologia:** Buscou-se publicações sobre a temática no período de 2001 a 2011, nas bases de dados LILACS, SCIELO e PUBMED, nos idiomas português, inglês e espanhol. **Interpretação e Análise dos Resultados:** A amostra deste estudo foi composta por 11 publicações. A análise dos trabalhos corroborou com os dados apresentados pela literatura, descrevendo as vítimas da SMP como crianças, geralmente em idade pré-escolar, que chegam ao serviço de saúde trazidas por suas mães. A simulação do quadro patológico e as conseqüentes intervenções visando seu esclarecimento causam graves danos à saúde da criança, caracterizando a SMP como um tipo de violência infantil. De acordo com a amostra, é importante que se publique mais sobre casos identificados de SMP e as intervenções adotadas, aumentando as fontes de informação para os profissionais de saúde. **Considerações finais:** Saber as características dos personagens envolvidos na SMP, os mecanismos utilizados na simulação e as intervenções mais indicadas é fundamental para o aprimoramento do cuidado no atendimento à criança.

Descritores: Síndrome de Münchausen Causada por Terceiro; Criança; Violência; Enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Publicações disponíveis no período de 2001 a 2011, conforme os descritores e as bases de dados.....	18
Figura 1 - Seleção dos artigos nas bases de dados LILACS, SCIELO e PUBMED..	19
Quadro 2 - Títulos e autores dos artigos selecionados como amostra.	20
Gráfico 1 - Distribuição dos artigos conforme idioma de publicação.	21
Gráfico 2 - Distribuição dos artigos conforme país de origem.	22
Gráfico 3 - Metodologia dos estudos da amostra.	23
Quadro 3 - As características da abusadora segundo a amostra.....	25
Quadro 4 - Características da vítima de SMP, segundo a amostra.....	27
Gráfico 4 - Distribuição das idades e idade média das vítimas descritas em cinco trabalhos da amostra.....	30
Gráfico 5 - Tipo de mecanismo de falsificação conforme número de citações na amostra.	31
Tabela 1 - Distribuição das citações de queixas mais frequentes a SMP.	32
Quadro 5 - Apresentação das intervenções mais adequadas frente à SMP, segundo a amostra.	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 A Síndrome de Münchausen por Procuração.....	11
3.2 As vítimas	12
3.2.1 O paciente	12
3.2.2 Os irmãos	13
3.3 Os pais	13
3.3.1 A mãe	13
3.3.2 O pai.....	14
3.4 Consequências da violência	14
3.5 Ocorrência de SMP no mundo	16
4 METODOLOGIA	17
4.1 Questão norteadora	17
4.2 Busca na literatura	17
4.3 Categorização dos estudos.....	18
4.4 Avaliação.....	19
4.5 Interpretação dos resultados	19
4.6 Aspectos éticos.....	19
5 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	20
5.1 Caracterização da amostra.....	21
5.2 Caracterização da Síndrome de Münchausen por Procuração segundo os autores	23
5.2.1 Características e comportamento da mãe.....	24
5.2.2 Características e comportamento da vítima	27

5.2.3 Mecanismos de fabricação ou indução da doença.....	30
5.2.4 Queixas frequentes	32
5.3 O serviço de saúde	33
5.3.1 O atendimento à criança	33
5.3.2 Intervenção frente à forte suspeita de Síndrome Münchausen por Procuraçã	34
5.3.3 O enfrentamento	39
5.3.4 Manutenção do caso de Síndrome de Münchausen por Procuraçã	40
5.4 O papel da Enfermagem segundo os resultados descritos na bibliografia.	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE A – Instrumento de Análise.....	48
APÊNDICE B – Quadro Sinóptico	49
ANEXO I – Carta de aprovação da COMPESQ – EEUFRGS.....	50

1 INTRODUÇÃO

O Barão de Münchhausen foi um militar alemão que lutou no século XVIII contra os turcos, mas que ficou famoso por peregrinar de cidade em cidade, contando histórias fantásticas de feitos impossíveis. Richard Ascher (1951) homenageou este personagem ao descrever a Síndrome de Münchhausen, condição na qual o paciente fabrica falsas doenças em si mesmo, sem o desejo de um ganho maior (lucro financeiro ou ausência ao trabalho, por exemplo), buscando apenas a atenção de médicos na investigação de seu quadro.

Se parece difícil compreender os motivos que levam alguém a desenvolver o quadro descrito acima, imagine quando a produção de sintomas ocorre com uma criança. Em 1977, Meadow descreve a Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP), uma doença ainda pouco explorada, na qual crianças, principalmente aquelas em idade pré-escolar são expostas por um de seus pais ou cuidadores (frequentemente a mãe) à simulação de sinais e sintomas de patologias, buscando o apoio médico para resolução do caso (MEADOW, 1977). Em geral as características descritas pela mãe confundem os profissionais de saúde, visto que não são compatíveis com o aparente estado de saúde da criança e nem com os resultados de exames laboratoriais (MEADOW, 1982). Com o objetivo de chamar a atenção de médicos e enfermeiros, estas mães são manipuladoras e inteligentes, sabendo reproduzir perfeitamente características patológicas em seus filhos sem medir as consequências de seus atos na vida destes indivíduos (TUMOLO, 2001).

Fagundes, Lugollo e Silva (2000) ressaltam que a manipulação pode chegar ao ponto de, por exemplo, a mãe utilizar o sangue de sua menstruação para alterar amostras de fezes da criança. A SMP é considerada uma forma de violência infantil, devido aos danos causados às suas vítimas, que podem chegar à morte (TRAJBER Z. *et al.*, 1996).

A motivação em estudar a temática surgiu a partir da experiência de estágio da Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança no 7º semestre de graduação, cuidando de uma criança vítima de SMP. Posteriormente, participei como bolsista voluntária no Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde são relatados vários casos de crianças com este tipo de transtorno e fica evidenciada a dificuldade de muitos profissionais na identificação e no cuidado das crianças e suas famílias com esse problema.

É por conhecer o estresse gerado na equipe de enfermagem e em outros profissionais da saúde frente a suspeita da simulação, que considero de grande relevância o preparo adequado da equipe de saúde, para que estejam atualizados quanto às melhores formas de abordagem nas diferentes portas de entrada de crianças aos serviços de saúde. Ao considerarmos a constante presença dos profissionais de enfermagem com a criança e o maior tempo e permanência também junto aos seus familiares, tem-se reforçada a necessidade da produção de contribuições teóricas na área.

2 OBJETIVO

Este estudo objetiva fornecer subsídios para os profissionais de Enfermagem no reconhecimento da Síndrome de Münchausen por Procuração para intervenção imediata.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura busca apresentar de forma mais detalhada, temas diretamente ligados à temática Síndrome de Münchausen por Procuração para melhor conhecimento sobre o que tem sido estudado sobre este assunto.

3.1 A Síndrome de Münchausen por Procuração

Síndrome de Münchausen é definida pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (BRASIL, 2009) como um transtorno fictício, ou seja, caracteriza-se pela repetição de simulação coerente de sintomas, com objetivo de assumir o papel de enfermo através de sinais e sintomas manipulados. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a Síndrome de Münchausen por Procuração (SMP) é determinada por um quadro semelhante de criação da doença, mas é um dos responsáveis ou cuidadores (com grande frequência a mãe) que caracteriza os sinais e sintomas na criança.

A vítima de SMP apresenta falsos quadros patológicos que são reforçados pelo cuidador com estórias fantásticas sobre momentos de piora na ausência da equipe de saúde. Para dar veracidade aos sintomas descritos, a criança pode ser vítima de episódios de sufocamento, envenenamento ou lesões, por exemplo, de pele (EMINSON, POSTLETHWAITE, 1992).

Buscando a solução destas situações intrigantes, a criança é exposta a uma série de exames e procedimentos invasivos, caracterizando este transtorno como uma forma de violência infantil (BRASIL, 2010). É comum a falsificação de exames por parte desses pais, para induzir os profissionais de saúde a partirem para investigações cada vez mais complexas e agressivas, chegando a submeter a criança a tratamentos farmacológicos perigosos (TRAJBER, Z. *et al.*, 1996).

3.2 As vítimas

3.2.1 O paciente

Em seu estudo com 19 vítimas de SMP, Meadow (1982) identificou crianças em idade pré-escolar (média de três anos e dois meses de vida), com no máximo seis anos. Segundo o autor, crianças mais velhas poderiam relatar à equipe de saúde sobre o mau-trato. Paulina Brahm M. e Javiera Martínez G. (2007) acrescentam que, nos casos em que os maus-tratos perduram por muitos anos, é possível identificar os sintomas sendo falsificados pela própria criança. A vítima se sente confusa em uma realidade da qual não vê saída, compactuando com a fraude.

Moreira e Moreira (1999) apresentam o relato de dois casos de crianças com nove e dez anos, colaborativas com as histórias inventadas por suas mães. Situação ainda mais complicada para a equipe, visto que a vítima reafirma as informações trazidas pela abusadora. Em abordagem investigativa da história das pacientes foi possível identificar laudos anteriores de outros profissionais, reforçando a inexistência de doença (MOREIRA; MOREIRA, 1999). Da mesma forma, um trabalho feito por Pires e Molle (1999) mostrou a importância da investigação do histórico hospitalar das vítimas. Nos casos descritos, foi possível detectar listas extensas de internações, bem como identificar em um dos casos uma suspeita prévia de SMP (PIRES; MOLLE, 1999).

Devido às características difusas apresentadas pelas vítimas, Meadow (1982) esclarece que o diagnóstico inicial na maioria dos casos foi de desordem multissistêmica. O autor descreve como sinais de alerta, crianças que apresentam: quadros patológicos repetidos ou persistentes; desencontro entre os achados clínicos e os sinais e sintomas apresentados; parecer de médicos experientes como tendo algo que nunca viram antes; sinais e sintomas que ocorrem apenas na presença de uma pessoa (frequentemente a mãe); intolerância a tratamentos; distúrbios considerados raros pela equipe; convulsões que não respondem a administração cuidadosa de anticonvulsivantes.

3.2.2 Os irmãos

Quando existe a suspeita de SMP, investigar a existências de irmãos do paciente e suas histórias é fundamental na proteção de possíveis futuras vítimas. É comum, por exemplo, que se encontrem casos de morte mal explicada de irmão mais velho quando ainda pequeno. O caso apresentado por Maida S, Molina P e Carrasco Ch (1999), revela uma paciente com quatro irmãos mais velhos com história de mortes súbitas, conforme relato da mãe das crianças. Segundo os autores, histórias assim devem alarmar a equipe de saúde, para que busquem uma internação imediata da criança e sua conseqüente proteção.

No estudo feito por Meadow (1982), foi confirmada a SMP em outras crianças de duas famílias e outras três famílias apresentavam casos de crianças com histórias suspeitas (morte não explicada, doença misteriosa, dano não-acidental).

3.3 Os pais

A literatura reforça a importância de conhecer a infância dos pais que trazem a criança para uma consulta com sintomas duvidosos. Estes costumam ter esta fase da vida mal resolvida, tendo conseqüentes dificuldades em lidar com as necessidades da criança. A SMP é considerada pelos mesmos autores como um transtorno no qual os pais não sabem separar as reais necessidades da criança de suas próprias (EMINSON; POSTLETHWAITE, 1992).

Segundo Meadow (1982), a idade média dos pais das vítimas é de 29 anos. Na maior parte dos casos, eles convivem como casal e tendem a apresentar importante diferença social e intelectual entre a esposa e o marido onde ela é oriunda de uma família de nível econômico superior, fato que pode distanciar algumas mulheres de seus parentes (MEADOW, 1982).

3.3.1 A mãe

Em todos os casos analisados por Meadow (1982) a mãe foi identificada como a criadora da doença. A formação da maioria era enfermeira, porém nem todas concluíram a graduação. Para a falsificação de sinais, estas mulheres muitas

vezes utilizavam seu próprio sangue na alteração de amostras da criança (sangue, fezes, urina) ou passando sobre a pele do filho. Outra forma de manipulação era através da fricção de termômetros ou da imersão destes em líquidos quentes, simulando febres (MEADOW, 1982).

Deve-se observar que nem sempre as mães causarão dano físico imediato à criança. Em um relato de caso, é descrita a realização de pressão na pele da criança para simular manchas e também o uso de medicamentos e a manipulação da dieta da vítima (MOREIRA; MOREIRA, 1999).

A postura da mãe também é marcada por sua presença constante junto da criança internada. Bastante sedutora, ela elogia constantemente a equipe pelo empenho e deixa claro seu contentamento com a possibilidade de procedimentos invasivos na busca pelo diagnóstico de seu filho (TRAJBER Z. *et al.*, 1996).

3.3.2 O pai

O pai tende a ser uma pessoa distante, pouco envolvida com os cuidados do filho doente (MAIDA S; MOLINA P; CARRASCO CH, 1999). Fazem visitas esporádicas aos filhos durante a internação hospitalar, estando comprometidos com seus empregos e o conseqüente sustento familiar. Aparentemente os pais não têm conhecimento da fabricação da doença e resistem a acreditar na suspeita (MEADOW, 1982).

3.4 Consequências da violência

Meadow (1982) descreve o caso de um menino de seis anos que, durante a investigação de sua “rara patologia”, fora submetido à administração de fluídos, realização de exames invasivos (biópsias de ossos, rins e pele, por exemplo) e mais de 120 punções venosas. Além, disso recebeu um número superior a 25 diferentes fármacos. Quando o mau-trato foi identificado, a equipe responsável pela criança estudava a necessidade de uma plasmaferese (MEADOW, 1982).

No trabalho descrito por Meadow (1982) 11% das crianças foram a óbito. Das sobreviventes, 42% tiveram de ser retiradas de seus lares e 47% permaneceram

com suas famílias sob contínua supervisão de assistentes sociais e consultas médicas de manutenção.

É importante ressaltar o dano social ao qual a criança é exposta. As repetidas idas a médicos e possíveis internações levam a faltas na escola, com conseqüente atraso escolar, fato mencionado por algumas mães como sendo um retardo cognitivo em conseqüência da patologia de seu filho (MOREIRA; MOREIRA, 1999).

Meadow (1982) aponta que as escolhas médicas foram as maiores causadoras de danos físicos às crianças de seu estudo. O autor alerta para um comportamento estereotipado dos profissionais da saúde de que uma queixa tem obrigatoriamente de ter uma causa orgânica, instigando-nos a termos uma visão ampliada da família que vem às consultas, para que um leque maior de opções seja utilizado antes de seguir para investigações invasivas.

Ao constatar a fraude, o profissional depara-se com o descumprimento de uma “regra não escrita”, a de que os pais falam a verdade e, também, de que estes querem sempre o melhor para seus filhos (EMINSON; POSTLETHWAITE, 1992). Os autores colocam o sentimento de fúria e a frustração destes profissionais frente à sensação de terem sido enganados.

Mesmo sentindo-se usada, identificar a SMP faz com que a equipe se torne responsável pelo bom desfecho de toda a família. É essencial o encaminhamento da criança e da mãe para todas as ferramentas possíveis de atendimento e supervisão, como o psiquiatra e o serviço social (MOREIRA; MOREIRA, 1999).

Ao relatar dois casos atendidos em um Hospital de Porto Alegre, Pires e Molle (1999) mostram as diferenças de desfecho a partir da atenção da equipe que cuida do caso. A primeira criança descrita permaneceu internada após a identificação da SMP até que serviços como o Comitê de Direitos da Criança (da própria instituição) e órgãos públicos como o Conselho Tutelar e o Ministério Público tivessem sido acionados, garantindo sua segurança no retorno para casa. A mãe concordou com o acompanhamento psiquiátrico, permanecendo com a guarda da criança. Já no segundo caso, a mãe negou a simulação do quadro, e a criança recebeu alta após estabilização (visível com o afastamento da abusadora). Mesmo a guarda da vítima tendo sido dada a outra familiar, este fato não impediu que a criança convivesse próxima da mãe e nem que fosse levada a outro serviço de saúde já morta (PIRES; MOLLE, 1999).

3.5 Ocorrência de SMP no mundo

Em um trabalho realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1997) foram comparados diversos estudos sobre a violência contra a criança e o adolescente. Dos comentários tecidos a partir deste comparativo é ressaltado que a SMP nem chega a ser citada pelos profissionais de saúde. Atualmente, o Brasil ainda encontra dificuldades em identificar a SMP e não possui informações específicas sobre a ocorrência da doença no país.

Autores britânicos alertam que, apesar de sua descrição como rara, os números a respeito da SMP mostram outra realidade na Inglaterra, onde se estima que cerca de 1.200 casos de sufocamento e envenenamento acontecerão a cada ano (SCHREIER, 2002).

Com relação aos percentuais de mortalidade das vítimas desta síndrome, autores alertam para um índice de 11% em estudos na Europa (MEADOW, 1982). Tumolo (2001) traz dados igualmente preocupantes: dos 3 milhões de casos de mau-trato infantil reportados a cada ano nos Estados Unidos, cerca de 5.000 são caracterizados como SMP e, destes, 8% a 10% terão como desfecho o óbito das vítimas. Complementando a ideia do artigo anterior, Vaught e Fleetwood (2002) informam que o aumento dos casos ano a ano tem levado hospitais americanos a implementar suas medidas de segurança através de câmeras de vídeo instaladas no interior das enfermarias, pois esta estratégia é entendida como a única forma de confirmar as suspeitas de SMP.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado por meio de uma revisão integrativa, método preconizado por Cooper, que se fundamenta em coletar dados disponíveis na literatura e compará-los para aprofundar o conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.1 Questão norteadora

Este trabalho aborda a SMP, buscando em publicações sobre este assunto dados que subsidiem a atuação da Enfermagem frente a esta complexa patologia. O estudo pretende responder ao seguinte questionamento: quais os subsídios necessários para os profissionais de Enfermagem na identificação e intervenção à Síndrome de Münchausen por Procuração?

4.2 Busca na literatura

A coleta de dados foi realizada por meio de consulta a publicações de autores de referência na área e posterior leitura crítica dos títulos e dos resumos.

Como critérios de inclusão das referências bibliográficas, foram utilizados trabalhos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PUBMED e Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), no período de 2001-2011, com resumos disponíveis nos bancos de dados informatizados selecionados e texto disponível na íntegra na internet ou que pode ser fornecido pela fonte original.

Foram definidos os seguintes descritores para busca bibliográfica: Síndrome de Münchausen Causada por Terceiro, Criança, Violência e Enfermagem.

Os resultados desta etapa estão expostos no Quadro 1:

DeSC Bases de dados	Münchausen Syndrome By Proxy AND Child	Münchausen Syndrome By Proxy AND Violence	Münchausen Syndrome By Proxy AND Nursing	TOTAL
LILACS	12	3	0	15
SCIELO	2	0	0	2
PUBMED	75	43	12	130
TOTAL	89	46	12	147

Quadro 1- Publicações disponíveis no período de 2001 a 2011, conforme os descritores e as bases de dados.

A busca nas bases de dados apresentou 15 publicações na Base de Dados LILACS, duas na SCIELO e 130 na PUBMED, configurando um total de 147 artigos.

É importante esclarecer que três trabalhos estavam duplicados na LILACS e, na PUBMED, 31 estavam duplicados e 12 triplicados. Houve ainda a repetição de um artigo encontrado na SCIELO e na LILACS.

Desta forma, 88 trabalhos serviram de objeto de análise em um primeiro momento, passando-se a leitura de seus títulos e resumos.

4.3 Categorização dos estudos

Finalizada a leitura dos títulos e resumos, 17 textos foram selecionados para serem lidos na íntegra. Para categorização dos trabalhos, foi elaborado um instrumento de análise (APÊNDICE A) que contempla as seguintes informações: dados de identificação do artigo (título, autores, titulação dos autores, nome do periódico, ano de publicação, volume e número), tipo de estudo, local do estudo, objetivo do estudo, caracterização da Síndrome de Münchausen por Procuração segundo o estudo, considerações sobre a intervenção mais adequada frente à Síndrome de Münchausen por Procuração conforme o estudo e papel do Enfermeiro frente à Síndrome de Münchausen por Procuração, conforme o estudo.

Ao término da leitura crítica dos artigos na íntegra, 11 trabalhos permaneceram como fonte de dados desta pesquisa, conforme mostra a Figura 1, abaixo:

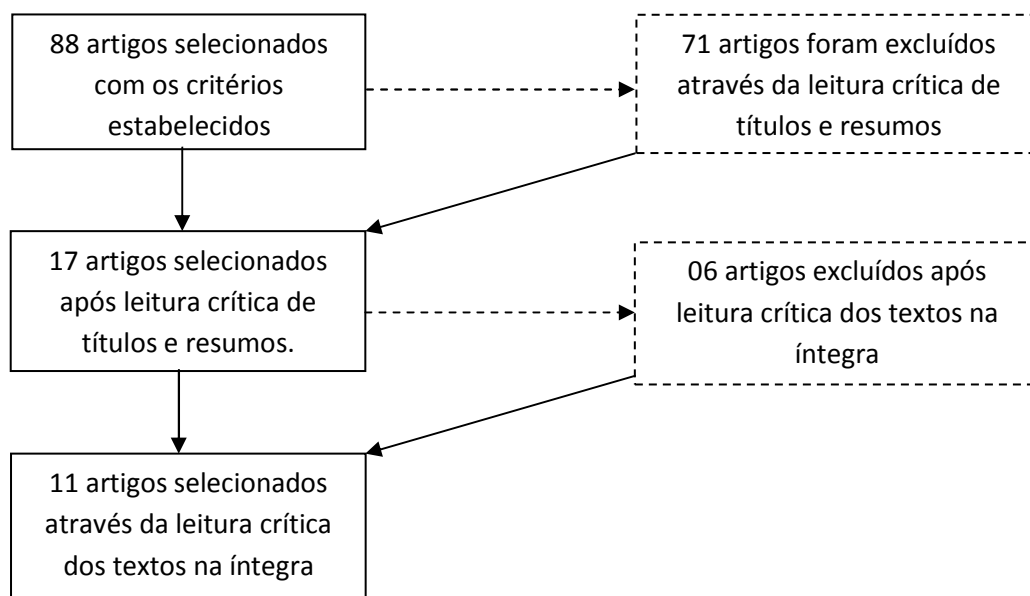


Figura 1 - Seleção dos artigos nas bases de dados LILACS, SCIELO e PUBMED.

4.4 Avaliação

Após o preenchimento do instrumento de análise, foi criado um quadro sinóptico (APÊNDICE B) para sintetizar e comparar os dados obtidos dos artigos selecionados.

4.5 Interpretação dos resultados

Os dados foram analisados e discutidos frente à bibliografia selecionada, utilizando-se quadros, tabelas e gráficos quando necessário.

4.6 Aspectos éticos

Todas as produções utilizadas neste trabalho serão devidamente referenciadas conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seguir, encontram-se os resultados desta pesquisa, através da apresentação de quadros, tabelas e gráficos e da discussão dos dados encontrados.

No Quadro 2 estão dispostos os títulos dos 11 artigos que compõem a amostra deste trabalho:

Nº artigo	TÍTULO	AUTORES
01	Transtornos factícios por procuração. Discussão de um caso	CALDAS <i>et al.</i> (2001).
02	Síndrome de Münchausen por poder, una presentación inusual	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001).
03	Fits, faints, or fatal fantasy? Fabricated seizures and child abuse	BARBER, DAVIS (2002).
04	The future of child protection	HALL (2006).
05	Síndrome de Münchhausen por poder	DOMÍNGUEZ (2011).
06	Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida.	GARROTE <i>at al.</i> (2008).
07	Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management	JACOBI <i>et al.</i> (2010).
08	Síndrome de Munchausen por poderes.	OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006).
09	Síndrome de Munchausen “Por Poder”: Un Desafío Diagnostico y Terapéutico	PINO, QUINTANA, MERINO (2001).
10	Severe hypernatremia in a hospitalized child: Munchausen by proxy	SU; SHOYKHET; BELL (2010).

Quadro 2- Títulos e autores dos artigos selecionados como amostra do estudo.

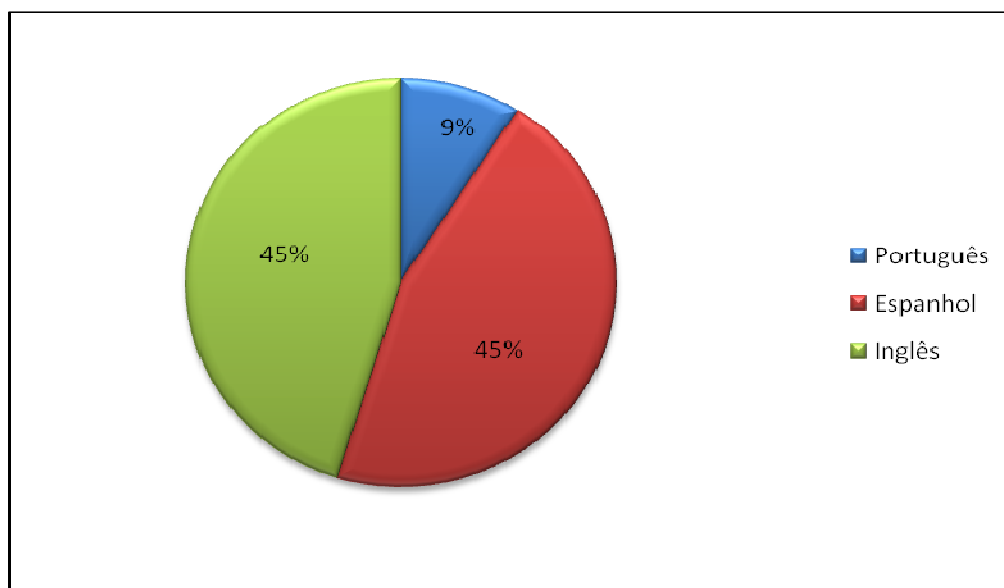
11	Child protection procedures in emergency departments	SIDEBOTHAM, BIU, GOLDSWORTHY (2007).
----	--	--------------------------------------

Quadro 2 - Títulos e autores dos artigos selecionados como amostra do estudo.

5.1 Caracterização da amostra

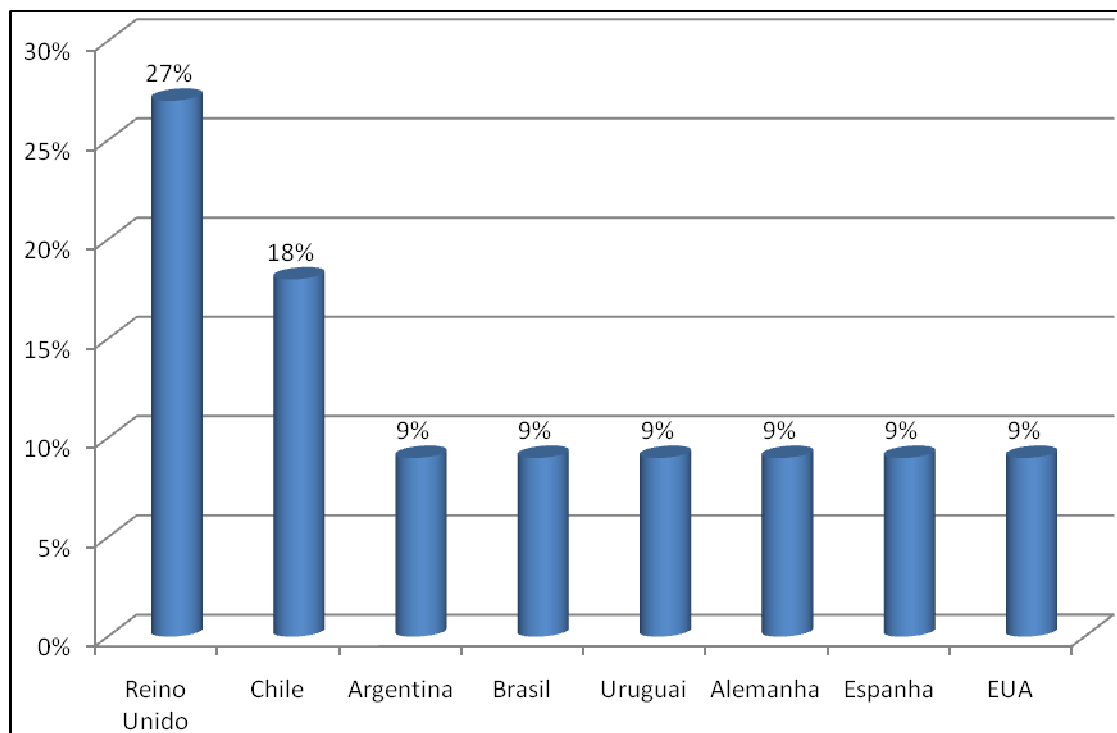
A amostra foi caracterizada conforme o idioma de publicação, país de origem e metodologia do estudo.

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos conforme idioma de publicação.



Com relação ao idioma de publicação dos artigos, um artigo foi publicado em português (9%), cinco (45%) artigos em espanhol e cinco (45%) em inglês (Gráfico 1). Nota-se que, apesar de as três bases utilizadas disponibilizarem trabalhos em inglês e apenas a LILACS e a SCIELO apresentarem trabalhos nos três idiomas, houve uma prevalência (54%) de artigos em português e espanhol, contra 45% dos trabalhos em inglês.

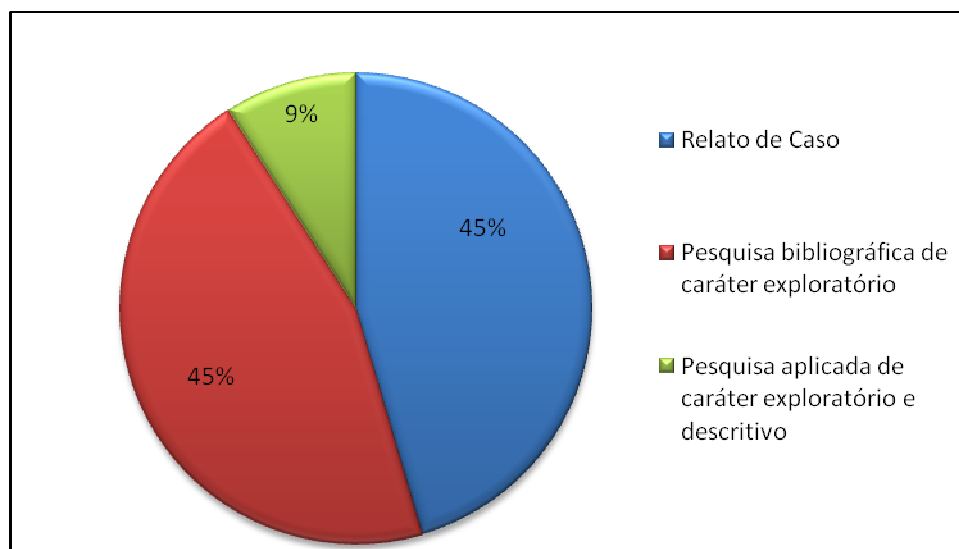
Gráfico 2 - Distribuição dos artigos conforme país de origem.



O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos 11 artigos selecionados conforme seu país de origem. Assim, três (27%) artigos são do Reino Unido, dois (18%) do Chile e os demais países, Argentina Brasil, Uruguai, Alemanha Espanha e Estados Unidos da América (EUA) apresentaram um (09%) artigo cada. Vale destacar que as primeiras publicações acerca da temática Síndrome de Münchhausen por Procuração têm origem no Reino Unido, o que pode ter causado uma maior influência nos pesquisadores do país e, conseqüentemente, um maior número de trabalhos publicados sobre o assunto.

Em um comparativo entre os continentes de origem dos artigos, tem-se que seis (54%) tem origem na América e cinco (45%) foram publicados na Europa. Apesar de ter adquirido espaço nas discussões sobre maus-tratos infantis, não há achados de artigos na Oceania, África ou Ásia, o que reforça a necessidade de divulgação da SMP.

Gráfico 3 – Metodologia dos estudos da amostra.



Com relação à metodologia utilizada nos estudos, o Gráfico 3 revela que cinco trabalhos (45%) são relatos de caso. Em um dos trabalhos, o autor ressalta a necessidade de divulgação dos casos de SMP através de trabalhos científicos, como alerta e como ferramenta de consulta para outros profissionais (CALDAS *et al.*, 2001). Dos demais artigos, cinco (45%) são pesquisas bibliográficas de caráter exploratório, visando descrever a SMP e seu contexto. O artigo restante (09%) trata-se de uma pesquisa aplicada, de caráter exploratório e descritivo que trabalha diversos tipos de violência infantil, incluindo a SMP, por meio de questionários enviados a serviços de Urgência e Emergência do Reino Unido.

5.2 Caracterização da Síndrome de Münchhausen por Procuração segundo os autores

A Síndrome de Münchhausen por Procuração é descrita por oito dos autores como uma doença fabricada ou induzida em uma criança por seu responsável, frequentemente a mãe (CALDAS *et al.*, 2001; MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; BARBER; DAVIS, 2002; HALL, 2006; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008; JACOBI *et al.*, 2010; DOMÍNGUEZ, 2011). Duas das publicações atribuem o motivo desta prática ao fato de os pais terem dificuldades para distinguir entre as suas necessidades e as da criança, utilizando o filho para obterem contato com serviços de saúde (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001;

BARBER, DAVIS, 2002). Um dos artigos reforça esta hipótese dizendo que a própria mãe tende a ser uma frequente usuária dos serviços de saúde (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001).

A idade da vítima varia de modo que um dos artigos descreve casos de crianças de um mês a jovens adultos de 21 anos, com uma idade média de 40 meses (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001). Estima-se, segundo uma das publicações analisadas, que ocorram 2,5 casos a cada 100 mil crianças durante o primeiro ano de vida na Alemanha (JACOBI *et al.*, 2010). O autor alerta para um desfecho fatal de 6% a 33% dos casos. Por estas assustadoras características, a SMP é definida por cinco dos trabalhos da amostra como um tipo grave de mastrato infantil (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008; JACOBI *et al.*, 2010), no entanto, três artigos alertam para o pouco conhecimento dos profissionais de saúde acerca do assunto (CALDAS *et al.*, 2001; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; JACOBI *et al.*, 2010).

A difícil detecção e o pouco conhecimento sobre a SMP são acrescentados, em um dos artigos, como origem de muitas dificuldades à equipe de saúde, obscurecendo o verdadeiro diagnóstico (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001). Outros três trabalhos complementam dizendo que a demora na constatação da simulação pode tornar a criança objeto de procedimentos e tratamentos desnecessários cujas consequências passam por danos importantes à sua integridade física e psicológica e, eventualmente, chegam à morte (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; DOMÍNGUEZ, 2011).

5.2.1 Características e comportamento da mãe

Em uma revisão sobre o futuro da proteção à criança, um dos trabalhos explica que não se pode simplificar o perfil da abusadora com um conjunto de atitudes típicas para todos os casos (HALL, 2006). Assim, o Quadro 3 visa servir como um instrumento de consulta para os profissionais de enfermagem poderem detectar sinais de um possível abusador.

CARACTERÍSTICAS DA ABUSADORA	AUTORES
Mãe é a abusadora	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); BARBER; DAVIS (2002); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); GARROTE <i>et al.</i> (2008); DOMÍNGUEZ (2011).
Média de idade entre 20 e 30 anos	PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); GARROTE <i>et al.</i> (2008).
Cuidadosa e preocupada com a criança	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001); JACOBI <i>et al.</i> (2010).
Sedutora e manipuladora com a equipe	PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001); BARBER; DAVIS (2002).
Permanece junto ao leito da criança	CALDAS <i>et al.</i> (2001); PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001); GARROTE <i>et al.</i> (2008).
Estabelece estreitas relações com a equipe de saúde	PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001); GARROTE <i>et al.</i> (2008); DOMÍNGUEZ (2011).
Relação de simbiose com o filho	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001).
Manipulação do tratamento sem autorização da equipe	GARROTE <i>et al.</i> (2008).
Hostil e agressiva com a equipe	BARBER; DAVIS (2002); GARROTE <i>et al.</i> (2008); SU; SHOYKHET; BELL (2010).
Pouco preocupada com a gravidade da doença	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); GARROTE <i>et al.</i> (2008).

Quadro 3 - As características da abusadora segundo a amostra.

Em cinco dos artigos consultados, a mãe é claramente apontada como a causadora dos sinais e sintomas patológicos na criança (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006;

GARROTE *et al.*, 2008; DOMÍNGUEZ, 2011). Estas mulheres, são frequentemente jovens, como mostram dois dos relatos de caso incluídos na amostra, onde as idades das quatro abusadoras variaram entre 19 e 35 anos (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; GARROTE *et al.*, 2008), com uma média de 26 anos e quatro meses. Em seu trabalho, Meadow (1982) encontrou uma média de idade para os pais das vítimas de 29 anos, próxima do apresentado por nossa amostra.

Quando chega ao serviço de saúde, três autores relatam que a mãe da vítima mostra-se cuidadosa com a criança e preocupada com o quadro patológico (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; JACOBI *et al.*, 2010). Sua postura dedicada faz com que a equipe de saúde não tenha dúvidas sobre as informações trazidas, sendo descrita como uma pessoa sedutora e manipuladora por dois dos artigos estudados (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; BARBER; DAVIS, 2002).

Nos trabalhos analisados, a internação ocorreu por diversos motivos, como tratamento do quadro fabricado ou para investigação de uma suspeita de violência, visando a proteção da criança. Três autores do estudo referem que, enquanto a criança permanece internada, a equipe se depara com uma mãe extremamente dedicada ao filho doente e que permanece o maior tempo possível junto ao leito da criança, de modo que consiga supervisionar o atendimento prestado (CALDAS *et al.*, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; GARROTE *et al.*, 2008). Aumentando seu controle em relação a tudo que cerca seu filho, três trabalhos alertam que estas mães buscam estabelecer estreita relação com a equipe de saúde (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; GARROTE *et al.*, 2008; DOMÍNGUEZ, 2011).

É durante a internação que os profissionais de saúde conseguem observar mais atentamente a interação entre mãe e filho e, segundo dois autores, pode-se notar uma relação de simbiose entre o binômio (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001). Se permanecer atenta, a equipe pode identificar a manipulação não autorizada do tratamento por parte da abusadora. Um dos artigos refere o uso de medicações não prescritas à criança, ou pelo contrário, que medicações prescritas não são dadas, prejudicando o tratamento e a saúde da criança (GARROTE *et al.*, 2008).

Segundo três artigos, neste momento, a equipe que cuida da criança começa a desconfiar das atitudes da mãe e, ao sentir-se suspeita de algo, a

abusadora tende a se tornar agressiva, hostil e pouco colaborativa com as investigações (BARBER; DAVIS, 2002; GARROTE *et al.*, 2008; SU; SHOYKHET; BELL, 2010). Outros quatro autores alertam ainda, que dentre os comportamentos mais desconcertantes apresentados pela mãe, estão as manifestações de despreocupação pela gravidade do quadro apresentado pela criança (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.* 2008). Os artigos descrevem ainda que, em alguns casos, pode-se notar certo prazer materno em saber que seu filho será submetido a procedimentos invasivos ou de risco.

5.2.2 Características e comportamento da vítima

Identificar um caso de violência infantil, não costuma ser uma tarefa fácil, ainda mais quando se trata de uma vítima de SMP cujos sinais do mau-trato são raramente evidentes (EMINSON; POSTLETHWAITE, 1992). Assim, o Quadro 4 traz algumas características que pode servir de alerta durante o atendimento de saúde de uma criança.

CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA	AUTORES
Histórico de excessivas idas ao médico; tratamentos em diversas instituições de saúde	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001); BARBER; DAVIS (2002); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); GARROTE <i>et al.</i> (2008); DOMÍNGUEZ (2011).
Crianças pequenas	OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); DOMÍNGUEZ (2011).
Diagnóstico raro	OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); GARROTE <i>et al.</i> (2008).
Resultados de exames preocupantes	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); PINO D; QUINTANA; MERINO P (2001).
Não responde ao tratamento	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); BARBER; DAVIS (2002); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); GARROTE <i>et al.</i> (2008).

Quadro 4 - Características da vítima de SMP, segundo a amostra.

Grande dependência da criança pela mãe	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001).
Criança repete os sintomas ditos pela mãe	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001).
Morte de irmão com quadro semelhante ou mal explicado	OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); GARROTE <i>et al.</i> (2008).
O quadro patológico sempre ocorre na presença da mãe	CALDAS <i>et al.</i> (2001); SU; GARROTE <i>et al.</i> (2008); SHOYKHET; BELL (2010).
Melhora do paciente com o afastamento da mãe	CALDAS <i>et al.</i> (2001); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); GARROTE <i>et al.</i> (2008).

Quadro 4 - Características da vítima de SMP, segundo a amostra.

Não se pode dizer que exista um conjunto determinado de características que descrevam a vítima de SMP, no entanto, o profissional que recebe uma criança em seu serviço deve estar atento a, por exemplo, crianças com um histórico extenso de idas ao médico ou de muitas internações em seu curto tempo de vida, fatores relevantes segundo seis artigos da amostra (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008; DOMÍNGUEZ, 2011).

Dois autores destacam que as vítimas da SMP tendem a ser crianças pequenas, geralmente menores de quatro anos, que não são capazes de delatar a mãe que os prejudica (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; DOMÍNGUEZ, 2011). Sabe-se também que estas crianças, quando não diagnosticadas a tempo, vão a óbito devido aos maus-tratos, o que diminui o número de diagnósticos encontrados em crianças mais velhas (MAIDA S; MOLINA P; CARRASCO CH, 1999). No Gráfico 4 estão dispostas as idades das vítimas descritas nos relatos de caso de cinco trabalhos presentes em nossa amostra (CALDAS *et al.*, 2001; MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; GARROTE *et al.*, 2008; SU; SHOYKHET; BELL, 2010). Destaca-se a idade média das crianças de 37,9 meses, aproximadamente, três anos e dois meses, mesma média de idade encontrada nos casos estudados por Meadow (1982).

Crianças cujo diagnóstico é descrito como nunca visto antes ou que, quando discutidos com outros profissionais, se determina raro, são casos de risco, segundo dois dos artigos (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008).

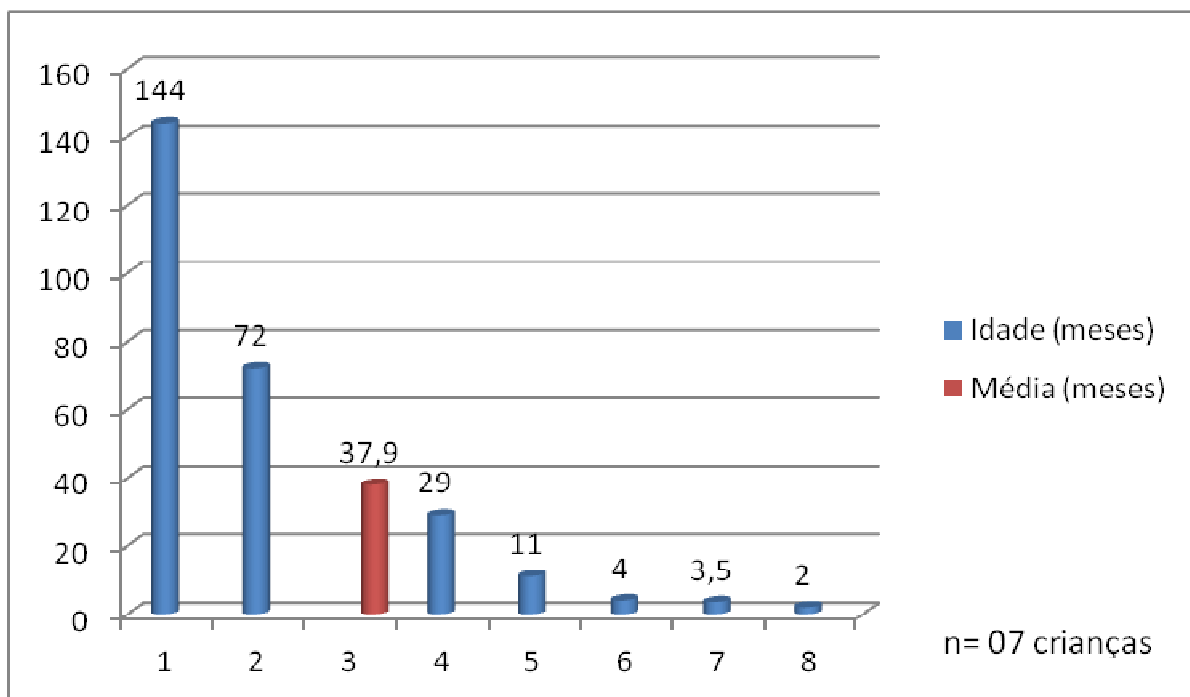
Da mesma forma, duas publicações alertam desconfiar de exames laboratoriais com resultados dentro da normalidade, incompatíveis com o quadro grave do paciente, assim como estes resultados podem clarear uma intoxicação por medicações não suspeitada (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001).

Para três autores, achados intrigantes incluem ainda pacientes que não respondem a tratamentos padrões para a patologia diagnosticada e, também, aquelas crianças que não toleram bem o regime terapêutico estabelecido (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008). A equipe de saúde responsável por uma criança que se assemelhe às características descritas poderá notar, segundo um dos artigos analisados, que há uma relação de grande dependência do paciente com sua mãe e que, crianças mais velhas que a média, passam a fazer suas ideias trazidas pela mãe, confirmando os sinais e sintomas descritos pela abusadora, como se realmente os tivessem (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001).

Em dois dos trabalhos, os autores incentivam a busca, quando possível, por informações a respeito de irmãos do paciente, pois histórias de quadros semelhantes ou de mortes mal esclarecidas de crianças na mesma família podem alertar para um perfil de simulação de doenças (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008).

Dois fatores podem ser considerados como determinantes em uma suspeita de SMP. O primeiro, descrito em três das publicações selecionadas, destaca aquelas crianças que manifestam a patologia apenas na presença da mãe, ou que pioram, após estáveis, quando a mãe se aproxima (CALDAS *et al.*, 2001; SU; GARROTE *et al.*, 2008; SHOYKHET; BELL, 2010). O segundo, também presente em três artigos, fala da manobra de afastar a suspeita do convívio com o paciente e observar uma rápida melhora sem novos episódios da doença (CALDAS *et al.*, 2001; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008).

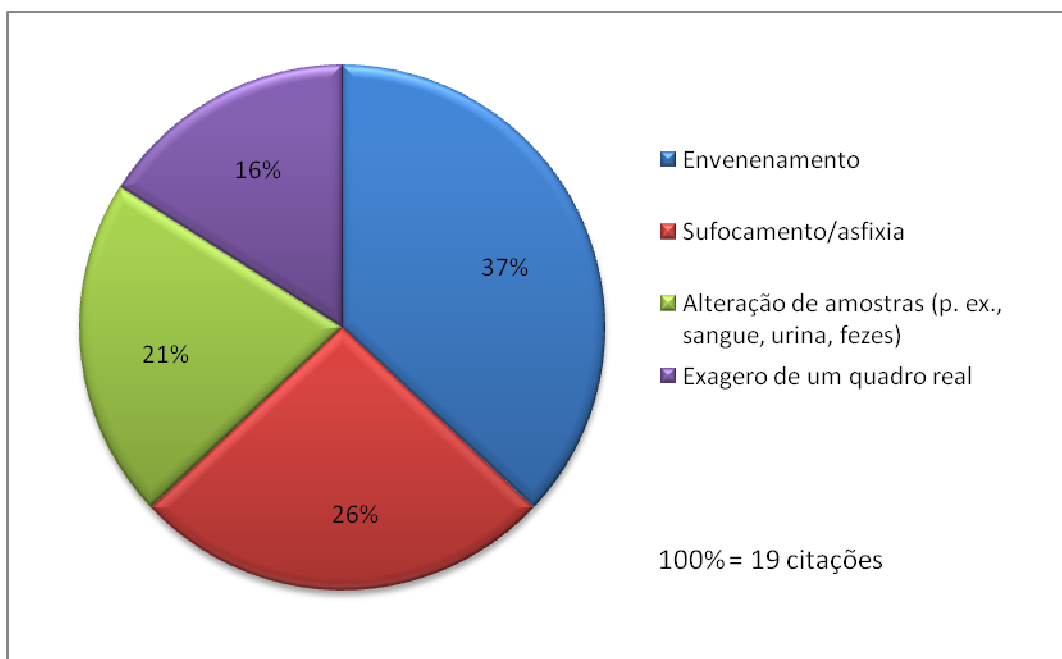
Gráfico 4 – Distribuição das idades e idade média das vítimas descritas em cinco trabalhos da amostra.



5.2.3 Mecanismos de fabricação ou indução da doença

Além de conhecer os personagens que envolvem a SMP, é importante que a equipe de enfermagem saiba alguns dos mecanismos de fabricação utilizados. O Gráfico 5 apresenta aqueles que foram descritos pelos artigos analisados. Vale destacar que nem todos os trabalhos citaram mecanismos de fabricação, bem como, alguns dos autores informaram mais de um tipo.

Gráfico 5 – Tipo de mecanismo de falsificação conforme número de citações na amostra.



O Gráfico 5 permite observar que sete autores citaram o envenenamento como um mecanismo de fabricação de doença, correspondendo à maioria das citações (37%), dentre alguns exemplos está o relato de caso que envolveu a administração altas doses de sal a um bebê por sua mãe (BARBER; DAVIS, 2002; HALL, 2006; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008; JACOBI *et al.*, 2010; SU; SHOYKHET; BELL, 2010; DOMÍNGUEZ, 2011). O sufocamento ou asfixia esteve presente em cinco (26%) citações de artigos da amostra (BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008; JACOBI *et al.*, 2010; DOMÍNGUEZ, 2011). A alteração de amostras foi citada por quatro artigos (21%) (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; HALL, 2006; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; DOMÍNGUEZ, 2011) e o exagero de um quadro real, por três (16%) (BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; JACOBI *et al.*, 2010). Conhecer alguns dos mecanismos utilizados pelas abusadoras alerta a equipe de saúde mais uma vez para o perigo que envolve a SMP.

5.2.4 Queixas frequentes

Há na literatura sobre a SMP algumas queixas que são consideradas como mais frequentes dentro da simulação de doenças. Nove publicações incluídas em nossa amostra citaram um ou mais destes quadros patológicos. A Tabela 1 apresenta a distribuição das citações entre os artigos.

Tabela 1 – Distribuição das citações de queixas mais frequentes a SMP.

QUEIXAS MAIS FREQUENTES	F	%
Febre	4	23,50
Convulsão	3	17,60
Dores	2	11,75
Erupções cutâneas	2	11,75
Sangramento	1	5,90
Sepse	1	5,90
Doença multissistêmica	1	5,90
Diarréia	1	5,90
Alergias	1	5,90
Vômitos	1	5,90
TOTAL	17	100%

Legenda: F - Frequência % - Porcentagem

A febre foi referida por quatro (23,5%) autores como um dos quadro patológicos fabricados na SMP (CALDAS *et al.*, 2001; MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006). Também passível de fabricação, a convulsão foi referida por três autores (17,6%) (BARBER; DAVIS, 2002; HALL, 2006; GARROTE *et al.*, 2008). Dores em geral (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001) e erupções cutâneas (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; DOMÍNGUEZ, 2011) são referidas em dois diferentes trabalhos (11,75%). As demais queixas foram citadas por apenas um dos autores (5,9%), sendo elas: sangramentos (CALDAS *et al.*, 2001), sepsse (SU; SHOYKHET; BELL, 2010), doença multissistêmica (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001), diarréia (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001), alergias (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001) e vômitos (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006).

Conhecer algumas das doenças fabricadas na SMP demonstra sinal de alerta à equipe de saúde, pois mostra a importância de um diagnóstico feito com base em evidências seguras, visto que, do contrário, a criança poderá ser submetida a perigosos procedimentos e tratamentos, desnecessariamente. Para auxiliar os profissionais de saúde nesse esclarecimento, um dos artigos da amostra destaca que o paciente pode apresentar diferentes queixas a cada busca ao serviço de saúde (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001).

5.3 O serviço de saúde

5.3.1 O atendimento à criança

As informações trazidas a seguir visam destacar nos trabalhos selecionados algumas medidas que o profissional de saúde pode adotar na busca por um atendimento de qualidade e para que se sinta preparado ao se deparar com uma vítima de SMP, seja na rede básica de saúde, em um consultório particular ou em uma instituição hospitalar.

Primeiramente, um artigo refere que o tratamento da queixa trazida, como cuidados com lesões, administração de analgésicos ou restabelecimento de eletrólitos não deve ser adiado frente a suspeita de uma possível simulação ou mau-trato (SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007). Sempre que possível, o profissional deve atentar para as informações que a criança traz, segundo os mesmo autores, este exercício envolve respeitar as limitações etárias, étnicas ou de deficiências do paciente (SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007).

Em outros dois trabalhos, os autores pedem que o profissional dê valor e importância ao relato trazido pelos pais, mas que fique atento a informações que possam revelar uma simulação, principalmente nos casos em que conclusões dependam da história (BARBER; DAVIS, 2002; HALL, 2006). Visando garantir a qualidade do atendimento e das futuras intervenções a serem tomadas, um dos trabalhos complementa orientando o profissional a executar uma anamnese o mais completa possível (BARBER; DAVIS, 2002).

Segundo outras duas publicações selecionadas, a avaliação psicossocial da família e da criança é fundamental (incluindo informações sobre a personalidade dos pais, temperamento do paciente, nível sócio econômico da família e detalhes

sobre a qualidade dos relacionamentos interpessoais familiares) (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; JACOBI *et al.*, 2010). Em um destes artigos é recomendado avaliar a empatia dos pais frente ao quadro apresentado pela criança, pois posturas extremas de exagero ou de pouco caso com o filho podem ser o alerta para um caso de simulação (JACOBI *et al.*, 2010).

De forma mais específica, nos casos de investigação de quadros convulsivos, um dos artigos orienta verificar os níveis farmacológicos no organismo da criança a cada entrada no serviço por convulsão, já que podem ter ocorrido envenenamento ou sobredosagem farmacológica da criança (BARBER; DAVIS, 2002).

Em alguns serviços, a equipe de saúde dispõe de listas de fatores de risco no atendimento pediátrico, uma das obras alerta que os profissionais devem conhecê-la e utilizá-la como ferramenta de apoio na identificação, mas não como mecanismo de triagem para o mau-trato, pois cada caso deve ser observado de forma única e cautelosa (SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007). Em outro estudo, os autores lembram mais uma ferramenta importante no cuidado: os Comitês de Proteção à Criança (CPC), que são responsáveis pela discussão dos casos de abuso, por exemplo, (JACOBI *et al.*, 2010). No artigo, os autores alertam que a equipe de saúde deve conhecer o CPC de seu serviço e saber de que forma ele pode ajudar em seu trabalho.

Diferenciar o paciente vítima de simulação daquele que apresenta um quadro real de doença não é uma tarefa fácil nem tão pouco rápida na maioria dos casos, assim, garantir que cada vez mais profissionais estejam cientes sobre sinais de alerta para a SMP é investir na prevenção de maus-tratos causados pela própria equipe à criança (MAIDA S; MOLINA P; CARRASCO CH, 1999).

5.3.2 Intervenção frente à forte suspeita de Síndrome Münchhausen por Procuração

Se, ao atender uma criança, a equipe de saúde concluir que há fortes indícios de SMP, medidas importantes deverão ser tomadas para garantir que as suspeitas sejam corretamente confirmadas e que a vítima seja adequadamente protegida de novos maus-tratos (MOREIRA; MOREIRA, 1999). Nesse sentido, o Quadro 5 traz as intervenções mais adequadas citadas pela amostra desta pesquisa.

INTERVENÇÃO	AUTORES
Abordagem de uma equipe multidisciplinar	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); GARROTE <i>et al.</i> (2008).
Contatar o Serviço Social	HALL (2006); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY (2007).
Dar importância aos registros	BARBER; DAVIS (2002); JACOBI <i>et al.</i> (2010); DOMÍNGUEZ (2011).
Avaliar histórico hospitalar do paciente	PINO, QUINTANA, MERINO (2001); HALL (2006).
Procurar sinais de sufocamento	BARBER; DAVIS (2002).
Investigação toxicológica	BARBER; DAVIS (2002); SU; SHOYKHET; BELL (2010).
Internação	CALDAS <i>et al.</i> (2001); MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); BARBER; DAVIS (2002); SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY (2007).
Notificar o Comitê de Proteção à Criança da instituição	HALL (2006); SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY (2007); GARROTE <i>et al.</i> (2008); JACOBI <i>et al.</i> (2010).
Contatar o pai e outros familiares	BARBER; DAVIS (2002); GARROTE <i>et al.</i> (2008); JACOBI <i>et al.</i> (2010).
Contatar o serviço de atenção básica responsável pela família	BARBER; DAVIS (2002); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY (2007); JACOBI <i>et al.</i> (2010).
Contatar a escola (caso a criança frequente uma)	OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006).
Avaliar histórico hospitalar de irmãos, vivos ou não, do paciente	HALL (2006).

Quadro 5 – Apresentação das intervenções mais adequadas frente à SMP, segundo a amostra.

Gerenciar o comportamento do agressor	CALDAS <i>et al.</i> (2001); BARBER; DAVIS (2002); HALL (2006).
Buscar meios legais de proteção quando necessário	MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T (2001); HALL (2006); OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS (2006); SU; SHOYKHET; BELL (2010).
Separar a mãe da criança e observar evolução do quadro	CALDAS <i>et al.</i> (2001); GARROTE <i>et al.</i> (2008).
Aumentar a vigilância das interações com a criança hospitalizada	GARROTE <i>et al.</i> (2008); SU; SHOYKHET; BELL (2010).
Video vigilância	GARROTE <i>et al.</i> (2008); DOMÍNGUEZ (2011).

Quadro 5 – Apresentação das intervenções mais adequadas frente à SMP, segundo a amostra.

Em duas das publicações trabalhadas, a abordagem descrita como mais adequada é a multidisciplinar, tendo sido considerada fundamental para o bom desfecho de alguns dos relatos de caso apresentados (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; GARROTE *et al.*, 2008). Hettler (2002)¹, ressalta que esta equipe multidisciplinar deve ser coordenada por um médico e um enfermeiro, que serão a de referência para a família dentro do hospital (citado por OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006). O autor orienta que estes profissionais deverão conquistar a confiança dos pais e da criança bem como, deverão manter um bom vínculo com o serviço de saúde da rede básica responsável pela família. Complementando esta idéia, outras três obras orientam que o Serviço Social é um agente muito importante nas investigações de um caso de SMP (HALL, 2006; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007).

É considerado fundamental, por três dos artigos analisados, que a equipe dê importância a todos os registros realizados sobre atendimentos à criança (BARBER; DAVIS, 2002; JACOBI *et al.*, 2010; DOMÍNGUEZ, 2011). Segundo estes

¹ HETTLER, J. Munchausen syndrome by proxy. **Pediatr Emerg Care**. v. 18, n. 5, p. 371-4; quiz 375-6, Oct 2002 *apud* OJEDA, F. C.; GONZÁLEZ, T. G; TERREROS, I. G. Síndrome de Munchausen por poderes. **Cuadernos de Medicina Forense**. v. 12, n. 43-44, p. 47-55, Ene-Abr 2006.

autores, profissionais de enfermagem e médicos devem: descrever com clareza seus achados, registrando as informações que observaram e as que foram ditas pela mãe; acrescentar aos registros do paciente resultados de exames, ainda mais quando causam estranhamento na equipe; detalhar comportamentos intrigantes do paciente ou de seus familiares, que podem confirmar a suspeita de simulação; sempre mencionar informações importantes como a data e a hora em que os fatos ocorreram; e garantir que as evoluções não fiquem ao alcance da mãe ou da criança. Reforçando o quão valiosos são os registros dos cuidados prestados ao paciente, outros dois trabalhos orientam a busca de informações sobre atendimentos de saúde e internações anteriores do paciente onde podem estar descritos padrões do quadro apresentado (PINO, QUINTANA, MERINO, 2001; HALL, 2006).

Pacientes atendidos por apneia podem estar sendo sufocados por suas mães, em um dos artigos, é incentivada a busca por sinais que confirmem esta suspeita (como marcas na face ou no pescoço) (BARBER; DAVIS, 2002). Outras duas obras orientam a investigação toxicológica diante da suspeita de simulação, visto que alguns quadros ocorrem mediante o envenenamento da criança (BARBER; DAVIS, 2002; SU; SHOYKHET; BELL, 2010). Um dos trabalhos descreve o uso de xarope de ipecacuanha na indução de crise de vômito (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006). Zylstra, Miller e Stephens (2000) relatam o caso de uma criança cuja mãe lhe administrava doses de insulina, inicialmente prescritas para a própria abusadora, o que mostra a importância da atenção ao analisar os resultados de exames laboratoriais do paciente.

Nos casos de danos graves à criança ou nos quais as investigações de SMP confirmam cada vez mais o risco do mau-trato infantil, quatro publicações sugerem que a internação do paciente seja considerada, pois permitira cuidados adequados aos prejuízos sofridos, a supervisão das atitudes maternas e a proteção da criança sempre que possível (CALDAS *et al.*, 2001; MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; BARBER; DAVIS, 2002; SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007). Concomitante às medidas de investigação da violência, outros quatro trabalhos consideram indispensável o reporte do caso ao Comitê de Proteção da Criança da instituição, objetivando a orientação da equipe de cuidados diretos ao paciente

quanto às melhores condutas frente ao caso (HALL, 2006; SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007; GARROTE *et al.*, 2008; JACOBI *et al.*, 2010).

O contato com o pai do paciente e com outros familiares do seu convívio é visto por três autores como uma ferramenta bastante rica, pois a entrevista pode contradizer dados trazidos pela mãe e permitir uma melhor compreensão do comportamento materno e do meio em que a criança vive (BARBER; DAVIS, 2002; GARROTE *et al.*, 2008; JACOBI *et al.*, 2010). Outra fonte importante de informações, segundo quatro das publicações analisadas, é a equipe da rede básica que atende a família com suspeita de SMP (BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007; JACOBI *et al.*, 2010). Os autores orientam que estes profissionais podem conhecer a história familiar há mais tempo e podem negar ou confirmar fatos levantados pela mãe, bem como alertar sobre possíveis suspeitas prévias de maus-tratos. Caso a criança já frequente a escola, um dos trabalhos lembra que se pode averiguar faltas constantes por problemas de saúde, bem como o comportamento dela no convívio escolar (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006). Ainda dentro da busca pelo esclarecimento da história familiar do paciente, um artigo traz a importância de conhecer o histórico hospitalar de seus irmãos, onde podem ser encontradas mortes mal explicadas ou súbitas bem como outros casos de doenças sem diagnósticos conclusivos (HALL, 2006).

Todo este movimento gerado pela equipe de saúde poderá deixar a mãe ansiosa e preocupada com a possibilidade de estar sendo descoberta, três artigos alertam que, neste momento, os profissionais deverão estar preparados para gerenciar adequadamente a mudança da postura da abusadora, que poderá migrar de atenciosa e gentil para agressiva e pouco colaborativa com a equipe (CALDAS *et al.*, 2001; BARBER; DAVIS, 2002; HALL, 2006). Frente à iminência de um desfecho, quatro trabalhos alertam que, em alguns casos, poderá ser necessário que a equipe busque a proteção da vítima e a sua própria através de meios legais (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; HALL, 2006; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; SU; SHOYKHET; BELL, 2010).

Como já fora descrito nos sinais de alerta, dois dos artigos trabalhos consideram o afastamento da mãe como um fator determinante da SMP, visto que poderá ser observado na criança o desaparecimento dos sintomas (CALDAS *et al.*, 2001; GARROTE *et al.*, 2008). Outros dois autores complementam orientando a

implementação da vigilância das interações com a criança, para garantir que, após a estabilização do quadro não ocorram novos episódios de maus-tratos (GARROTE *et al.*, 2008; SU; SHOYKHET; BELL, 2010). Por fim, um dos artigos comenta que, em países desenvolvidos, é comum o uso de câmeras de vídeo escondidas que permitem visualizar os momentos exatos em que a mãe manipula a criança, forjando o quadro patológico (GARROTE *et al.*, 2008). Em outra obra da amostra, o recurso também é citado como uma opção para esclarecer a violência (DOMÍNGUEZ, 2011).

5.3.3 O enfrentamento

Ao conhecer melhor a SMP e suas estruturas, uma das etapas da abordagem à abusadora se destacou como decisiva para o desfecho da intervenção sobre a violência: o enfrentamento. Dois dos artigos trabalhados orientam que a estratégia de intervenção deve ser estabelecida dentro da equipe multidisciplinar (BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS; 2006). No entanto, os mesmos autores alertam que, antes de abordar a mãe, a equipe deve garantir a proteção da criança.

Após a elaboração de uma abordagem segura, três autores da amostra colocam que os profissionais de saúde precisam ter claro que raramente a abusadora confessa a simulação, o que pode frustrar a equipe (CALDAS *et al.*, 2001; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008). É necessário que se entenda que este é um momento muito delicado para todos os envolvidos, assim, proteger a abusadora também é importante, visto que um dos autores coloca como consequência de uma abordagem mal elaborada, o suicídio da mãe (CALDAS *et al.*, 2001). Outro resultado é a tentativa de fuga, segundo uma das obras, a mãe reage pedindo a alta imediata da criança (PINO D; QUINTANA; MERINO P, 2001).

Para garantir o sucesso ao enfrentar aquela que deveria ser a maior interessada no bem estar da criança, a equipe deve buscar um contato que permita a privacidade dos envolvidos, garantindo que a mãe se expresse e mostrando que o objetivo do diálogo é garantir a sua segurança e a de seu filho (OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006). O mesmo trabalho orienta que o diálogo se dê na presença do pai do paciente ou de outro membro da família e que não seja feita

uma acusação direta do mau-trato, mas que os fatos registrados sejam expostos e caracterizados com um relacionamento prejudicial de mãe e filho.

5.3.4 Manutenção do caso de Síndrome de Münchhausen por Procuração

O filho que é objeto de uma simulação patológica, além dos danos físicos já citados, pode (para não dizer que irá) sofrer com outras sequelas do mau-trato, deste modo, segundo três autores da amostra, deve ser realizada uma avaliação psiquiátrica da criança com consequente tratamento, quando necessário (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006). Uma das publicações orienta que os danos físicos e mentais causados à criança deverão estar devidamente descritos em seus registros, bem como o comprometimento social como, por exemplo, as faltas escolares (BARBER; DAVIS, 2002).

Segundo Moreira e Moreira (1999), diagnosticar a SMP faz com que a equipe evolvida se torne responsável não só pela criança, mas por toda uma família em franca desorganização. Deste modo quatro artigos da amostra orientam realizar uma avaliação e tratamento psiquiátrico (quando indicado) dos pais da vítima, buscando adequar o pai em sua função dentro dos cuidados à criança e estabilizar as atitudes maternas (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006; GARROTE *et al.*, 2008). Um dos trabalhos complementa sugerindo que, nos casos em que a simulação é descoberta sem trazer reais consequências à saúde da criança, o profissional busque, aos poucos, transferir o foco do atendimento para as necessidades maternas (BARBER; DAVIS, 2002). Em duas publicações da amostra, é reforçada ainda a necessidade de acompanhamento desta família por profissionais do Serviço Social (BARBER; DAVIS, 2002; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006).

Em alguns casos, como comentam dois dos artigos, a guarda legal do filho é retirada da mãe (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; OJEDA; GONZÁLEZ; TERREROS, 2006). Nestas situações, um dos autores relata dois casos em que as visitas das mães às crianças se davam sob a supervisão de pessoal familiarizado com a história (GARROTE *et al.*, 2008).

Por fim, deve-se garantir o retorno desta família à rede básica, informando aos profissionais do serviço sobre os fatos ocorridos, as medidas tomadas e as definições acertadas (SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007).

5.4 O papel da Enfermagem segundo os resultados descritos na bibliografia

A equipe de enfermagem é pouco citada nos artigos trabalhados. Esta constatação nos faz ver que, mesmo estando tão presentes no atendimento à criança e sua família, estes profissionais precisam descrever melhor suas ações junto a SMP. No entanto, como referido no tópico Intervenção frente à forte suspeita de Síndrome Münchausen por Procuração desta revisão, duas publicações trazem a importância da equipe multidisciplinar no atendimento à SMP, mostrando que a visão do cuidado ideal não é mais focada apenas na figura do médico (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001; GARROTE *et al.*, 2008).

Cabe salientar, entretanto, que em um dos artigos, a enfermagem é chamada de “pessoal auxiliar”, sendo responsável pela detecção de alterações do quadro na criança internada e de comportamentos intrigantes da mãe (MAIDA S; MOLINA P; ERAZO T, 2001). De modo semelhante, em um relato de caso, os autores trazem que a equipe de enfermagem foi importante na observação de atitudes suspeitas da mãe em relação à criança e, como medida protetiva, a sonda nasogástrica do paciente teve seu acesso dificultado, sendo manipulada apenas por um enfermeiro responsável (SU; SHOYKHET; BELL, 2010).

Em pesquisa realizada em 74 serviços de emergência no Reino Unido, os autores trazem a importância de um profissional de referência no atendimento à criança que sofre algum tipo de mau-trato, sendo o enfermeiro citado por 23 (32%) instituições e o enfermeiro e o médico em 14 (19%) dos 71 serviços incluídos na amostra (SIDEBOTHAM; BIU; GOLDSWORTHY, 2007). Em outra publicação, os registros de enfermagem ganham destaque, alertando para a importância da clareza e o perigo de serem deixados ao alcance da abusadora (BARBER; DAVIS, 2002).

A formação acadêmica do enfermeiro tem relevância em um dos trabalhos analisados, onde os autores comentam a necessidade de serem discutidos casos de SMP com os estudantes, preparando-os para o encontro com situações reais (JACOBI *et al.*, 2010).

Contudo, o atendimento de enfermagem pode ocorrer através da internação da criança ou de uma consulta de enfermagem, atividade reconhecida pela Lei do Exercício Profissional e que pode ser encontrada em serviços da rede básica, ambulatórios e hospitais (COFEN, 1986). Desse modo, a intervenção do Enfermeiro e da equipe de enfermagem é claramente uma das portas de entrada para a vítima de SMP. A eficiência e eficácia deste cuidado dependem somente da qualificação adequada e do grau de envolvimento destes profissionais em conhecer este transtorno, sabendo identificá-lo e, através de uma equipe multidisciplinar, buscar a devida intervenção para cada caso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Münchausen por Procuração é uma patologia ainda pouco explorada pela literatura mundial. Seu mecanismo é considerado como um grave tipo de violência infantil, uma vez que consiste em uma criança que apresenta falsos quadros patológicos, simulados por um de seus responsáveis, na maior parte das vezes a mãe. Em virtude da sintomatologia confusa apresentada à equipe de saúde, diversos exames e tratamentos são aplicados à vítima, com o objetivo de esclarecer e tratar o transtorno, geralmente, considerado raro.

Durante nossa formação, aprendemos a acreditar no que a família traz de informações sobre a criança, dando valor a estas queixas e partindo delas para a escolha da intervenção mais adequada a cada caso. Saber identificar quando é indicado desconfiar deste relato requer que o profissional saiba quais as características da SMP, de quem simula o quadro e da criança que o sofre. Como parte desta identificação, algumas informações obtidas no primeiro contato com o paciente são muito importantes, como exames toxicológicos e uma anamnese detalhada. Atentar para o comportamento de quem leva a criança ao serviço de saúde também é fundamental. A amostra analisada indicou que, quando esta abordagem leva a uma forte suspeita de falsificação da doença o profissional deve buscar apoio dos mecanismos disponíveis em seu serviço, como o Comitê de Proteção à Criança, o serviço social e o trabalho em equipe multidisciplinar.

A busca pelo esclarecimento deste tipo de violência faz dos profissionais de saúde investigadores, buscando informações em registros de saúde do paciente e seus irmãos, em relatos da equipe que cuida da família na rede básica e em entrevistas com o pai e outras pessoas do convívio da criança. Quando a SMP é constatada, cabe a equipe cumprir suas responsabilidades legais e éticas para com a criança e com sua família, comunicando o Conselho Tutelar e o Ministério Público mesmo a simples suspeita de SMP, já na investigação do caso e posterior tratamento garantindo o melhor desfecho possível desta problemática.

Foi possível identificar neste estudo alguns dos artifícios utilizados pelas abusadoras para a simulação do quadro patológico, reforçando a gravidade que implica na SMP, já que há mães que fazem uso de substâncias (sal, xarope, medicações) ou da sufocação da criança para atingirem seus objetivos, expondo seus filhos a sérios riscos de saúde. Saber as ferramentas utilizadas na violência

auxilia o profissional na busca por indícios da violência à criança, pois estão intimamente ligadas ao tipo de transtornos que podem provocar.

A enfermagem foi citada pela amostra em diversos momentos da abordagem e da intervenção frente à SMP, sendo sugerido que o transtorno faça parte de estudos durante a formação de enfermeiros e ressaltada a importância dos registros de enfermagem. No entanto, pode-se notar que o papel destes profissionais ainda não é bem descrito e que faltam publicações da própria enfermagem a respeito desta atuação.

Durante a pesquisa, um dos limites encontrados foi a escassez de publicações sobre a temática, principalmente em português. Visto que este estudo mostrou que a criança vítima de SMP pode entrar na rede de saúde por diversas portas (emergências, rede básica, consultas particulares), a divulgação desta patologia é fundamental para que mais casos sejam identificados precocemente e que os profissionais envolvidos tenham o conhecimento adequado sobre as melhores intervenções. Como um sistema de *feedback*, a equipe que aprende sobre a SMP deve sentir-se responsável por descrever os casos atendidos e divulgar a maneira dos profissionais envolvidos, alertando cada vez mais sobre esse complexo e grave tipo de violência infantil.

Os resultados obtidos neste trabalho sugerem que se dê continuidade à temática no campo prático como, por exemplos, estudos de caso apresentados a comunidade do HCPA, instituição de saúde pública cujos clientes advêm de diversas cidades do estado e do país, sendo atendidos nos vários níveis de atenção (Unidade Básica de Saúde, ambulatório, emergência, internação hospitalar). Profissionais e acadêmicos de saúde, com experiências tão ricas e distintas entre si, poderiam compreender melhor a complexidade deste transtorno e de que modo sua atuação tem importância na abordagem da SMP.

REFERÊNCIAS

- ASCHER R. Münchausen Syndrome. **Lancet**, London, v. 01, p.339-341, Feb 1951.
- BARBER, M A; DAVIS, P M. Fits, faints, or fatal fantasy? Fabricated seizures and child abuse. **Archives of Disease in Childhood**. V. 86, p. 230–233, 2002.
- HALL, D M B. The future of child protection. **Journal of the Royal Society of Medicine**. v. 99, p. 06-09, 2006.
- BRAHM M, Paulina; MARTÍNEZ G, Javiera. Maltrato Infantil Oculto: Síndrome de Munchausen por Poder. **Departamento de Medicina Familiar de la Escuela de Medicina PUC**. Chile, 2007. Disponível em: <<http://medicinafamiliar.uc.cl/>> Acesso em: 15 abr. 2012.
- BRASIL. Organização Mundial Da Saúde. Centro de Colaboração da OMS Para A Família de Classificações Internacionais em Português. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. São Paulo: Edusp, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência: Orientações Para Gestores e Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Serviço de Assistência a Saúde do Adolescente. **Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica**. Brasília: MS, SASA, 1997.
- BROCKINGTON, I. **Motherhood and mental health**. Edinburg: Oxford University Press, p. 388-391, 1996. *apud* MOREIRA, Esdras C.; MOREIRA, Luíza A.C. Hipocondria por procuração em crianças: relato de dois casos. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 75, n. 05, p. 373-76, 1999.
- CALDAS *et al.* Transtornos factícios por procuração. Discussão de um caso. **Revista brasileira de otorrinolaringologia**. Rio de Janeiro, V 67, n. 05, Set/Out, 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional**. Brasília: COFEN, 1986. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>> Acesso em: 11 jun. 2012.
- DOMÍNGUEZ, R. Síndrome de Münchhausen por poder. **Archivos de Pediatría del Uruguay**. v. 81, n. 01, p. 36-38, 2011.
- EMINSON, D. M.; POSTLETHWAITE, R. J. Factitious illness: recognition and management. **Archives of Disease in Childhood**. v. 67, p. 1510-1516, 1992.
- FAGUNDES, Lillian Franchi; LUGOLLO, Juliana; SANTOS, Antonio Augusto Cais dos. Síndrome de Münchausen by Proxy: Descrição de um caso. **Pediatria (São Paulo)**. São Paulo, v. 22, n. 01, p. 78-81, 2000.

GARROTE *et al.* Síndrome de Münchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. **Archivos Argentinos de Pediatría**. v. 106, n 01, p. 47-53, 2008.

JACOBI *et al.* Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. **Deutsches Ärzteblatt International**. Alemanha, v. 107, n. 13, p. 231–40, 2010.

MAIDA S, Ana Margarita; MOLINA P, María Elisa; CARRASCO CH, Ximena. Síndrome de Münchausen-por-poder: un diagnóstico a considerar. **Revista chilena de pediatría**. Chile, v. 70, n. 03, Mai 1999.

MAIDA S, Ana Margarita; MOLINA P, María Elisa; ERAZO T, Ricardo. Síndrome de Münchausen por poder, una presentación inusual. **Revista Médica de Chile**. Chile, v. 129, n. 08, Ago 2001.

MEADOW, R. Münchausen syndrome by proxy: the hinterhand of child abuse. **Lancet**, V.2, 343-345, 1977.

MEADOW, R. Münchausen syndrome by proxy. **Archives of Disease in Childhood**. v.57, p. 92-98, 1982.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.17, n. 04, p. 758-64 Out/Dez 2008.

MOREIRA, Esdras C.; MOREIRA, Luíza A.C. Hipocondria por procuração em crianças: relato de dois casos. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 75, n. 05, p. 373-76, 1999.

OJEDA, F. C.; GONZÁLEZ, T. G; TERREROS, I. G. Síndrome de Münchausen por poderes. **Cuadernos de Medicina Forense**. v. 12, n. 43-44, p. 47-55, Ene/Abr 2006.

PINO D, Mariela; QUINTANA, Carmen G; MERINO P, Andrea. Síndrome de Münchausen "Por Poder": Um Desafío Diagnóstico y Terapéutico. **Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de La Infancia y Adolescencia**. Chile, v. 12, n. 01, p. 29-33, Set 2001.

PIRES, Joelza M. A.; MOLLE, Lucas D. Síndrome de Münchausen por procuração - relato de dois casos. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 75, n. 04, p. 281-86, 1999.

SCHREIER, Herbert. Münchausen by proxy defined. **Pediatrics**, Oakland, v. 110, n. 05, p. 985-988, Nov. 2002.

SIDEBOTHAM, P; BIU, T; GOLDSWORTHY, L. Child protection procedures in emergency departments. **Emergency Medicine Journal**. v. 24, p. 831–835, 2007.

SU, Erik; SHOYKHET, Michael; BELL, Michael J. Severe hypernatremia in a hospitalized child: Munchausen by proxy. **Pediatric Neurology**. v. 43, n. 04, p. 270–273, Out 2010

TRAJBER, Z. *et al.* Síndrome de Munchausen por procuração: o caso da menina que sangrava pelo ouvido. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 72 n. 01, p. 35-39, 1996.

TUMOLO, Jolynn. Making children sick. Münchausen's Syndrome by Proxy. **Adv. Nurse Pract.** v. 09, n. 06, p. 103-106, Jun 2001.

VAUGHT, W.; FLEETWOOD, J. Covert video surveillance in pediatric care. **The Hastings Center Report**, Nov/Dec 2002.

ZYLSTRA, Robert G; MILLER, Karl E; STEPHENS, Walter E. Munchausen Syndrome by Proxy: A Clinical Vignette. **Journal of Clinical Psychiatry**. Chattanooga, v. 02, p. 42–44, 2000.

APÊNDICE A – Instrumento de Análise

Título do artigo:			
Autor:		Titulação:	
País de Origem:		Idioma:	
Nome do periódico:	Ano:	Volume:	Número:
Tipo de estudo:			
Objetivo do estudo:			
Caracterização da Síndrome de Münchausen por Procuração segundo o estudo:			
Considerações sobre a intervenção mais adequada frente à Síndrome de Münchausen por Procuração, conforme o estudo:			
Papel do enfermeiro frente à Síndrome de Münchausen por Procuração, conforme o estudo:			

APÊNDICE B – Quadro Sinóptico

Título do artigo	Autores	Metodologia do artigo	Ano de publicação	Caracterização da SMP	Intervenção frente à SMP

ANEXO I – Carta de aprovação da COMPESQ – EEUFRGS

Pesquisador: Simone Algeri

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 22101

Título: Síndrome de Munchausen por Procuração: Uma Revisão Integrativa

Área do Conhecimento: Enfermagem

Início: 01/12/2011

Previsão de conclusão: 30/07/2012

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Este estudo objetiva fornecer subsídios para os profissionais de enfermagem no reconhecimento da síndrome de munchausen por procuração para intervenção imediata.

Palavras-Chave

Criança
Violência

Equipe UFRGS

Nome: Simone Algeri

Participação: Coordenador

Início: 01/12/2011

Nome: Adriana Córdova Costa

Participação: Pesquisador

Início: 01/12/2011

Anexos

[Projeto Completo](#)

Data de Envio: 06/12/2011

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 14/12/2011

Fechar

Projeto de TCC. Título adequado. Introdução: revisão e fundamentação atualizada e contextualizada. Objetivo: claro e com concordância com o título e método. Método: adequado e completo. Cronograma e orçamento: adequados. Referências: atualizadas. Aspectos éticos: previstos.