

Sabrina Gomes¹

Maritza Breder¹

Alexsandra da Silva Souza¹

Maria Aparecida Costa dos Anjos

(*in memoriam*)¹

Karen Cristina Alves Lamas¹

¹Universidade Salgado de Oliveira, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Munchausen por Procuração ou Transtorno Fictício Imposto a Outro caracteriza-se como um diagnóstico psiquiátrico no qual o indivíduo falsifica uma doença em outro. Trata-se de uma situação de violência, ocorrendo com mais frequência entre mãe e filho, em que a agressora é diagnosticada com o transtorno e a vítima recebe o diagnóstico de abuso. A literatura carece de estudos sobre epidemiologia, manejo terapêutico e prognóstico desta síndrome. **Objetivo:** Investigar o conhecimento sobre a Síndrome de Munchausen por Procuração por profissionais graduados no ensino superior na área da saúde e técnicos em enfermagem, além de estudantes do último ano destes cursos, no território nacional. Buscou-se identificar, também, a frequência de casos suspeitos e/ou identificados pelos profissionais, os procedimentos para interromper essa forma de violência e a satisfação quanto à suficiência de informação sobre o assunto. **Material e Métodos:** Realizou-se pesquisa empírica do tipo quali-quantitativa, com 73 participantes, recrutados de forma não probabilística, que responderam formulário on-line com questões sociodemográficas e sobre a familiaridade com o tema. **Resultados:** Verificou-se, entre os respondentes, que 68,5% atendem crianças, 65,8% não conhecem a síndrome e 37% já atenderam casos suspeitos. O relato de conhecimento foi significativamente maior por médicos, psicólogos e profissionais de terapia intensiva, sendo Síndrome de Munchausen por Procuração o termo conhecido com maior frequência. As principais abordagens de manejo foram encaminhamento para serviço social, conselho tutelar e serviço de psicologia. A maioria relatou necessidade de aumentar práticas educativas. **Conclusão:** Os achados corroboram com estudos que indicam haver pouco conhecimento sobre o tema, ressaltando a necessidade de mais investigações. Não há um critério para se estabelecer o diagnóstico ou um protocolo de avaliação, portanto, uma equipe multidisciplinar tem sido reportada como a melhor abordagem, sendo a falta de conhecimento um impedimento para a identificação da síndrome e proteção da vítima.

Palavras-chave: Síndrome de Munchausen Causada por Terceiro; Transtornos Autoinduzidos; Maus-Tratos Infantis.

ABSTRACT

Introduction: Munchausen Syndrome by Proxy, or Factitious Disorder Imposed on Another, is a psychiatric diagnosis in which an individual fabricates or induces illness in another person. It constitutes a form of abuse, most commonly occurring between mother and child, in which the perpetrator is diagnosed with the disorder and the victim is identified as having suffered abuse. The literature lacks sufficient studies on the epidemiology, therapeutic management, and prognosis of this syndrome. **Objective:** To investigate the knowledge about Munchausen Syndrome by Proxy among health professionals with higher education degrees and nursing technicians, as well as final-year students of these programs, within the national territory. It also sought to identify the frequency of suspected and/or identified cases by professionals, the procedures to interrupt this form of violence, and the level of satisfaction regarding the sufficiency of information on the subject. **Material and Methods:** An empirical qualitative-quantitative study was conducted with 73 participants, recruited through non-probabilistic sampling. Who answered an online form with sociodemographic questions and about familiarity with the topic. **Results:** Among the respondents, 68.5% reported working with children, 65.8% were not familiar with the syndrome, and 37% had encountered suspected cases. Knowledge of the syndrome was significantly higher among physicians, psychologists, and intensive care professionals, with Munchausen Syndrome by Proxy being the most frequently recognized term. The main management approaches included referrals to social services, child protection agencies, and psychological services. Most participants reported the need to increase educational initiatives. **Conclusion:** The findings corroborate studies indicating limited knowledge on the topic, highlighting the need for further investigations. There is no established criterion for diagnosis or evaluation protocol; therefore, a multidisciplinary team has been reported as the best approach, with lack of knowledge being an impediment to the identification of the syndrome and protection of the victim.

Keywords: Munchausen Syndrome by Proxy; Factitious Disorder Imposed on Another; Child Abuse.

Submetido: 30/04/2025

Aceito: 05/08/2025



INTRODUÇÃO

A Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP) é uma condição em que um indivíduo utiliza táticas enganosas para falsificar doença ou deficiência em outra pessoa, sem ganhos externos evidentes.¹ Trata-se de um tipo de abuso, geralmente cometido pela mãe em cerca de 90% dos casos, que simula sinais e sintomas na criança com o objetivo de atrair atenção para si.² As vítimas, sempre excessivamente doentes aos olhos dos cuidadores, são submetidas a repetidas internações, exames e tratamentos muitas vezes desnecessários e invasivos, com risco de sequelas físicas, psicológicas e até morte.^{3,4}

A SMP é apresentada desde 1980, na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-3), como transtornos factícios, explicando a produção de falsos sintomas na criança.⁵ Em sua quinta edição,⁶ é denominada Transtorno Factício Imposto a Outro (TFIO), sendo anexada entre os "Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados". Nele, um indivíduo falsifica uma doença em outro, seja criança, adulto ou até mesmo em animais de estimação, e a vítima recebe o diagnóstico de abuso.

A literatura é carente de estudos consistentes sobre epidemiologia, manejo terapêutico e prognóstico desta síndrome.^{1,7} Frequentemente considerada rara,^{1,8} a prevalência real é desconhecida e acredita-se haver subnotificação de casos.⁹ Apresenta incidência variável considerando-se 2-2,8/100.000 em crianças com menos de um ano e 0,4/100.000 em indivíduos com menos de 16 anos de idade.¹⁰ Ressalta-se que a síndrome não diz respeito à criança, mas, sim, a uma condição psiquiátrica do adulto e, apesar de ser uma condição clínica inquietante, a falta de estudos nessa área se justifica pela complexidade.

Devido às penalidades envolvidas e ao comportamento enganoso típico dos transtornos factícios, é improvável que os abusadores relatem seus atos de forma honesta.¹ Frequentemente, não admitem o distúrbio e, ao se sentirem suspeitos, especialmente as mães, podem exigir alta e buscar outros hospitais, tentando ocultar sua participação.⁵ Essa atitude dificulta o tratamento, prejudica a criança, eleva custos e interfere em pesquisas sobre intervenções com os perpetradores.^{11,7} Por isso, suspeitar de SMP é essencial para garantir intervenção adequada.¹²

Por se tratar de uma forma específica e grave de violência infantil, é essencial que profissionais de saúde conheçam a SMP e seus critérios diagnósticos.^{13,14} No entanto, a escassez de estudos e a raridade do diagnóstico contribuem para o baixo conhecimento sobre a condição, dificultando seu manejo.

Uma revisão sistemática encontrou que as causas relacionadas à subnotificação desta condição estão associadas à falta de informação dos profissionais

da área da saúde sobre a síndrome; falta de incentivo acadêmico sobre o diagnóstico, por ser uma condição rara e de difícil avaliação; além da insegurança e falta de confiança expressada pelos profissionais em notificar.¹⁴ No entanto, relataram que alguns estudos analisados indicam um aumento do conhecimento, nos últimos anos, por parte dos profissionais de saúde.

Não foram encontrados estudos sobre o conhecimento desta síndrome por profissionais brasileiros. Diante disso, supõe-se que profissionais de saúde no Brasil ainda possuem pouco conhecimento sobre a SMP e enfrentam dificuldades na identificação de casos suspeitos, o que compromete o diagnóstico e manejo adequados. Assim, é necessário investigar esse conhecimento para fortalecer a proteção à criança e reduzir os impactos às vítimas por meio de uma identificação mais rápida e precisa.

Portanto, o objetivo geral do presente estudo foi investigar o conhecimento sobre a SMP por profissionais graduados no ensino superior na área da saúde e técnicos em enfermagem, além de estudantes do último ano destes cursos no território nacional. Como objetivos específicos, buscou-se identificar a frequência de casos suspeitos e/ou identificados pelos profissionais, conhecer os procedimentos adotados por eles para a interrupção dessa forma de violência contra a criança e revelar a percepção destes quanto à suficiência de disseminação do conhecimento sobre o tema, bem como a relevância da divulgação do conhecimento sobre a síndrome.

MATERIAL E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa empírica de caráter exploratório do tipo quali-quantitativa, uma vez que há poucas publicações científicas e instrumentos sobre o tema.^{1,7} A amostra foi composta por 69 profissionais de diferentes áreas da saúde e quatro estudantes de cursos de saúde não especificados, totalizando 73 participantes (Tabela 1). Trata-se de uma amostra não probabilística, sendo o convite para participação aberto a profissionais de saúde de qualquer região do país. Considerou-se critério de exclusão o participante não se identificar como da área da saúde.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário on-line elaborado pelas autoras. Trata-se de um questionário semiestruturado, via *Google Forms*, composto por três seções. A primeira tratou da caracterização dos participantes, incluindo dados como idade, gênero, profissão, tempo de experiência com lactentes e/ou crianças e local de atuação. A segunda seção abordou o conhecimento sobre os termos SMP e TFIO, com o objetivo de verificar a familiaridade dos profissionais com esses conceitos. A terceira investigou experiências anteriores com esse tipo de agressão, incluindo duas perguntas abertas sobre

condutas adotadas diante de suspeitas e a percepção dos participantes sobre a importância de campanhas de conscientização.

Os dados foram obtidos por meio da técnica de amostragem em bola de neve.¹⁵ O convite partiu de contatos iniciais estratégicos (sementes), como profissionais de serviços de urgência e emergência, instituições de ensino e conselhos de classe, alcançando Juiz de Fora (MG) e outras localidades por meio digital. A divulgação também ocorreu nas redes sociais e no *WhatsApp*, com pedido de compartilhamento para ampliar o alcance da pesquisa.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 5.804.803. Os profissionais e estudantes participaram voluntariamente, ao aceitarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, marcando a opção "Li e concordo em participar do estudo".

Quanto à análise dos dados, é preciso informar que as variáveis categóricas foram analisadas por técnicas de estatística descritiva, identificando frequências absolutas e relativas e medida de tendência central (média aritmética), medidas de dispersão e variabilidade (desvio-padrão, coeficiente de variação). Foi realizada tabulação cruzada, por teste estatístico exato de *Fisher*, pois mais de 50% das células apresentaram frequências esperadas menores do que cinco. Considerou-se o nível de significância de 5% e buscou identificar a associação das variáveis "conhece o termo TFIO" e "conhece o termo SMP" com as variáveis "profissão", "tempo de experiência na profissão", "setor de atuação", "atende lactentes/crianças", "tempo de experiência com lactentes/crianças" e "local de atendimento de lactentes/crianças".

As perguntas abertas sobre condutas diante de casos suspeitos e a importância da divulgação foram analisadas por meio da análise de conteúdo de Bardin.¹⁶ O método foi estruturado em três fases: pré-análise, para organização do material; exploração do material, para categorização das unidades de registro; e, por fim, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, etapa que buscou atribuir significados às mensagens analisadas, de forma sistemática e coerente.¹⁷ Duas pesquisadoras leram as respostas, identificaram trechos semelhantes e os agruparam em categorias, comparando e ajustando suas análises após avaliação individual.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 81 participantes, tendo oito sido eliminados por não atenderem aos critérios de inclusão. A amostra final compôs-se de 73 participantes, 64 (87,7%) do gênero feminino e 9 (12,3%) do masculino, com média de idade de 38,8 anos (DP= 9,34). Destes, 41 (56,2%) atuam no setor público, 23 (31,5%) no setor privado, 5 (6,8%) atuam nos

dois setores e 4 declararam atuar em outro setor (não informado). Das categorias profissionais, a Enfermagem foi a de maior frequência (26%) na amostra (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de categorias profissionais na amostra analisada.

Categoria profissional	N	%
Enfermeiro	19	26,0
Técnico em enfermagem	14	19,2
Psicólogo	12	16,4
Fisioterapeuta	11	15,1
Médico	6	8,2
Nutricionista	5	6,8
Fonoaudiólogo	1	1,45
Assistente Social	1	1,45
Estudantes (não especificados)	4	6,8

Fonte: Elaboração própria.

A maioria dos profissionais atende lactentes e/ou crianças (68,5%), sendo que 30,1% atuam com esse público há mais de dez anos. Além disso, 60,3% têm dez anos ou mais de experiência na profissão (Figura 1).

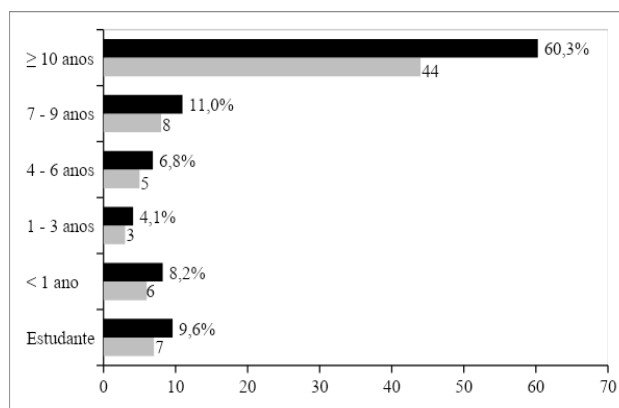


Figura 1: Tempo de experiência profissional.

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 2 é apresentada as frequências absolutas das variáveis sobre o conhecimento da síndrome e a experiência no atendimento de casos suspeitos entre os profissionais.

Quanto ao local de atuação, os participantes que declararam atender o público infantil, trabalham em serviço clínico/ambulatorial (n=27, 37%), unidades de terapia intensiva (n=6, 8,2%), serviços de urgência/emergência (n=3, 4,1%). Os demais relataram trabalhar em dois ou mais lugares, sendo atendimento clínico/ambulatorial e unidades de terapia intensiva (n=5, 6,9%), urgência/emergência e atendimento ambulatorial (n=3, 4,1%) e urgência/emergência, atendimento clínico/ambulatorial e unidade de terapia intensiva (n=1, 1,4%).

As variáveis "tempo de experiência na profissão" e "tempo que atende lactentes/crianças"

Tabela 2: Conhecimento da síndrome e experiências com casos suspeitos.

Variáveis		N	%
Conhece o Termo TFIO	SIM	14	19,2
	NÃO	59	80,8
Conhece o Termo SMP	SIM	25	34,2
	NÃO	48	65,8
Atendeu casos suspeitos	SIM	27	37,0
	NÃO	46	63,0
Frequência aproximada de casos identificados na prática profissional	0	46	63,0
	1 a 2	3	4,1
	3 a 5	15	20,5
	6 a 9	7	9,6
	10 ou mais	2	2,7
Presenciou casos de mães suspeitas que interromperam tratamento	Sim	16	21,9
	Não	57	78,1

Fonte: Elaboração própria.

apresentaram dados diferentes da distribuição normal ($p < 0,05$) indicando uma amostra não paramétrica. A tabulação cruzada, pelo teste estatístico exato de Fisher, identificou associação significativa entre “conhece o termo TFIO” e “profissão” com valor- $p = 13,995$, p

$= 0,036$ e entre “conhece o termo SMP” e “local de atendimento de lactentes/crianças” com $X^2 = 16,213$, $p = 0,039$ (Tabela 3). O V de Cramer obtido para estas duas associações foi, respectivamente, 0,483 e 0,492, indicando uma associação moderada entre as variáveis.

Tabela 3: Associação entre conhecimento de termos e fatores profissionais.

	Conhece SMP	Conhece TFIO
Profissão		
$\chi^2_{(8)}$	14,690	17,019
valor- p	13,752	13,995
p	0,051	0,036*
Tempo de experiência		
$\chi^2_{(5)}$	5,978	5,574
valor- p	6,036	5,243
p	0,287	0,312
Setor de atuação		
$\chi^2_{(3)}$	6,102	1,202
valor- p	5,646	0,867
p	0,101	0,911
Atua com lactentes e crianças		
$\chi^2_{(1)}$	2,333	1,142
p	0,185	0,754
Tempo que atende lactentes e crianças		
$X^2_{(5)}$	8,156	4,812
valor- p	7,379	3,693
p	0,173	0,613
Local de atendimento		
$X^2_{(10)}$	17,654	10,201
valor- p	16,213	9,647
p	0,039*	0,424

Legenda: * $p < 0,05$

Destaca-se, também, a obtenção de significância limítrofe entre “conhecer o termo SMP” e “profissão medicina” com valor- $p = 13,752$, $p = 0,051$. Para a análise das células que apresentaram significância, considerou-se aquelas cujo resíduo padronizado (RP) apresentou valores maiores que $\pm 1,96$. As profissões associadas significativamente a conhecer o termo TFIO foram as de medicina (RP = $\pm 3,1$) e psicologia (RP =

$\pm 2,2$), enquanto o local de atendimento associado ao fato de se conhecer o termo SMP foi o das unidades de terapia intensiva (RP = $\pm 2,6$).

Seguindo os mesmos critérios, buscou-se verificar a associação entre a profissão e: 1) relatos de internações repetidas de crianças com o mesmo padrão sem causa identificada; 2) relato de atendimento a

Tabela 4: Condutas adotadas pelos participantes que relataram ter atendido casos suspeitos

Condutas	Número de relatos
Encaminhamento ao serviço/assistência social	12
Acionamento do conselho tutelar	11
Encaminhamento e/ou acionamento do serviço de psicologia	8
Discussão ou encaminhamento para equipe multidisciplinar	4
Encaminhamento para atenção primária	2
Acionamento da vara da infância	2
Comunicação à equipe de enfermagem	2
Encaminhamento da mãe à psiquiatria e/ou encaminhamento médico	2
Encaminhamento para o clínico geral que solicitou exames e especialistas	1
Acionamento de outro familiar responsável	1

Fonte: Elaboração própria.

casos suspeitos; 3) frequência de casos atendidos na carreira; e 4) relatos de abandono do tratamento por mães após suspeita levantada pela equipe de saúde. Apenas a associação com o relato de atendimento de casos suspeitos foi significativa, com $\chi^2_{(7)} = 13,933$; valor- $p = 12,944$; $p = 0,049$ e V de Cramer = 0,44. A significância ocorreu na relação com a profissão médica, conforme análise do resíduo padronizado (RP = $\pm 2,5$).

Foi identificada uma associação significativa entre maior tempo de prática com crianças/adolescentes (10 anos ou mais) e o relato de atendimento de 3 a 5 casos suspeitos ($X^2 = 37,515$; $p = 0,000$), com associação moderada (V de Cramer = 0,37). As condutas mais frequentes diante de casos suspeitos incluíram o encaminhamento à assistência social ($n=12$), o acionamento do conselho tutelar ($n=11$) e o contato com o serviço de psicologia ($n=8$), detalhado na Tabela 4.

Sobre disseminação do conhecimento sobre o tema, 55 participantes (75,3%) não consideraram suficiente, 7 (9,6%) consideraram suficientes e 11 (15,1%) não souberam opinar. Dentre os participantes, 46 destacaram importância e urgência em divulgar esse conhecimento usando termos “muito”, “extremamente”, “bastante”, “urgente”, “essencial” e “imprescindível”.

Os temas identificados foram: desconhecimento por parte dos profissionais e da população; proteção à criança; cuidado da mãe e famílias; e redução da sobrecarga aos serviços de saúde e de resultados por meio da detecção precoce. Os profissionais relataram importância da divulgação tanto para profissionais de saúde quanto para a

população. Dois participantes sugeriram divulgação do conhecimento somente para profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa trazem luz para a questão do conhecimento, uma vez que 80,8% dos participantes relataram não conhecer o termo TFIO e 65,8% não conheciam a SMP, em uma amostra na qual 68,5% dos respondentes atuavam diretamente com crianças. Apesar de não terem sido encontrados critérios na literatura sobre o que pode ser considerado conhecimento baixo ou satisfatório, os resultados demonstram pouca familiaridade com os termos entre os profissionais. Isto condiz com estudos anteriores ao apontar que a SMP é pouco conhecida entre profissionais de saúde.¹⁴ Embora a amostra não represente todos os profissionais brasileiros, ela evidencia baixo nível de conhecimento sobre o tema, especialmente em relação ao termo TFIO, menos reconhecido que SMP. Este, usado pela primeira vez em 1977,⁸ apareceu nos manuais diagnósticos em 1980 como transtornos factícios,⁵ mas nunca foi formalmente incluído nas classificações e manuais oficiais, permanecendo, contudo, como o termo mais utilizado para descrever doenças abusivas ou falsificações de condições.¹ O maior reconhecimento do termo SMP pode estar relacionado à sua prevalência no meio científico.

Médicos e psicólogos demonstraram maior familiaridade com o tema, com destaque para os profissionais de unidades de terapia intensiva (UTI).

Médicos, especialmente pediatras, frequentemente são os primeiros a identificar suspeitas de risco à criança,¹⁸ sendo essencial que conheçam a síndrome e saibam identificá-la rapidamente.¹⁹ O ambiente hospitalar e de terapia intensiva é, teoricamente, ideal para identificar o transtorno.⁷ Assim, o maior conhecimento da SMP por profissionais de UTI pode estar relacionado à maior exposição a casos graves, favorecendo observações clínicas mais atentas e o reconhecimento de suspeitas de abuso infantil.

Apesar disso, a SMP apresenta difícil manejo, exigindo atuação conjunta com outros profissionais para a realização do diagnóstico. Os transtornos factícios estão associados a uma série de doenças mentais maternas e não há um critério para se estabelecer o diagnóstico ou um método confirmatório, nem informações que guiem adequadamente os profissionais de saúde na avaliação e fechamento do diagnóstico.^{1,9} Diante disso, a atuação de uma equipe multidisciplinar tem sido reportada como a melhor abordagem para os casos de SMP.^{14,1,9}

Levando-se em conta o tempo de atuação dos profissionais que relataram atendimento de casos suspeitos, a associação significativa encontrada entre dez anos ou mais de prática com crianças/adolescentes e relato de atendimento 3 a 5 casos suspeitos manifesta uma frequência de atendimento de caso suspeito de 0,3-0,5% em dez anos ou mais, valor que pode ser considerado baixo. Considerando a dificuldade diagnóstica e a possibilidade de subnotificação, destaca-se a importância de capacitar equipes especializadas para a identificação dos casos.¹⁰ Um estudo em uma unidade pediátrica de Roma identificou a prevalência de 0,53% de transtornos factícios, maior que em pesquisas anteriores, graças à atuação de uma equipe interdisciplinar treinada e coordenada por especialista em SMP.¹⁰ Isso reforça que o baixo conhecimento sobre a síndrome contribui para subnotificação e prevalências reduzidas.^{11,4}

Apesar de o ambiente hospitalar favorecer o diagnóstico da SMP,⁷ a síndrome apresenta sinais variados, de moderados a graves¹⁹ e até crianças pequenas podem ser treinadas para simular doenças.¹ Os agressores podem adotar diferentes padrões de comportamento,⁹ o que torna essencial a conscientização dos profissionais de saúde infantil, especialmente porque formas leves da síndrome costumam ser subdiagnosticadas.

Baixas prevalências também podem dizer respeito ao comportamento do agressor. Perpetradoras podem deixar o hospital sem alta formal ao serem confrontadas com uma suspeita.⁷ Uma característica marcante nos transtornos factícios é o comportamento enganoso de dissimulação, caracterizando a improbabilidade dos abusadores fornecerem relato honesto e direto de seus comportamentos,¹ podendo retardar ou impossibilitar os diagnósticos.

As crenças dos profissionais também devem

ser consideradas. De forma geral, acredita-se que a mãe seria a última pessoa capaz de promover o mal para seus filhos. A resposta de dois profissionais investigados expõe essa perspectiva: “não se espera de uma mãe um comportamento desses” (S55, psicólogo/a) e “(...) culturalmente não é aceitável e por muitas vezes passa despercebido pelos profissionais” (S8, fisioterapeuta). Apesar da síndrome se caracterizar pela produção consciente das informações falsas e intencional dos sintomas,¹ o profissional tende a não aceitar essa realidade: “(...) a mãe pode não estar percebendo que está induzindo esses sintomas no filho” (S33, fisioterapeuta). As agressoras geralmente apresentam-se como mães preocupadas, dificultando a suspeita de que sejam as responsáveis pelo adoecimento da criança.⁸ Posto isto, o desconhecimento associado à presença desta crença, será fator de impedimento para que os profissionais considerem que é a mãe quem apresenta algum tipo de transtorno.

Diante destes fatores, julga-se necessário a disseminação do saber sobre esse tipo de violência à criança conforme o apontamento de vários profissionais: “Grande necessidade. Para que as consequências possam ser minimizadas” (S27, técnico/a de enfermagem); “Muito necessário. Tanto para proteção da vítima, quanto para tratar também a mãe” (S20, fisioterapeuta); “Muito necessário. Para preservar a saúde física e emocional da criança” (S58, enfermeiro/a); “Muito válido! Poupa sofrimento à criança e inclusive diminui gastos com exames e procedimentos” (S10, psicólogo/a); “Necessário pelo impacto para saúde física e mental da criança. Sobrecarga dos serviços de saúde... Por que mãe faz isso? Necessidade de suporte de saúde mental à mãe e à família” (S65, enfermeiro/a).

As respostas ressaltam a proteção da criança e a redução do sofrimento como principais motivos para divulgar a síndrome, destacando que maior conhecimento favorece a detecção precoce e a proteção das vítimas.²⁰ As pesquisas focalizam as vítimas.⁹ Agressões com dano direto são, geralmente, associadas a maiores probabilidades de insucesso na reabilitação e até a morte,¹⁴ e a percepção da gravidade da condição por parte dos profissionais de saúde e pesquisadores, provavelmente os direciona a olhar primeiramente para a vítima. Apesar disso, também se mencionou a importância de cuidados adequados à mãe e à família, além da preocupação com a sobrecarga e gastos dos serviços de saúde na tentativa de descobrir as causas dos sintomas, estes também destacados na literatura.⁷

O olhar para a mãe sugere uma postura inclusiva visando promoção de abordagens terapêuticas efetivas com as perpetradoras, para as quais também há uma demanda de cuidado,¹³ porém pouco se sabe sobre os perpetradores, visto poucos serem os estudos com maior amostragem.⁸ Uma revisão sistemática de relatos de casos e séries analisou uma amostra total

de 796 perpetradores.⁸ Os resultados apresentaram que os causadores eram do sexo feminino (97,6%), mães da vítima (95,6%), maioria casada (75,8%), média de idade de 27,6 anos. Também foram frequentemente relatadas com profissões relacionadas à saúde (45,6%), complicações obstétricas (23,5%) e histórico de maus-tratos na infância (30%). Os diagnósticos psiquiátricos mais identificados foram transtorno factício imposto a si mesmo (30,9%), transtorno de personalidade (18,6%) e depressão (14,2%). A despeito da presença de distúrbios psiquiátricos, também existem casos motivados para obtenção de benefícios financeiros.

A falta de estudos sistemáticos sobre o manejo psicológico dos distúrbios factícios pode estar ligada à recusa dos perpetradores em admitir o diagnóstico ou participar de tratamentos e pesquisas. A literatura é dominada por relatos de casos e revisões, dificultando o avanço de abordagens terapêuticas. Assim, ainda não há terapias biológicas ou psicológicas consideradas efetivas e baseadas em evidências científicas para essa condição.⁷

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de conscientização sobre o tema, destacando a importância de promover conhecimento tanto para profissionais quanto para a população em geral. No entanto, três respostas sugeriram que os programas educacionais sejam mais direcionados aos profissionais de saúde: “considero importante o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema, mas não a divulgação em meios leigos (...) a mãe poderia criar mais meios de evitar ser descoberta” (S7, enfermeiro/a); “não sei até que ponto seria benéfico realizar campanhas, mas acredito que seria interessante trabalhar o tema na formação dos profissionais de saúde” (S53, enfermeiro/a); “conscientização deve vir para os profissionais, não acredito que para a população geral possa mudar o desfecho” (S57, médico/a).

A este respeito, a revisão sistemática menciona que a conscientização da condição por pediatras melhorou após o aumento de relatos de casos e literatura médica e leiga,¹⁴ incluindo também série de casos na mídia. Nesse sentido, um dos participantes relatou que, “apesar da popularização recente através da série *The Act* o tema ainda é pouco abordado. É necessário que campanhas sejam amplamente divulgadas para que facilite a identificação para tratamento.” (S13, técnico/a de enfermagem).

Há advertências de que informar a população sobre sinais de suspeita pode levar algumas mães a se prepararem para evitar a detecção, já que quanto mais instruídas, menores as chances de cometerem erros que revelem a situação²¹. Mães com conhecimento prévio em saúde podem ainda usar esse saber para induzir sintomas nos filhos e convencer a equipe médica²². Por isso, é necessária cautela e maior aprofundamento ao propor a divulgação do tema para o público geral.

Por fim, abordam-se os procedimentos relatados

pelos profissionais para interromper essa forma de violência contra a criança em casos suspeitos. Na maioria das vezes, houve encaminhamento ao serviço de assistência social e/ou acionamento do conselho tutelar.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)²³ trata das medidas aplicáveis aos pais ou responsável pela criança e contempla, dentre outras, a possibilidade de tratamento obrigatório psiquiátrico ou psicológico para os pais, perda da guarda e, em casos de verificada a hipótese de maus-tratos, a possibilidade de afastamento do agressor do lar. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. É dele a responsabilidade de atender e aplicar medidas de proteção à criança e ao adolescente em casos de abuso dos pais ou responsáveis e de promover a execução de suas ações.

O parecer CRM/DF nº 48/2018 orienta a condução de casos suspeitos de SMP:

(...) o setor de Assistência Social da Unidade de Saúde deve ser imediatamente comunicado, que por sua vez irá notificar o Conselho Tutelar para a adoção de medidas protetivas. A equipe médica deve solicitar a presença dos familiares mais próximos da criança buscando o envolvimento e a responsabilidade para uma conduta compartilhada, especialmente na alta hospitalar. O aconselhamento de tratamento psiquiátrico do perpetrador, geralmente a mãe, se faz necessário. Por fim, considerando a vulnerabilidade da criança, a Vara da Infância também deve ser comunicada para o respaldo legal em caso da necessidade de afastamento do perpetrador do convívio da mesma, para a proteção, melhor investigação e tratamento.²⁴

Crianças vítimas de maus-tratos devem ser afastadas imediatamente dos cuidadores e acompanhadas por equipe especializada, enquanto os cuidadores recebem intervenção voltada ao manejo de transtornos mentais.¹⁸ As condutas da maioria dos respondentes são condizentes, outros optaram por ações como encaminhamento à atenção primária, enfermagem ou clínico geral. Embora não seja possível avaliar tais condutas, destaca-se a importância da capacitação para encaminhamentos adequados.

Somente uma resposta [“acionado

conselho tutelar e outro familiar responsável” (S58, enfermeiro/a], indicou o acionamento de outro familiar. As mães perpetradoras geralmente apresentam uma história de abuso na infância envolvendo privação, negligência e traumas e também são frequentes casos de desordem familiar, com ausência do pai da criança.¹¹ Portanto, os fatores familiares podem representar mais um desafio para as equipes de saúde em casos suspeitos ou confirmados da síndrome.

CONCLUSÃO

A SMP ou TFIO é um fenômeno complexo que exige investigação cuidadosa, e o diagnóstico precoce é crucial para evitar danos graves ou fatais. Os resultados do estudo remetem ao baixo conhecimento dos profissionais de saúde, destacando a necessidade de maior divulgação do tema no meio acadêmico, especialmente entre os que atuam com crianças.

Profissionais e estudantes destacaram a importância da capacitação sobre a SMP, o que reforça a necessidade de equipes especializadas para o diagnóstico precoce. Não houve clareza sobre a conscientização da população como forma de prevenção, levantando a hipótese de que a divulgação pública possa trazer riscos ao fornecer informações que auxiliem as perpetradoras. Diante disso, sugerem-se estudos futuros para avaliar os impactos dessa difusão e, no meio acadêmico, a inclusão do tema em palestras, materiais educativos e planos de ensino em áreas como psicopatologia e violência intrafamiliar.

Uma das limitações do estudo foi a falta de dados sobre a localização dos participantes, o que dificultou o mapeamento geográfico da amostra, embora se presuma que a maioria seja de Juiz de Fora e região. Também não foi identificada a área de formação dos estudantes respondentes. Diante disso e do número reduzido da amostra, recomenda-se a realização de novas pesquisas em diferentes contextos regionais.

Espera-se que esta pesquisa desperte novos olhares sobre o tema, ampliando o debate e fortalecendo ações de proteção à criança, vítimas de uma das formas mais sutis e perigosas de abuso.

REFERÊNCIAS

1. Michael K, Bursch B. Factitious Disorder Imposed on Another. In: Driver D, Thomas SS, editors. *Complex Disorders in Pediatric Psychiatry: A Clinician's Guide*. St Louis: Elsevier; 2018.
2. Lopes E, Anastácio ZC. Na teia da ficção: a complexa narrativa da síndrome de Munchausen por procuração. *INFAD Revista de Psicologia*. 2021; 9;1(2):377-82. DOI: 10.17060/ijodaep.2021.n2.v1.2192.
3. Miziara CSMG, Serrano VAG, Ferro EZ, Miziara ID. Doença fabricada ou induzida pelos cuidadores. *Saúde, Ética & Justiça*. 2020;3;25(1):28-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v25i1p28-31>.
4. Ferrão ACF, Neves MGC. Síndrome de Munchausen por Procuração: quando a mãe adoece o filho. *Comun Ciênc Saúde*. [Internet] 2013;24(2):179-86. [citado em 2022 set. 24]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/sindrome_munchausen_procuracao.pdf.
5. Gueller AS. Falhas na operação transitiva materna na Síndrome de Munchausen por procuração. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*. 2009; 12(2):276-84. DOI: 10.1590/S1415-47142009000200003.
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Internet]. Porto Alegre: Artmed; 2014. [citado em 2022 set. 24]. Disponível em: https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf.
7. Sousa D Filho, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (São Paulo)*. 2017;15(4):516-21. DOI: 10.1590/S1679-45082017MD3746.
8. Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl*. 2017;72:45-53. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.07.008.
9. Oliveira DR. Síndrome de Munchausen by Proxy: Características Psicopatológicas e Personalidade dos Agressores [dissertação] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2018 [citado em 2022 set. 30]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/115436/2/283723.pdf>.
10. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, Gatto A, Liberatore P, Binetti P et al. Factitious disorders and Münchausen syndrome: The tip of the iceberg. *J Child Health Care*. 2013;17(4):366-74. DOI: 10.1177/1367493512462262.
11. Gonçalves IM, Pimentel TC, Moura RS, Siqueira BR, Pimentel FC, Ferreira VL et al. O transtorno factício da síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por Procuração: uma revisão narrativa de literatura. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2021;13(11). DOI: doi.org/10.25248/reas.e9072.2021.
12. Mouatadir F, El Balghity F, Pérez-Pérez J, Yañez-Araque B, Gómez-Cantarino S. Child maltreatment: skills and perceptions as competencies in higher nursing education. *Children (Basel)*. 2023;10(10):1607. DOI: 10.3390/children10101607.
13. Tachibana M, Ferreira GD. O cuidado materno violento: reflexões psicanalíticas sobre a Síndrome de Munchausen por Procuração. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2020; 41(2): 229-48. DOI: 10.5433/1679-0383.2020v41n2p229.

14. Bezerra LC, Leite AAVM, Ribeiro AVG, Ponte DM, Neto MLR, Paula JA. A importância da informação dos Profissionais da Saúde sobre a Síndrome de Munchausen por procuração: Uma Revisão Sistemática. *Saúde Coletiva*. 2020;10(58):3935–50. DOI: 10.36489/audecoletiva.2020v10i58p3935-3950.
15. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Temáticas*. 2014; 22(44):203–20. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977.
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
17. Sousa JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. *Revista Pesquisa e Debate em Educação*. 2020; 10(2):1396–416. DOI: 10.34019/2237-9444.2020.v10.31559.
18. Osorio-Acuña LC, Angulo-Mosquera M, Salazar-Solarte AM, Aristizabal-Henao C, Torres-Canchala L, Gómez-Castro JF. Hipoglucemia grave recorrente secundária a transtorno factício por poderes. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2021;88(4):152–5. DOI:10.35366/102780.
19. Tozzo P, Picozzi M, Caenazzo L. Munchausen Syndrome by Proxy: balancing ethical and clinical challenges for healthcare professionals Ethical consideration in factitious disorders. *Clin Ter*. 2018;169(3):e129–34. DOI: 10.7417/T.2018.2067.
20. Pires JM, Molle LD. Münchausen syndrome by proxy - two case reports. *Jornal de Pediatria*. 1999;75(4):281–6. DOI: 10.2223/jped.321.
21. Caldas N, Caldas Neto S, Oliveira CR, Leal MC, Moraes S. Transtornos factícios por procuração: discussão de um caso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2001;67(5):733–6. DOI: 10.1590/S0034-72992001000500021.
22. Gonçalves TG, Motta MEG, Kegler P, Macedo MMK. Síndrome de Munchausen by proxy: definición, contextualización y factores psíquicos involucrados. *Revista de Psicología (PUCP)* [Internet]. 2025 [citado em 2023 jun. 10];32(1):139–56. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000100006&lng=es&nrm=iso.
23. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*; 1990 [citado 2023 jun. 8]; Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
24. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Departamento de Processos Éticos e Sindicâncias. Processo-Consulta CRM/DF nº 65/2018, Parecer CRM/DF nº 48/2018. Relator Carmem Livia Faria da Silva Martins [Internet]; 2018 [citado em 2023 jun. 15]; Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/DF/2018/48_2018.pdf.