

**SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO:
reconhecendo uma das formas mais letais de violência
contra crianças e adolescentes**



Andréa Fernandes Lucchi

andyLucchi@yahoo.com.br

Psicóloga clínica. Possui especialização em *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) e hipnose clínica. Pesquisa o tema da violência doméstica, especialmente, a Síndrome de Munchausen por Procuração (MSBP)..

Mariah Nóbrega Beltrami

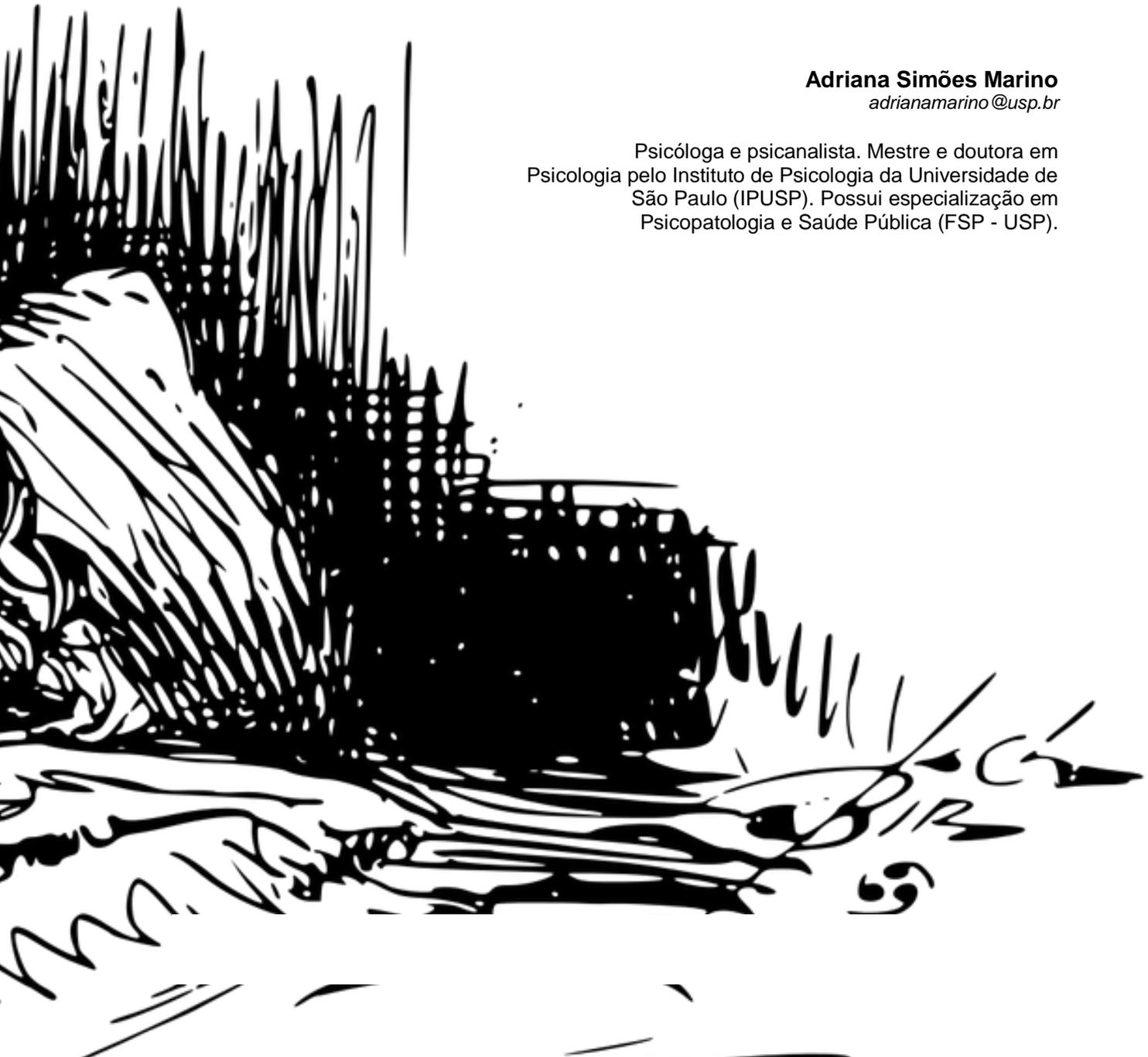
mariah.beltrami@gmail.com

Psicóloga e psicanalista. Especialista em Psicanálise e Linguagem pela PUC-SP. Sócia no Espaço Singular Clínica de Psicologia.

Adriana Simões Marino

adrianamarino@usp.br

Psicóloga e psicanalista. Mestre e doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Possui especialização em Psicopatologia e Saúde Pública (FSP - USP).



Síndrome de Munchausen por Procuração: reconhecendo uma das formas mais letais de violência contra crianças e adolescentes

Munchausen Syndrome by Proxy: recognizing one of the most lethal forms of violence against children and teenagers

Síndrome de Munchausen por procuración: reconociendo una de las formas más letales de violencia contra niños y adolescentes

Resumo

O trabalho busca elucidar uma das formas mais letais de violência doméstica contra crianças e adolescentes, a Síndrome de Munchausen por Procuração. Pouco pesquisada no Brasil, esta síndrome se caracteriza pela criação de falsas histórias médicas, sustentadas pela indução ou simulação de ferimentos e doenças em outrem, tendo como objetivo receber atenção da equipe médica. Na maioria dos casos, o perpetrador é a mãe que passa a fabricar uma série de sintomas em seus próprios filhos que são mantidos coagidos em uma relação marcada pelo silenciamento. O trabalho apresenta uma revisão da literatura sobre o assunto, atentando às referências permeadas pela narrativa de três casos conhecidos da literatura, ou seja, nos quais o relato é o instrumento-chave para uma abordagem descritiva e elucidativa da temática. Em seu curso, o texto articula o tema com a Síndrome de Estocolmo e traz, como hipótese de investigação, traços da personalidade narcísica e antissocial relacionados à história de vida dos agressores, muitas vezes atravessada pela violência doméstica. Na primeira parte do trabalho, são trazidos alguns elementos históricos desta síndrome. Em seguida, três casos compõem o debate teórico e, por fim, apresentam-se as considerações finais, cujo objetivo é atentar à necessidade de se fazer o reconhecimento desta forma de abuso, especialmente pelos profissionais ligados ao atendimento da população infantojuvenil.

Palavras-chave: adolescente; criança; Síndrome de Munchausen por Procuração; violência doméstica

Abstract

The work aims to elucidate one of the most lethal forms of domestic violence against children and teenagers, the Munchausen Syndrome by Proxy. Although insufficiently studied in Brazil, this syndrome is characterized by the creation of false medical stories, supported by induction or simulating injury and illness in others, aiming to receive attention from medical staff. In most cases, the perpetrator is the mother who begins to manufacture a range of symptoms on their own children who are kept coerced into a silent relationship. The paper presents a review from the literature on the subject, noting the references permeated by the narrative of three known cases from the literature, ie, in which the story is a key instrument for a descriptive approach and explanatory of the theme. In its course, the text articulates the theme with the Stockholm syndrome and brings, as a research hypothesis, the narcissistic and antisocial personality related to the aggressors' history of life often crossed by domestic violence. In the first part of the work, some elements are brought about the history of this syndrome. Then three cases are brought punctuated by theoretical debate aimed at its characterization and finally, presents the final considerations, the objective is to consider the necessity of making the recognition of this form of abuse, especially by professionals who take care to this population.

Keywords: teenager, child; Munchausen Syndrome by Proxy; domestic violence

Resumen

El trabajo busca dilucidar una de las formas más letales de violencia doméstica contra niños y adolescentes, el Síndrome de Munchausen por Procuración. Poco investigado en Brasil, este síndrome se caracteriza por la creación de historias clínicas falsas, sustentadas en la inducción o simulación de lesiones y enfermedades en otros, con el objetivo de recibir atención del equipo médico. En la mayoría de los casos, la victimaria es la madre que comienza a fabricar una serie de síntomas en sus propios hijos que se mantienen coaccionados en una relación marcada por el silenciamiento. El artículo presenta una revisión bibliográfica sobre el tema, prestando atención a las referencias permeadas por la narración de tres casos conocidos en la literatura, o sea, en los que el relato es el instrumento clave para un abordaje descriptivo y esclarecedor del tema. En su recorrido, el texto articula el tema con el Síndrome de Estocolmo y trae, como hipótesis de investigación, rasgos de personalidad narcisista y antisocial relacionados con la historia de vida de los agresores, muchas veces atravesada por la violencia doméstica. En la primera parte del trabajo se traen algunos elementos históricos de este síndrome. Luego, tres casos componen el debate teórico y, finalmente, se presentan las consideraciones finales, cuyo objetivo es prestar atención a la necesidad de reconocer esta forma de maltrato, especialmente por parte de los profesionales involucrados en la atención a la población infanto-juvenil.

Palabras clave: adolescente; niño; síndrome de Munchausen por procuración; la violencia doméstica

Introdução

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Art. 227, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)

O presente trabalho é resultado de uma série de pesquisas realizadas por um grupo de psicólogas que se dedicaram ao estudo da violência doméstica e social e, em especial, pelo interesse comum acerca de uma específica forma de violência contra crianças e adolescentes, a Síndrome de Munchausen por Procuração - conhecida pela sigla de sua nomenclatura original em inglês, *Munchausen Syndrome by Proxy* (MSBP).

O grupo formou-se em 2005, durante a graduação no curso de Psicologia da Universidade São Marcos, instigado pelo referido tema. Desde a sua formação, o grupo atraiu demais estudantes interessados em debater e atuar nesse campo de pesquisa, ampliando o espectro de sua atuação por meio de intervenções psicossociais em diferentes instituições dedicadas à defesa e ao cuidado de crianças e adolescentes vítimas da violência doméstica e social, como instituições de acolhimento e centros de referência ao atendimento de crianças e adolescentes.

A criação do Núcleo de Estudos de MSBP e Violência contra Crianças e Adolescentes na Universidade São Marcos, teve como objetivo marcar as realizações do grupo e, principalmente, manter acesa a chama de sua causa, isto é, o combate à violência infantojuvenil. Dessa maneira, o presente trabalho é parte desse exercício de enfrentamento e tem como cerne a transmissão de uma parte importante das pesquisas realizadas.

O objetivo deste trabalho é elucidar esse tipo de abuso pouco pesquisado no meio acadêmico nacional, por meio de casos escolhidos da literatura. Conforme salientam Heloani e Lancman (2004), a “história de vida” é a narrativa que alguém faz a respeito de sua própria experiência, sendo o “estudo de caso” o aprofundamento sobre qualquer organização, grupo de pessoas ou mesmo de uma única pessoa. Aqui, como salientamos, os casos foram escolhidos por trazerem uma narrativa de suas histórias de vida, suas vivências singulares.

Na primeira parte do trabalho, apresentamos um recorte histórico sobre o assunto, atentando às histórias fantásticas do barão de Munchausen - razão pela qual se convencionou chamar de Síndrome de Munchausen o conjunto de sintomas caracterizados pela fabricação ou simulação de sintomas e doenças na própria pessoa para receber atenção da equipe médica. A MSBP é uma variação dessa síndrome, cuja particularidade é ser perpetrada a um outro, geralmente a mãe para com um filho.

Os três relatos de casos trazidos são entrecortados pelo debate teórico que tem como objetivo elucidar as características da MSBP. Por se tratar de uma revisão da literatura, o trabalho não privilegia uma abordagem teórica específica, mas sim uma articulação entre diversos autores reconhecidos como especialistas no assunto e cujas concepções teóricas convergem para algumas das reflexões propostas, como a articulação com o tema da Síndrome de Estocolmo e os traços de personalidade narcísica e antissocial relacionados à história de vida do perpetrador.

Por fim, como pretendemos enfatizar neste trabalho, é preciso que o profissional ligado ao atendimento da população infantojuvenil (médicos, professores, assistentes sociais, psicólogos, juízes especiais, etc.) e, especialmente, a equipe multiprofissional em equipamentos de saúde, esteja atento para esta forma de abuso, cuja diagnóstica, como veremos, é de alta complexidade, para que se possa reconhecê-la e, possivelmente, mitigar seus efeitos.

Histórias de um barão fantástico

O termo “Munchausen” diz da história de vida do barão Karl von Munchausen que viveu no século XVIII e lutou pelo exército alemão contra a Turquia. Ao retornar para casa, costumava contar histórias inverossímeis, exageradas e fantásticas a respeito das batalhas. Era conhecido também como “Barão Mentiroso”. Como nas histórias factícias do barão, as pessoas acometidas pela síndrome se caracterizam por produzir, intencionalmente, sintomas ou provocar doenças físicas e mentais em si mesmas ou em terceiros. Mentem sobre suas histórias de vida e sobre a sintomatologia que apresentam.

Asher (1952) usou o termo “Síndrome de Munchausen” para descrever certos pacientes que apresentavam quadros caracterizados por doenças crônicas, mas factícias. Esses casos apresentavam sintomas recorrentes e exagerados em termos de sua descrição sintomatológica, sendo que, na verdade, os pacientes simulavam e provocavam os sintomas e doenças em si mesmos para chamarem atenção da equipe médica.

A Síndrome de Munchausen, assim como a Síndrome de Munchausen por Procuração (MSBP), compõem quadros específicos que fazem parte dos “Transtornos Factícios” (DSM-IV)¹, cujo objetivo é conseguir a atenção e o cuidado da equipe médica. Os portadores desse transtorno apresentam uma característica compulsiva. Muitas vezes, passam a vida peregrinando em hospitais, dificultando o diagnóstico por conta da descontinuidade do atendimento nos diferentes registros médicos.

¹ O DSM-V (2014), insere a MSBP como Transtorno Factício Imposto a Outro.

A MSBP ou Síndrome de Polle (nome da filha do barão que morreu, misteriosamente, com um ano de idade) é uma das formas mais letais de abuso infantojuvenil, tendo sido descrita pela primeira vez em 1977, pelo pediatra britânico Samuel Roy Meadow. Instigado, inicialmente, pela Síndrome da Morte Súbita Infantil, viu-se diante de casos suspeitos. Em suas investigações, deparou-se com o fenômeno da MSBP e alcançou o reconhecimento nos âmbitos médico e jurídico (Feldman, 2004). Conforme dados trazidos por Sheridan (2003), as vítimas são, geralmente, crianças menores de quatro anos de idade, sendo que metade dessas tem até dois anos. Dos casos registrados, entre seis e 10% são fatais, sendo que 76,5% são perpetrados pela mãe e, comumente, também acomete os filhos subsequentes.

Como enfatizado anteriormente, a síndrome é caracterizada pela criação de falsas histórias médicas, em que amostras laboratoriais são contaminadas, registros médicos são alterados e ferimentos e doenças são induzidos. A motivação é chamar atenção da equipe médica por meio do adoecimento do outro (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003; Feldman, 2004). Como abordaremos a seguir, o perpetrador geralmente teve uma história de vida marcada por familiares doentes, visitas contínuas a hospitais, sendo, muitas vezes, um profissional da área médica (na maioria dos casos, enfermeiros).

Narrativas em segredo: algemas veladas

Fico confusa. O que é exatamente uma dor de cabeça? É quando meus olhos estão doendo? Quando sinto tontura no ônibus? Fico pensando, tentando imaginar a resposta correta (Gregory, 2004, p. 43)

Como exemplo inicial de MSBP, podemos citar o caso da resiliente Julie Gregory, autora do livro “Eu não sou doente” (2004), que conta com detalhes a dinâmica dessa síndrome na qual foi vitimada. Julie descreve que passou longos anos de sua vida com uma altura desproporcional ao seu pouco peso, nas suas palavras: “Para começar, eu era uma criança doente. Alta e magricela, frágil” (p.18). Sua mãe, Sandy, a submetia a diversos exames diariamente, além de cirurgias desnecessárias e arriscadas. Com apenas cinco anos, foi induzida a dizer que tinha dores de cabeça quando nem ao menos sabia o que isso significava. Em síntese, sempre teve a nítida certeza de que era doente e de que, a qualquer momento, poderia morrer.

As pessoas que sofrem com essa síndrome, como a mãe de Julie, apresentam um quadro de pseudologia fantástica (mentira patológica), ou seja, são especialistas em mentir sobre sua história de vida ou sobre a sintomatologia de suas vítimas. Incentivos externos estão ausentes ou são secundários nesse panorama, ou seja, seu objetivo é conseguir atenção e os cuidados de médicos e enfermeiros. Tais pessoas têm uma característica compulsiva, de repetição incontrolável, que pode ser comparada ao comportamento da dependência de drogas. Muitas vezes, como enfatizado, passam a vida transitando de um hospital a outro (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Julie passou sua infância e adolescência apresentando sintomas e doenças induzidos e simulados por sua mãe, que ludibriava inúmeras equipes médicas e torturava psicologicamente sua filha com a ideia de que nenhum médico seria competente o suficiente para descobrir-lhe um diagnóstico. Apresentava um comportamento típico de quem é acometida por MSBP: a mãe de Julie chamava, constantemente, as equipes médicas de incompetentes e ameaçava processar os hospitais. As internações sempre culminavam com uma nova busca por outro hospital. A teatralidade da mãe fazia com que a preocupação com a saúde da filha parecesse genuína. Sempre sedutora, conquistava a estima da equipe médica (Gregory, 2004).

Os autores relatam que, em sua maioria, pessoas portadoras de MSBP foram vítimas de algum tipo de violência na infância. Segundo Gregory (2004), sua genitora, quando criança, passou por um período de vida difícil com sua própria mãe, Magde. Deixava a filha sozinha na presença de homens mais velhos, não se preocupava com sua alimentação e permitia o convívio abusivo com seu segundo marido (com quem Sandy, por vezes, fora obrigada a manter relações sexuais). Certa vez, na garagem de sua casa, o irmão mais velho de Sandy a estuprou; ela tentou pedir ajuda à mãe que, como resposta ao seu apelo, destratou-a, fechando a porta violentamente e, permitindo, assim, a consumação do ato apesar das lágrimas e gritos de protesto.

Como mencionado anteriormente, o portador da síndrome geralmente tenta perpetrar o abuso nos demais filhos. Gregory relata que Sandy tentou repetir o ato criminoso com seu irmão menor, mas ela sempre o defendeu, impedindo o abuso (Gregory, 2004).

A maior dificuldade está em detectar e provar esse tipo de delito em função da falta de capacitação dos profissionais da saúde, do direito e demais profissionais ligados à infância e juventude. Como resultado, essas mães saem impunes na maioria dos casos, sentenciando seus filhos a um eterno cativo (Feldman, 2004; Gregory, 2004). Para as crianças, como em qualquer forma de abuso, a lei do silêncio funciona como algemas veladas, desamparando crianças indefesas e colaborando, assim, para a perpetração do crime.

Cabe salientar que a mãe de Julie mantinha outras crianças e idosos em seus cuidados para que pudesse receber benefícios financeiros do governo. Julie tentou, sem sucesso, tirar de sua mãe a guarda das crianças adotivas (que também sofriam com os abusos) e de seu irmão mais novo. Apesar das periódicas visitas da assistência social, nada conseguiu ser provado e Sandy não perdeu a guarda de nenhuma criança, nem foi julgada por seus crimes ou encaminhada a um tratamento psicológico ou psiquiátrico (Gregory, 2004).

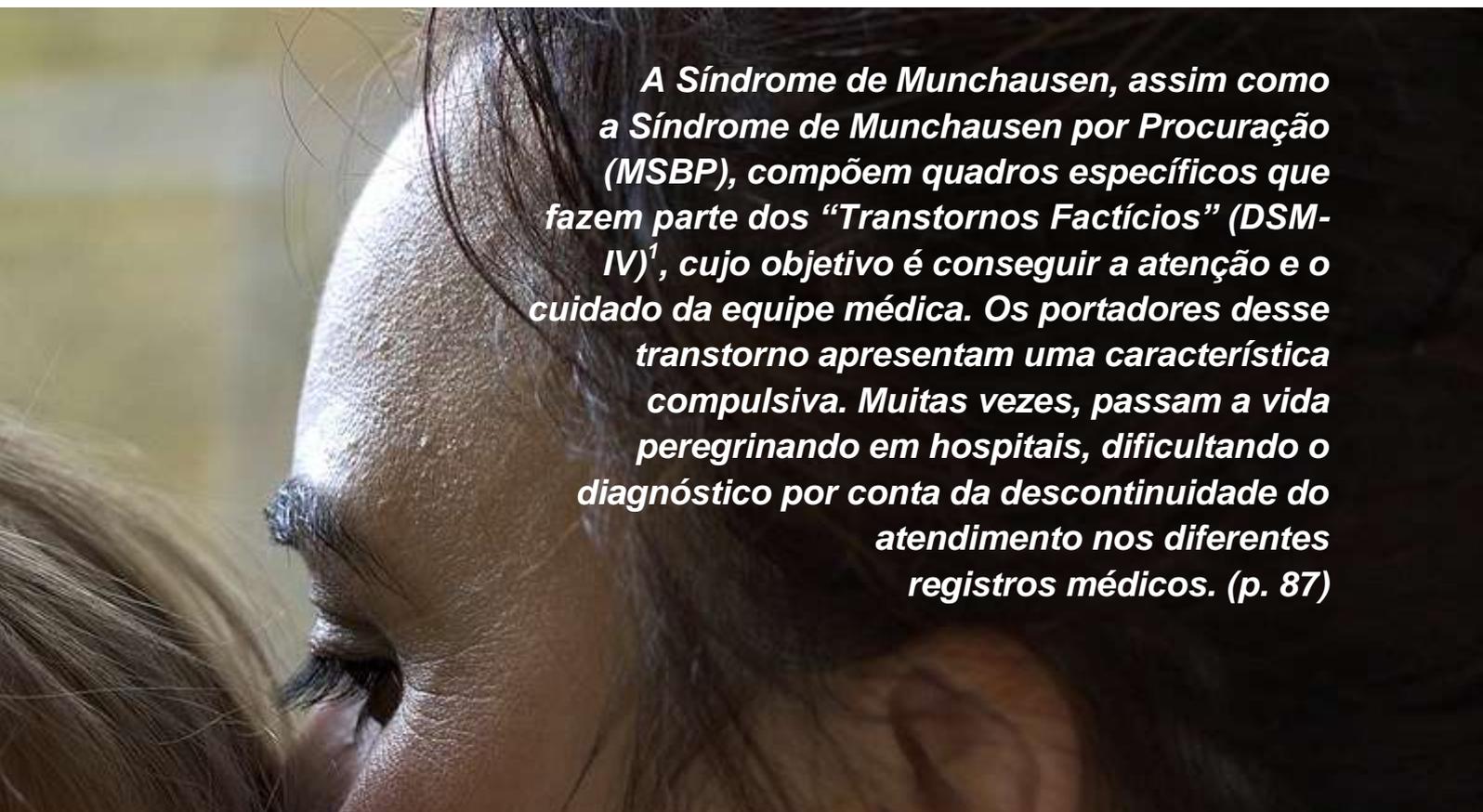
Segundo Kaplan, Sadock, Grebb (2003) e Feldman (2004), essas mães sofrem de um transtorno de personalidade grave, muito difícil de lidar e tratar. As testagens psicológicas mostram que, nos Transtornos Factícios, a pessoa traz um coeficiente de inteligência acima da média, fracos sentimentos de identidade, comorbidade psiquiátrica, confusão acerca da sexualidade, baixa tolerância à frustração, dependência e narcisismo (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003; Feldman, 2004).

Dessa maneira, uma das hipóteses é o Transtorno de Personalidade Narcísica, caracterizado por um senso aumentado de sua própria importância, de sentimentos de grandiosidade e egocentrismo. Esse transtorno é mais comum em pessoas que tiveram, durante sua infância, pais com um senso irreal de seus atributos (onipotência, grandiosidade). Esperam ser tratados de forma diferenciada em função da grandiosidade que atribuem a si mesmos. Reagem de maneira desproporcional às críticas que recebem (*over reaction*) e podem responder agressivamente.



Além de induzir e simular os sintomas em Julie, sua mãe ameaçava-a dizendo que iria se matar caso ela se rebelasse ou lhe negasse amor. Além disso, no decorrer dos anos, fez com que seu marido, pai de Julie, sempre calmo e passivo, se tornasse uma pessoa extremamente desequilibrada e irritada, resultando, anos mais tarde, na sua separação (Gregory, 2004). Como podemos acompanhar, manipuladores e pretensiosos, seus relacionamentos tendem a ser frágeis e deixam seus parceiros furiosos. São incapazes de mostrar empatia e fingem solidariedade somente para alcançar seus objetivos.

Outra hipótese situa a perpetradora como sendo portadora de uma personalidade antissocial. A justificativa ficaria a cargo de uma série de fenômenos que podem compor quadros marcados por atos perversos, caracterizados por requintes de crueldade, pois, sem culpa, infligem todo o tipo de sofrimento a seus filhos, somente visando suprir suas exigências egoístas (Winnicott, 1999). A falta de empatia, que marca a personalidade da maioria dos antissociais, pode ser vista nessas mães, apesar da teatralidade que as impulsionam a fingir preocupação com a saúde dos filhos. Em diversos relatos médicos, quando não se percebe observado, o perpetrador mostra-se indiferente e até cruel em seus atos e comentários (Feldman, 2004; Gregory, 2004).



A Síndrome de Munchausen, assim como a Síndrome de Munchausen por Procuração (MSBP), compõem quadros específicos que fazem parte dos “Transtornos Factícios” (DSM-IV)¹, cujo objetivo é conseguir a atenção e o cuidado da equipe médica. Os portadores desse transtorno apresentam uma característica compulsiva. Muitas vezes, passam a vida peregrinando em hospitais, dificultando o diagnóstico por conta da descontinuidade do atendimento nos diferentes registros médicos. (p. 87)

Quando encaminhados à psicoterapia, verifica-se que, em pleno funcionamento de suas defesas, esses pacientes conseguem dominar seus sentimentos de raiva, ansiedade, depressão, vergonha ou culpa (são manipuladores). Como seu comportamento é, geralmente, ego-sintônico, ou seja, em sintonia com sua consciência, sem culpa, eles relutam em participar de um processo terapêutico (por temerem, de maneira não consciente, que suas defesas sejam quebradas, o que, supostamente, os levariam a perder o controle). Quanto mais efetivas as suas defesas, mais reprimidas ficam sua ansiedade e depressão (mantendo o humor estabilizado) (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Outro caso interessante de MSBP foi relatado pela Sociedade Chilena de Psiquiatria (Maida, Molina & Erazo, 2001). Lucia, uma jovem mãe de 33 anos, deu entrada no Hospital Calvo Mackenna, em agosto de 1998, com sua filha Ester. A criança de 28 dias apresentava um quadro respiratório obstrutivo e sangramento pela boca e fossas nasais. Os médicos decidiram interná-la por causa da gravidade do quadro e também por conta dos alarmantes antecedentes da mãe que dizia ter tido cinco filhos anteriores a Ester, sendo que todos haviam falecido subitamente.

Descobriu-se que cada uma das crianças ingressava no hospital com problemas respiratórios, diarreia ou convulsões. Com poucos dias de vida as crianças já eram levadas ao hospital por conta das crises. Internadas, melhoravam e recebiam alta, gozando de perfeita saúde. As mortes sempre ocorriam em casa, quando a mãe se encontrava sozinha com as crianças. O primeiro filho faleceu com cinco meses e teve o atestado de óbito extraviado; o segundo filho, aos oito meses, recebeu um laudo justificando sua morte por pneumonia bilateral aguda e distrofia; o terceiro, de três meses, recebeu um laudo atestando morte por asfixia e o último, com quatorze dias, recebeu um atestado de óbito de asfixia por aspiração de vômito. Nas palavras de Feldman (2004b):

Quando um caso é finalmente reconhecido, até 25 % dos irmãos da criança afetada já vieram a falecer, muito provavelmente vítimas anteriores do perpetrador. Somente quando o segundo, o terceiro ou o quarto filho da família apresenta os mesmos tipos de sintomas, os profissionais e as autoridades legais são obrigados a reconhecer que a maternidade pode distorcer-se em um tipo de relação doentia de abuso (p. 12)

A avaliação psicológica da mãe, no teste Rorschach (instrumento projetivo comumente utilizado nesses casos), revelou alteração no juízo da realidade, dificuldade de manejo e controle dos impulsos agressivos, tendência à mentira consciente, encobrimento e simulação, perda de limite de tempo, baixa tolerância à frustração e recalque do papel feminino e das funções biológicas (Idem).

Diante desse quadro, como medida de proteção à criança em situação de risco, o juiz decretou imediatamente o afastamento da mãe e uma investigação minuciosa se iniciou. Descobriram um histórico de internação anterior, em razão de um episódio psicótico da mãe, e soube-se que as mortes de cada uma das crianças coincidiam com as datas dos abandonos de seus antigos companheiros.

Assim como no caso acima, a mãe, algumas vezes, é condenada e perde o poder familiar sobre a criança. Quando indiciadas, representam verdadeiros estorvos para as equipes dos hospitais e para o sistema judiciário. Para lidar com esses casos, é necessário que se crie uma equipe multidisciplinar atenta à possibilidade de se depararem com esses casos (nenhuma abordagem terapêutica revelou-se, até o momento, capaz de produzir uma remissão dos sintomas).

A taxa de mortalidade é maior durante a infância, sendo que as crianças que sobrevivem, em sua maioria, tendem a desenvolver Transtornos Somatoformes² ou também Factícios na idade adulta (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003; Ebert, Loosen & Nurcombe, 1996).

De acordo com os relatos, a dinâmica desta síndrome implica uma história pregressa de uma infância difícil. Na maioria dos casos, o perpetrador recebeu uma maternagem insuficiente, marcada por traumas na infância, que impossibilitaram o surgimento de um ego estruturado - entendido como pilar da formação da personalidade e da possibilidade de superação -, levando a vítima a repetir o papel do algoz (Melillo, 2005).

Além disso, em alguns casos, um estranho elo é criado entre perpetrador e vítima. Este quadro é chamado de Síndrome de Estocolmo que, apesar de não constar nos manuais psiquiátricos, é usado por psicólogos e médicos para explicarem a dependência algoz-vítima. A Síndrome de Estocolmo é caracterizada por uma adaptação ao estresse extremo em condições de cativo e tortura. A vítima a desenvolve como estratégia de sobrevivência (*coping strategies*) e tende a usar como mecanismo de enfrentamento a empatia com o abusador, em uma tentativa de obter algum tipo de controle na situação de desamparo e dependência máxima na qual se encontra (Montero, 2000).

² Conforme traz a CID-10, os Transtornos Somatoformes (F45) têm como característica essencial a presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar dos médicos nada conseguirem encontrar de anormal e afirmarem que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito. Cabe salientar que, diferentemente da MSBP, neste caso, os pacientes não provocam ou simulam os sintomas. Eles sentem os sintomas como verdadeiros e acreditam, de fato, estarem doentes.

Essa síndrome pode ocorrer em prisioneiros, pessoas sequestradas, mulheres e crianças abusadas. A vítima desenvolve sentimentos confusos em relação ao seu algoz, incluindo compaixão pelo abusador e, até mesmo, amor. A pessoa não crê que o abusador possa ser responsável por seu sofrimento, mas acredita que ela própria provoca o infortúnio do algoz que culmina em castigos merecidos (Idem).

Baseado na descrição do quadro acima, pode-se supor que as vítimas da MSBP comumente sofrem da Síndrome de Estocolmo - o amor que deveriam sentir em relação à mãe se confunde com o temor extremo e a dependência absoluta. A vítima começa a se ver pelos olhos do abusador e a se submeter a todo tipo de exigências, passivamente. As crianças vítimas dessa síndrome comumente são cúmplices de suas mães ou pais na fabricação de sintomas. Não contam aos médicos o que está realmente acontecendo, mesmo posteriormente, quando ocorre uma separação. Essas crianças acreditam que seu cuidador é alguém frágil, que realmente precisa que elas fiquem doentes e acreditam que perderão o amor de seus pais se a verdade vier à tona, como no caso de Julie:

-Não se preocupe mamãe. Está tudo bem. Nós vamos encontrar outro médico. Era assim que eu a tranquilizava, dizendo a ela que simplesmente não desistiríamos.

-Olhe, eu estou tentando ajudá-la a resolver seu problema, sacrificando minha vida para encontrar que diabos há de errado com você. Então pare de estragar tudo agindo como se tudo estivesse normal. Mostre a eles como você é doente e vamos chegar às raízes do seu problema, tá certo?

-Tá bem. (Gregory, 2004, p. 20)

Maida, Molina e Carrasco (1999) apresentaram um caso clínico que ilustra a Síndrome de Estocolmo em uma vítima de MSBP. Uma menina de 12 anos deu entrada ao hospital acompanhada de sua mãe, com um quadro de depressão e dores paralisantes nas pernas. Os exames não revelaram causas orgânicas.

A dinâmica familiar mostrou ser complexa, pois mãe e filha viviam extremamente isoladas e a criança não frequentava a escola devido às constantes hospitalizações. A menina, no hospital, ao ser interpelada sobre suas dores, não respondia; era a mãe quem falava por ela e, quando era obrigada a falar, trocavam olhares, visando aprovação ou reprovação.

O quadro piorou e a mãe costumava falar para a menina aceitar a morte, porque seu caso era gravíssimo. Não obstante, os médicos nada encontravam que justificasse o quadro. Quando os médicos informaram a ambas que as dores poderiam ser de ordem psicológica, a mãe teve uma reação típica de MSBP: ameaçou processar o hospital e retirar sua filha da instituição. A menina chegou a apresentar paralisia total e perdeu o controle dos esfíncteres – melhorou quando a afastaram da mãe.

O teste Rorschach revelou que a mãe apresentava uma personalidade infantil, com um alto grau de agressividade e ideias paranoicas. Na menina foi observado um importante atraso psicoemocional, dependência materna e uma personalidade muito sugestionável. Assim que o abuso foi constatado, mãe e filha foram separadas. A filha foi viver com uma irmã mais velha, que estava afastada da família, não apresentou nenhum quadro similar e voltou à vida normal, retomando seus estudos. As últimas notícias da menina foram de que ela havia procurado sua mãe para manter contato diário e, novamente juntas, iniciaram uma busca obsessiva por diagnósticos e patologias.

Para que não se pretenda uma leitura determinista dos fenômenos da violência, diferente desses últimos casos apresentados, Gregory pôde lidar com os traumas de sua história de vida de uma maneira diferente. Depois de embrenhar-se pela busca de suas “verdadeiras” dores, pôde cuidar dos seus traumas. Acabou por estudar psicologia e psiquiatria e se tornou uma das maiores pesquisadoras do assunto. Hoje, é porta-voz das vítimas da MSBP e dá suporte por meio de palestras, livros e intervenções psicossociais (Gregory, 2004).

Considerações finais

Neste trabalho, tivemos como objetivo trazer as características da Síndrome de Munchausen por Procuração (MSBP), uma das formas mais letais de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Por meio das articulações teóricas, entrecortadas pelos casos teóricos apresentados, pudemos concluir quão importante é a realização do diagnóstico, estar atento para os sinais característicos da MSBP, intervir de maneira precoce, minimizar os riscos e evitar o pior.

Referências

- Asher, R. (1952). Munchausen's Syndrome. *Lancet*. 1 (339-41).
- Constituição da República Federativa do Brasil* (1988, 5 de outubro). (2008). (4a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Elbert, M. H.; Loosen, P. T. & Nurcombe, B. (1996). *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Feldman, M. D. D. C. (2004). *Marc Feldman's Munchausen Syndrome, Malingering, Factitious Disorders & Syndrome Munchausen by Proxy*. Recuperado em 20 de março de 2004, de <http://www.munchausen.com>.
- Feldman, M. D. D. C. (2004b). Prefácio. In Gregory, J. *Eu Não Sou Doente: a verdadeira história de uma vítima da síndrome de Munchausen por procuração*. (p.11-15). São Paulo: ARX.
- Friedman, H & Schustack, M. (2004). *Teorias da Personalidade: da Pesquisa Clássica à Pesquisa Moderna*. (2a ed). São Paulo: Prentice Hall.
- Gregory, J. (2004). *Eu Não Sou Doente: a verdadeira história de uma vítima da síndrome de Munchausen por procuração*. São Paulo: ARX.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria*. (7a ed.) São Paulo: Artmed.
- Maida, A. M.; Molina, M. E. & Carrasco, X. (1999). Síndrome de Munchausen por poder: um diagnóstico a considerar. *Revista Chilena Pediátrica*. 70(3). Recuperado em cinco de maio de 2005, de <http://www.scielo.cl/scielo.phd>.
- Maida, A. M.; Molina, M. E. & Erazo, R. (2001). Síndrome de Munchausen por poder, una presentación inusual. *Revista Médica Chilena*. 29(8). Recuperado em sete de maio de 2005, de <http://www.scielo.cl/scielo.phd>.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (2014). American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed.
- Melillo, A. (2005). Resiliência, el pensamiento de Boris Cyrulnik. In Melillo, A. *Perpectivas Sistêmicas*. (17a ed.). Argentina: Buenos Aires.
- Montero, A. (2000). *El Síndrome de Estocolmo Doméstico em Mujeres Maltratadas*. Recuperado em sete de maio de 2005, de <http://www.sepv.org>.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2007). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID-10*. (Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português). (10a ed.). São Paulo: Editora Universidade de São Paulo.
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl*. 27(4). Recuperado em 14 de outubro de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12686328>.
- Stone, M. H. (2005). The far side of Narcissism. In Lippi, J. R. S. *Ofensas sexuais, estudo multidisciplinar*. São Paulo: Abtos.
- Winnicott, D. (1999). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

COMO CITAR ESTE TEXTO

Lucchi, A.F.; Beltrami, M.N.; Marino, A.S. (2022). Síndrome de Munchausen por Procuração: reconhecendo uma das formas mais letais de violência contra crianças e adolescentes. *Pathos: Revista Brasileira de Práticas Públicas e Psicopatologia*, v. 08, n. 01, 12-31.

RECEBIDO EM: 10/04/2022
APROVADO EM: 30/05/2022