

Doença fabricada ou induzida pelos cuidadores: maus-tratos graves e silencioso

Fabricated or Induced Illness by Carers: severe and silent abuse

Carmen Silvia Molleis Galego Miziara¹, Virginia Aparecida Gelmeti Serrano², Emilio Zuolo Ferro³, Ivan Dieb Miziara⁴

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v25i1p28-31>

Miziara CSMG, Serrano VAG, Ferro EZ, Miziara ID. Doença fabricada ou induzida pelos cuidadores: maus-tratos graves e silencioso. *Saúde, Ética & Justiça*. 2020;25(1):28-31.

RESUMO: A doença fabricada ou induzida pelo cuidador, também conhecida como síndrome de Munchausen por procuração, é uma das formas graves de maus-tratos, na qual o cuidador, geralmente a mãe biológica da criança, exagera ou causa deliberadamente sintomas na criança, assim, o seu diagnóstico torna-se difícil de ser realizado. Diversos métodos podem ser utilizados pelo perpetrador para produzir os sinais e sintomas na criança, os quais, em grande parte, são compatíveis com as enfermidades observadas nessa época da vida, dificultando ainda mais seu reconhecimento. As consequências advindas da falha diagnóstica são inúmeras, incluindo sofrimento físico e emocional decorrentes dos meios diagnósticos aplicados e eventos adversos a medicamentos desnecessários. A utilização de insulina para desencadear crises epiléticas de origem metabólica e de medicamentos antiepiléticos para induzir reações motoras e cognitivas podem ser artifícios frequentes empregados pelo agressor. Este estudo teve como objetivo relatar o caso de um menino diagnosticado com encefalopatia epilética, cujos sinais e sintomas, como foi descoberto posteriormente, eram produzidos pela mãe por meio da administração de insulina, de fenobarbital e de carbamazepina. A importância dessa discussão versa sobre a necessidade de os médicos ficarem atentos a esse possível diagnóstico. Alguns critérios podem ser considerados na busca pelo diagnóstico correto.

DESCRITORES: Síndrome de Munchausen Causada por Terceiro; Maus-Tratos Infantis; Convulsões; Doenças do Sistema Nervoso Central.

1. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: carmen.miziara@hc.fm.usp.br

2. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: virginia.serrano@hc.fm.usp.br

3. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: emilio.zferro@hc.fm.usp.br

4. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: miz@uol.com.br

Endereço para correspondência: Carmen Silvia Molleis Galego Miziara. Rua Teodoro Sampaio, 352 – conjunto 22 – Cerqueira César – São Paulo, SP. E-mail: carmen.miziara@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO

Maus-tratos contra a criança é violação dos direitos humanos e representa grave problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um bilhão de crianças menores de 17 anos de idade foi vítima de algum tipo de abuso¹. A síndrome de Munchausen por procuração (SMP), termo cunhado por Meadow, em 1977, é uma forma grave e persistente de maus-tratos contra a criança em que o cuidador, geralmente a mãe, “fabrica”, exagera, falsifica, simula ou induz ativamente doenças na criança sob seus cuidados². Segundo Roesler³, diversas doenças pediátricas podem ser fabricadas ou induzidas, especialmente as que dependem de informações precisas para serem diagnosticadas⁴. As epilepsias são exemplos dessa condição, pois podem ser simuladas por história clínica falsa ou induzidas por administração de substâncias, como a alimemazina e a insulina, por exemplo⁵.

Este estudo teve como objetivo abordar os principais aspectos relacionados à síndrome de Munchausen por procuração, também denominada de doença induzida ou fabricada pelo cuidador (DFI), tomando como base um relato de caso em que a mãe provocava crises epiléticas em seu filho, por meio da aplicação de insulina, e alterações cognitivas e motoras por administração de medicamentos antiepiléticos.

RELATO DE CASO

Menino, 2 anos de idade, nascido de parto cesáreo, 38 semanas de idade gestacional, sem intercorrências. Com nove meses de vida a criança foi levada ao hospital com crise tônico-clônica generalizada prolongada. Exame de sangue, eletroencefalograma (EEG), líquido (LCR) e ressonância magnética de encéfalo (RMe) não mostraram anormalidades. A mãe da criança era dona de casa, mas tinha formação em enfermagem, com *diabetes mellitus* desde os 8 anos de idade. A partir dessa internação, várias outras ocorreram, sempre por crises epiléticas prolongadas. Os médicos, convencidos de que se tratava de encefalopatia epilética, iniciaram o tratamento com fenobarbital (PB) até a dose máxima e, posteriormente, associado à carbamazepina (CBZ) por ausência de resposta terapêutica. A mãe relatava que o menino alternava períodos de sonolência e agitação psicomotora, permanecendo horas ou até dias sem conseguir andar, falar e se alimentar. Por suspeita de doença neurológica, a criança foi internada para investigação. Na hospitalização, a criança não apresentou crise epilética, mas alternava períodos de normalidade com intensa sonolência ou agitação e marcha atáxica. A CBZ foi suspensa no primeiro dia de internação e a dose de PB passou a ser reduzida lentamente (uma gota

por dia), contudo os níveis séricos dos dois fármacos se mantinham elevados, por vez até três vezes acima dos valores máximos de referências nos controles subsequentes. O menino foi submetido novamente a vários exames, incluindo controle seriado de dosagens séricas de fármacos antiepiléticos, EEG, RMe, vídeo-EEG, painel para epilepsia da infância, funções hepáticas e renais, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, insulina sérica, dosagem de hormônio do crescimento, função tireoidiana, cortisol sérico e eletrólitos. Todos os resultados foram normais. Quando foi conversado com a mãe sobre a presença de níveis elevados de fármacos antiepiléticos (FAEs) no sangue da criança sem que estivessem sendo administrados pela equipe médica, ela insistiu quanto a provável doença do fígado de seu filho a qual impedia a metabolização dos medicamentos. Mesmo esclarecida sobre a impossibilidade desse diagnóstico, a mãe se manteve reticente, sugerindo que os médicos não estavam investigando adequadamente seu filho e que iria pedir a alta hospitalar. A equipe médica levantou os dados das internações anteriores e constatou que várias delas foram em unidade de terapia intensiva por estado de mal epilético e que, nos exames laboratoriais, foram constatadas descrições de níveis glicêmicos muito baixos (24 mg/dL e 30 mg/dL), mas sem nenhuma outra informação quanto à investigação mais aprofundada. Os diagnósticos contidos nos documentos hospitalares eram de encefalite viral ou de epilepsia de difícil controle. Diante dos sintomas clínicos atípicos, associados às altas concentrações de FAE – dosagens séricas de PB 115,8 µg/mL (valor de referência máximo 35-40 µg/mL) e de CBZ 33,7 µg/mL (valor de referência máximo 12 µg/mL) –, inexplicáveis por alguma condição médica, e ao comportamento discrepante da mãe, o Conselho Tutelar foi acionado e a criança foi retirada da família e encaminhada a um abrigo. Após uma das visitas da mãe à instituição, o menino apresentou quadro de sonolência intensa e ao ser avaliado em pronto socorro foi constatada a presença de elevada concentração sérica de CBZ. Desde então, a criança passou a ser visitada pela mãe com a presença de um cuidador. A última avaliação foi após dois anos e criança estava bem, sem anormalidades neurológicas e vivia com a tia paterna.

DISCUSSÃO

Em artigo publicado na revista *The Lancet*, em 1977, Meadow descreveu dois casos de mães que durante anos forneceram “sistematicamente” informações factícias de sintomas clínicos de seus filhos. O primeiro caso, era uma menina de seis anos de idade com hematúria e piúria recorrentes, desde os três anos de vida, resistentes a múltiplos esquemas terapêuticos. O segundo caso era de um menino com hipernatremia desde as seis semanas de vida e que apresentava quadro

intermitente de sonolência e vômito. Um de seus exames mostrou sódio de 160-175 mmol. A autópsia revelou a presença de erosão gástrica possivelmente causada por alguma substância química⁶.

A fabricação e/ou indução de sinais e sintomas em crianças está associada a transtorno factício do agressor, originando a denominação da síndrome de Munchausen por procuração como alusão ao Barão de Münchhausen (1720-1797), eternizado por suas fabulosas e exageradas histórias^{5,7}.

Atualmente, tem sido sugerido que o termo síndrome de Munchausen por procuração seja substituído por DFI, pois ele foca na doença do perpetrador (transtorno factício) e não na condição de maus-tratos infantis^{8,9}. Outra sugestão de terminologia é “abuso médico de criança” reforçando o fato de que muitos danos são causados pela atuação do médico (métodos de investigação e de tratamento) devido à falha ou à incapacidade de diagnosticar a doença³.

Em 2013, a quinta edição do Manual de Transtornos Mentais (DSM-5) incluiu entre os “Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados” os transtornos factícios impostos a outros em substituição à designação de transtorno factício por procuração, como constava na quarta edição (DSM-4)¹⁰.

Comparado com outras doenças pediátricas, a DFI é rara, com incidência aproximada de 0,5/100 000 crianças menores de 16 anos, prevalência variando de 0,02% a 1,8% das crianças^{11,12} e mortalidade estimada em 9%¹³. Certamente esses dados são subnotificados, pois é uma condição altamente complexa de ser diagnosticada.

Geralmente, as vítimas são crianças de ambos os sexos, com idade abaixo dos cinco anos. O perpetrador é a mãe (95,6%), casada (75,8%), com idade média de 27 anos, com conhecimento profissional na área da saúde (45,6%), vítima de maus-tratos infantis (30%) e com transtorno psiquiátrico (30,9% tem diagnóstico de transtorno factício imposto a si, 18,6% tem transtorno de personalidade e 14,2%, depressão)¹⁴.

Os mecanismos de agressão aplicados pelo perpetrador podem ser subdivididos em três grupos: 1) fabricação de sinais e sintomas incluindo invenção de história médica; 2) fabricação de sinais e sintomas com falsificação de dados clínicos ou biológicos; e 3) indução de doença por vários meios⁷.

Para que o diagnóstico DFI seja estabelecido é necessária a presença dos seguintes aspectos, de acordo com Rosenberg, 1987: 1) a doença é fabricada ou induzida pelo adulto que tem responsabilidade parental; 2) presença de histórico de repetidos atendimentos médicos da criança, levando a numerosos procedimentos; 3) o adulto com responsabilidade parental nega conhecer a causa dos sintomas; e 4) os sintomas regredem quando a criança está separada da pessoa responsável pela síndrome¹⁵.

A indução de sinais e sintomas está presente em 50% dos eventos de DFI. No caso em questão, a aplicação de insulina induzia o desencadeamento de crises epiléticas pela hipoglicemia resultante, e a administração de FAE levava a alterações cognitivas e motoras. A insulina é um método utilizado por 42% dos agressores e os barbitúricos por 19%¹⁶.

A confirmação diagnóstica depende da disponibilidade de informações relevantes coletadas de forma sistemática, especialmente com cronologia detalhada da vida médica da criança, o que, na maioria das vezes, é difícil de se obter. A incongruência entre os achados clínicos e a história médica apresentada é considerada chave no processo de investigação diagnóstica.

Em caso suspeito ou confirmado de maus-tratos, o médico deve adotar todas as medidas de proteção à criança, impedindo que novos atos deletérios possam ser executados pelo abusador, assim como evitar intervenções médicas desnecessárias e prejudiciais. O Conselho Tutelar deve ser imediatamente acionado e a notificação compulsória efetuada, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁷.

Miziara CSMG, Serrano VAG, Ferro EZ, Miziara ID. Fabricated or Induced Illness by Carers: severe and silent abuse. *Saúde, Ética & Justiça*. 2020;25(1):28-31.

ABSTRACT: Fabricated or induced illness by carers, also known as Munchausen Syndrome by Proxy, is a severe form of abuse, in which a carer (usually the child's biological mother) exaggerates or deliberately causes symptoms of illness in the child, making its diagnosis very difficult. The perpetrator can use different methods to produce signs and symptoms that are, to a great extent, compatible with the diseases observed at this time of life, making the syndrome even harder to recognize. The consequences of diagnostic failure are numerous, including physical and emotional distress resulting from the diagnostic methods used and adverse events due to unnecessary medication. The aggressor frequently uses insulin to trigger epileptic seizures of metabolic etiology and antiepileptic medication to induce motor and cognitive disorders. This study aimed to report the case of a boy diagnosed with epileptic encephalopathy, in which the disease's signs and symptoms were produced by the mother through the administration of insulin, phenobarbital and carbamazepine. The importance of this issue is related to the need for doctors to be alert to this possible diagnosis. Some criteria can be considered in the search for the correct diagnosis.

KEY WORDS: Munchausen Syndrome by Proxy, Child Abuse; Seizures; Central Nervous System Diseases.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Violence against children [Internet]. Geneva; 2020. [Acesso em 2020 jun. 10]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-children>
2. Byard RW. “Munchausen syndrome by proxy”: problems and possibilities [editorial]. *Forensic Sci Med Pathol*. 2009;5:100–1. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12024-009-9071-2>
3. Roesler TA. Medical child abuse: what have we learned in 40 years? *Curr Treat Options Peds*. 2018;4:363–72. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40746-018-0136-x>
4. Doughty K, Rood C, Patel A, Thackeray JD, Brink FW. Neurological manifestations of medical child abuse. *Pediatr Neurol*. 2016;54:22–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2015.09.010>
5. Gomila I, López-Corominas V, Pellegrini M, Quesada L, Miravet E, Pichini S, Barceló B. Alimemazine poisoning as evidence of Munchausen syndrome by proxy: a pediatric case report. *Forensic Sci Int*. 2016;266:e18–e22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.08.010>
6. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *The Lancet*. 1977;310(8033):343–5. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(77\)91497-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(77)91497-0)
7. Nathanson M. Munchausen syndrome by proxy. In: Rey-Salmon C, Cham C. *Child abuse: diagnostic and forensic considerations*. 1st ed. Switzerland: Springer; 2018. p.303.
8. Ayoub CC, Alexander R, Beck D, Bursch B, Feldman KW, Libow J, et al. Position paper: definitional issues in Munchausen by proxy. *Child Maltreat*. 2002;7(2):105-11. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077559502007002002>
9. Proops R, Sibert J, editores. *Fabricated or induced illness by carers (FII): a practical guide for paediatricians* [Internet]. London: Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012. [Acesso em 2020 jun. 16]. Disponível em: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/fabricated-or-induced-illness-fii-carers-practical-guide-paediatricians>
10. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5®* [on-line]. 5^a ed. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. Porto Alegre: Artmed; 2014. [Acesso em 2020 jun. 13]. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>
11. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, Gatto A, Liberatore P, Binetti P, Stabile A. Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *J Child Health Care*. 2013;17(4):366-74. DOI: <https://doi.org/10.1177/1367493512462262>
12. Abeln B, Love R. An overview of Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy. *Nurs Clin N Am*. 2018;53(3):375–84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.04.005>
13. Marcus A, Ammermann C, Klein M, Schmidt MH. Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1995;4:229-36. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01980487>
14. 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: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>
15. Rosenberg DA. Munchausen syndrome by proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl*. 2003;27(4):421–30. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(03\)00029-2](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(03)00029-2)
16. Green RP, Hollander AS, Thevis M, Thomas A, Dietzen DJ. Detection of surreptitious administration of analog insulin to an 8-week-old infant. *Pediatrics*. 2010;125(5):e1236-e1240. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2273>
17. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990. [Acesso em 2020 jun. 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm

Recebido em: 02/06/2020

Aceito em: 07/07/2020