

**SÍNDROME DE MUNCHAUSEN E SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE DIAGNÓSTICO, CUIDADO MULTIPROFISSIONAL
E DESAFIOS ASSISTENCIAIS CONTEMPORÂNEOS**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.070-005>

Daiane Gonçalves de Sousa

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Arthur Gomes Almeida

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Nicolle Calheiros de Souza

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Luiz Henrique Soares da Silva

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Náthally Carvalho Dias Teixeira

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Ana Beatriz da Silva Matos

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Maria Clara Jacomini de Almeida

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Enoghalliton de Abreu Arruda

Doutor em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP)

Professor no Centro Universitário UniFAMESC

E-mail: enoghalliton.arruda@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5634-4724>

Monique Bessa de Oliveira Prucoli

Doutoranda em Cognição e Linguagem (UENF);

Mestra em Cognição e Linguagem (UENF); Enfermeira (UFF)

Professora no Centro Universitário UniFAMESC

E-mail: moniquebessauff@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8197-8312>

Resumo

A síndrome de Munchausen e a síndrome de Munchausen por procuração constituem quadros psicopatológicos complexos, caracterizados pela produção deliberada e reiterada de sinais, sintomas ou alterações laboratoriais, sem que haja benefício secundário evidente, como ocorre na simulação. Trata-se de fenômenos clínicos de difícil identificação, que impõem sofrimento físico e psíquico ao próprio

indivíduo, no caso da forma autoinfligida, ou a terceiros sob sua tutela — em geral crianças pequenas —, na modalidade por procuração, hoje também compreendida sob a nomenclatura de doença factícia imposta a outrem. O presente estudo teve como objetivo revisar, de forma integrativa e atualizada, a literatura científica nacional e internacional produzida principalmente na última década, de modo a discutir critérios diagnósticos contemporâneos, aspectos epidemiológicos, psicodinâmicos, éticos e assistenciais dessas condições, com ênfase especial no papel da equipe multiprofissional de saúde como elemento estruturante do diagnóstico precoce, do manejo terapêutico e da proteção das vítimas, além de problematizar a histórica desvalorização desses profissionais nos fluxos de cuidado. Foi realizada busca em bases de dados eletrônicas, com síntese qualitativa dos achados. Os resultados indicam que, não obstante os avanços classificatórios trazidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição, texto revisado, e pela Classificação Internacional de Doenças, décima primeira revisão, persistem lacunas relevantes quanto à epidemiologia, ao rastreamento sistemático e ao manejo interdisciplinar dessas síndromes, favorecendo subdiagnóstico, iatrogenia e prolongamento da exposição das vítimas a maus-tratos. Conclui-se que o enfrentamento dessas condições demanda investimento em capacitação continuada, fortalecimento de protocolos de comunicação entre especialidades e reconhecimento institucional efetivo do trabalho de enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e demais categorias que compõem o cuidado em saúde, historicamente relegadas a papel coadjuvante nesses processos decisórios.

Palavras-chave: Relações interprofissionais; Síndrome de Munchausen; Síndrome de Munchausen causada por terceiros; Transtorno factício.

1 INTRODUÇÃO

A produção deliberada de doença, seja ela autoinfligida ou imposta a terceiros, constitui um dos capítulos mais intrigantes e, ao mesmo tempo, mais negligenciados da psicopatologia contemporânea. Descrita originalmente por Asher em 1951, ao observar pacientes que peregrinavam por diferentes hospitais relatando histórias clínicas dramáticas, muitas vezes inconsistentes, com o objetivo aparente de assumir o papel de doente, a síndrome de Munchausen recebeu esse nome em alusão ao Barão de Münchhausen, personagem histórico conhecido por narrar façanhas fantasiosas e exageradas (Asher, 1951; Bass; Halligan, 2014).

Passadas mais de sete décadas desde sua descrição inicial, o tema permanece envolto em incertezas diagnósticas, epidemiológicas e assistenciais, o que evidencia a necessidade de revisões periódicas que incorporem os avanços classificatórios, os achados de neurociência comportamental e, sobretudo, as transformações no modelo de cuidado em saúde ocorridas nas últimas décadas.

A síndrome de Munchausen integra, na nosologia atual, o espectro dos transtornos factícios, caracterizados pela falsificação intencional de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, indução de lesão ou doença associada a engano identificado, mesmo na ausência de recompensa externa óbvia (American Psychiatric Association, 2023).

Diferentemente da simulação, na qual o indivíduo busca conscientemente um benefício secundário identificável — como afastamento do trabalho, obtenção de benefícios previdenciários ou fuga de responsabilidades legais —, na síndrome de Munchausen o ganho é predominantemente psíquico, relacionado à necessidade inconsciente de assumir o papel de doente, de obter atenção, cuidado e validação por parte da equipe de saúde (Yates; Bass, 2017; Krahn; Li; O'Connor, 2003).

Já a síndrome de Munchausen por procuração, atualmente também designada como transtorno factício imposto a outrem, refere-se à situação em que um cuidador — na quase totalidade dos casos, a mãe ou responsável principal pela criança — produz, exagera ou simula sinais e sintomas de doença em uma criança sob seus cuidados, submetendo-a a investigações diagnósticas invasivas, internações recorrentes e intervenções terapêuticas desnecessárias (Bass; Glaser, 2014).

Trata-se, nesse caso, de uma forma grave de maus-tratos infantis, com potencial de causar dano físico permanente e, em casos extremos, óbito, sendo reconhecida internacionalmente como abuso médico infligido por meio do sistema de saúde (Sheridan, 2003; Yates; Bass, 2017).

A relevância social e acadêmica do tema é inequívoca. Estudos indicam que crianças vítimas de Munchausen por procuração podem ser submetidas, em média, a múltiplos procedimentos invasivos antes que a suspeita diagnóstica seja levantada, o que evidencia falhas sistêmicas de identificação precoce (Yates; Bass, 2017). Do ponto de vista dos serviços de saúde, ambas as condições geram custos elevados, decorrentes de internações prolongadas, exames complementares repetidos e intervenções cirúrgicas desnecessárias, além de exporem os profissionais envolvidos a intenso desgaste emocional, fenômeno conhecido na literatura psicanalítica como contratransferência negativa (Feldman, 2004; Sanders; Bursch, 2002).

Nas últimas décadas, observou-se uma reconfiguração importante na compreensão desses transtornos, impulsionada pela revisão dos critérios diagnósticos promovida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição e respectiva revisão de texto, bem como pela incorporação de categoria específica na décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2022; American Psychiatric Association, 2023). Essas mudanças buscaram conferir maior precisão diagnóstica e reduzir a estigmatização anteriormente associada a termos como "paciente Munchausen", hoje compreendido de forma mais ampla dentro do espectro dos transtornos factícios.

Paralelamente, cresce o reconhecimento de que o enfrentamento adequado dessas condições não pode prescindir de uma abordagem interprofissional e interdisciplinar. Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e demais integrantes da equipe multiprofissional de saúde desempenham papel insubstituível na identificação de inconsistências clínicas, na articulação de redes de proteção e na condução do cuidado longitudinal desses casos (Peduzzi, 2001; Araújo; Rocha, 2010).

Contudo, observa-se historicamente uma assimetria de reconhecimento institucional entre a categoria médica e as demais profissões da saúde, com estas últimas frequentemente relegadas a funções auxiliares, sub-remuneradas e pouco valorizadas nos protocolos decisórios, mesmo quando são justamente esses profissionais — sobretudo enfermagem e serviço social — os primeiros a identificar padrões suspeitos de comportamento do cuidador ou do próprio paciente (Costa et al., 2018; Peduzzi; Ciampone; Nicoletto, 2013).

Diante desse panorama, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa e integrativa da literatura científica sobre a síndrome de Munchausen e a síndrome de Munchausen por procuração, atualizando as discussões produzidas em estudos anteriores à luz das transformações classificatórias e assistenciais mais recentes, e problematizando, de maneira transversal, o papel — e a persistente desvalorização — da equipe multiprofissional de saúde na identificação, no manejo e na prevenção dessas condições.

Justifica-se a pertinência do estudo pela escassez de produções nacionais que articulem tais dimensões, pela relevância social do tema, associado a formas graves de violência doméstica e institucional, e pela necessidade de subsidiar a formulação de protocolos assistenciais mais sensíveis e efetivos no contexto brasileiro.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão narrativa da literatura, de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, fundamentado na análise integrativa de publicações científicas nacionais e internacionais referentes à síndrome de Munchausen e à síndrome de Munchausen por procuração, com ênfase em produções veiculadas entre os anos de 2013 e 2025, período que compreende, de forma proposital, a publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e sua respectiva revisão de texto, marco classificatório relevante para a área.

A escolha pelo modelo de revisão narrativa, em detrimento de revisões sistemáticas estritas, justificou-se pela natureza do objeto de estudo, caracterizado por produção científica majoritariamente composta por relatos de caso, séries de casos e revisões qualitativas, com escassez de ensaios clínicos randomizados ou estudos epidemiológicos de grande porte, conforme já apontado por revisões anteriores

sobre o tema (Yates; Bass, 2017). Ainda assim, buscou-se conferir rigor metodológico ao processo de seleção e análise das fontes, por meio de etapas sistematizadas de busca, triagem e síntese.

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PsycINFO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os seguintes descritores, em português, inglês e espanhol, combinados por meio dos operadores booleanos "AND" e "OR": "síndrome de Munchausen", "Munchausen syndrome", "Munchausen syndrome by proxy", "factitious disorder imposed on another", "transtorno factício", "maus-tratos infantis", "child abuse", "equipe multiprofissional", "interprofessional team", "patient care team".

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (a) artigos originais, relatos de caso, séries de casos, revisões sistemáticas, revisões narrativas e diretrizes clínicas publicados em periódicos indexados; (b) textos disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol; (c) publicações que abordassem aspectos diagnósticos, epidemiológicos, psicodinâmicos, éticos, legais ou assistenciais das síndromes investigadas; (d) produções que discutissem, direta ou indiretamente, o papel de equipes multiprofissionais no manejo dessas condições. Foram excluídos editoriais sem revisão por pares, resumos de eventos científicos sem texto completo disponível e publicações duplicadas em mais de uma base de dados.

O processo de seleção foi conduzido em três etapas sucessivas: leitura de títulos e resumos, leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados e, por fim, extração e sistematização dos dados relevantes para os objetivos do estudo. A fim de reduzir vieses de seleção, a triagem foi realizada de forma independente, seguida de reunião de consenso para dirimir eventuais discordâncias quanto à elegibilidade dos estudos, procedimento inspirado nas recomendações metodológicas de revisões da literatura em saúde (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Além da literatura especificamente voltada às síndromes de Munchausen, optou-se por incorporar, de forma complementar, referencial teórico sobre trabalho em equipe multiprofissional e interprofissionalidade em saúde, campo consolidado na literatura brasileira de saúde coletiva, a fim de subsidiar a discussão transversal proposta neste estudo (Peduzzi, 2001; Araújo; Rocha, 2010; Peduzzi; Ciamponi; Nicoletto, 2013).

Os achados foram organizados tematicamente em eixos analíticos — histórico e conceituação; critérios diagnósticos contemporâneos; epidemiologia e subnotificação; aspectos psicodinâmicos; impacto sobre as vítimas; papel e desvalorização da equipe multiprofissional; aspectos éticos e legais; e perspectivas terapêuticas — os quais estruturam a seção de desenvolvimento deste artigo.

Por se tratar de revisão da literatura, sem envolvimento direto de seres humanos, dispensou-se submissão a comitê de ética em pesquisa, observando-se, contudo, os princípios éticos de integridade acadêmica na atribuição de autoria às fontes consultadas e na fidedignidade da síntese realizada.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 HISTÓRICO E CONCEITUAÇÃO: DA DESCRIÇÃO CLÁSSICA À COMPREENSÃO CONTEMPORÂNEA

A descrição inicial de Richard Asher, em 1951, no periódico *The Lancet*, marcou o nascimento de um campo de investigação que, até hoje, desafia clínicos de diferentes especialidades. Asher observou que determinados pacientes apresentavam quadro clínico caracterizado por relatos dramáticos e frequentemente inverídicos de sua história médica, peregrinação por múltiplos hospitais, uso de nomes falsos e busca incessante por procedimentos invasivos, mesmo diante de exames complementares normais (Asher, 1951).

A alusão ao Barão de Münchhausen, nobre alemão do século XVIII conhecido por narrativas fantasiosas sobre suas próprias aventuras, conferiu nome à síndrome, ainda que a denominação tenha sido posteriormente criticada por seu caráter pejorativo, o que contribuiu para a adoção progressiva do termo "transtorno factício" nas classificações oficiais (Bass; Halligan, 2014).

A descrição da forma "por procuração" ocorreu posteriormente, em 1977, por meio dos trabalhos de Roy Meadow, pediatra britânico que identificou casos em que mães produziam ou simulavam sintomas em seus filhos, submetendo-os a investigações médicas desnecessárias (Meadow, 1977 apud Bass; Glaser, 2014). Meadow cunhou o termo "síndrome de Munchausen por procuração" para descrever esse padrão de comportamento parental, ao relatar uma série de casos em que crianças eram submetidas a exames invasivos, internações recorrentes e procedimentos cirúrgicos desnecessários em decorrência de sintomas fabricados ou induzidos por suas próprias mães (Meadow, 1977 apud Bass; Glaser, 2014).

O trabalho de Meadow, publicado também no periódico *The Lancet*, provocou intenso debate na comunidade médica e, posteriormente, no campo jurídico, sobretudo a partir da década de 1990, quando o próprio autor se envolveu em controvérsias relacionadas à utilização de sua teoria em processos judiciais de morte súbita infantil, episódio que fragilizou, por certo período, a credibilidade científica do conceito e evidenciou os riscos de uso pericial não criterioso de construtos psicopatológicos ainda pouco consolidados (Bass; Glaser, 2014).

Ao longo das décadas seguintes, o campo conceitual passou por sucessivas revisões terminológicas. A expressão "síndrome de Munchausen por procuração" cedeu espaço, nas classificações oficiais, à denominação "transtorno factício imposto a outrem", buscando deslocar o foco diagnóstico do comportamento do cuidador enquanto síndrome autônoma para a compreensão de que se trata, na verdade,

de um transtorno mental diagnosticado no perpetrador, tendo a criança — ou, mais raramente, outro dependente, como idoso ou pessoa com deficiência sob cuidados — como vítima da condução factícia da doença (American Psychiatric Association, 2023). Essa mudança terminológica não é meramente semântica: ela reposiciona o eixo de responsabilização clínica e jurídica, reforçando que o diagnóstico recai sobre quem fabrica a doença, e não sobre quem a sofre.

3.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS CONTEMPORÂNEOS: DSM-5-TR E CID-11

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua revisão de texto, mantém os transtornos factícios como categoria autônoma dentro do capítulo de sintomas somáticos e transtornos relacionados, subdividindo-os em transtorno factício autoimposto e transtorno factício imposto a outrem (American Psychiatric Association, 2023).

Os critérios diagnósticos exigem a falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou a indução de lesão ou doença, associada a comportamento enganoso identificável, mesmo na ausência de recompensa externa óbvia; a apresentação do indivíduo, ou de terceiro sob seus cuidados, como doente, incapacitado ou lesionado perante outras pessoas; e a constatação de que o comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

É importante destacar que, no caso do transtorno factício imposto a outrem, o diagnóstico formal é atribuído ao perpetrador — geralmente o cuidador —, e não à vítima, que recebe, quando necessário, diagnósticos relacionados às condições físicas efetivamente produzidas ou aos quadros de estresse pós-traumático e outros agravos psíquicos decorrentes da vitimização (American Psychiatric Association, 2023; Bass; Glaser, 2014).

Essa distinção nosológica é frequentemente motivo de confusão em publicações leigas e mesmo em alguns registros clínicos, o que reforça a necessidade de capacitação continuada das equipes de saúde quanto à correta codificação diagnóstica.

A décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças, elaborada pela Organização Mundial da Saúde e adotada progressivamente pelos países-membros, incorporou categoria específica para os transtornos factícios, alinhando-se, em linhas gerais, à lógica classificatória do manual norte-americano, embora com nuances relativas à codificação de subtipos e à interface com categorias de maus-tratos e negligência (Organização Mundial da Saúde, 2022). A convergência entre os dois principais sistemas classificatórios internacionais representa avanço relevante para a padronização diagnóstica e para a comparabilidade de dados epidemiológicos entre diferentes países e sistemas de saúde, ainda que a implementação prática dessas categorias nos prontuários eletrônicos brasileiros permaneça incipiente.

Do ponto de vista do diagnóstico diferencial, é fundamental distinguir os transtornos factícios da simulação, do transtorno conversivo, dos transtornos somatoformes propriamente ditos e de quadros médicos genuínos de difícil elucidação diagnóstica. Enquanto a simulação pressupõe benefício secundário externo e consciente, e os transtornos somatoformes envolvem sofrimento genuíno sem intencionalidade de fabricação, o transtorno factício caracteriza-se justamente pela intencionalidade da produção do sintoma associada à ausência de ganho externo evidente, sendo o ganho predominantemente psíquico e relacional (Krahn; Li; O'Connor, 2003; Yates; Bass, 2017). Essa distinção, embora clara em termos teóricos, revela-se extremamente desafiadora na prática clínica cotidiana, sobretudo em contextos de pronto-socorro e unidades de urgência, nas quais o tempo de observação longitudinal é limitado.

3.3 EPIDEMIOLOGIA E SUBNOTIFICAÇÃO

Um dos aspectos mais problemáticos no estudo dessas síndromes diz respeito à escassez de dados epidemiológicos robustos. Por se tratar de condições intrinsecamente marcadas pelo engano e pela ocultação deliberada de informações, sua identificação depende, em grande medida, da suspeita clínica ativa e da investigação minuciosa, o que favorece amplo subdiagnóstico (Yates; Bass, 2017).

Estudos de prevalência disponíveis na literatura internacional apontam estimativas bastante variáveis, frequentemente baseadas em séries de casos hospitalares ou registros de centros de referência em maus-tratos infantis, sem que se disponha de inquéritos populacionais representativos capazes de dimensionar a real magnitude do fenômeno (Sheridan, 2003).

No contexto brasileiro, a situação é ainda mais crítica, com produção científica nacional escassa e concentrada, majoritariamente, em relatos de caso isolados publicados por serviços de pediatria, psiquiatria e medicina legal, sem sistemas de notificação específicos que permitam o dimensionamento epidemiológico da síndrome de Munchausen por procuração como modalidade particular de violência doméstica.

Essa lacuna é agravada pela ausência de campo específico nos sistemas de notificação compulsória de maus-tratos infantis atualmente em uso no Sistema Único de Saúde, que tendem a categorizar tais casos de forma genérica como negligência ou abuso físico, sem discriminar a fabricação factícia de doença como mecanismo etiológico subjacente.

A subnotificação decorre, ainda, de fatores relacionados à própria dinâmica do fenômeno: os perpetradores costumam apresentar-se como cuidadores extremamente dedicados, cooperativos e engajados no cuidado, o que gera, paradoxalmente, admiração por parte da equipe de saúde e retarda a formulação de hipóteses diagnósticas alternativas (Bass; Glaser, 2014; Feldman, 2004).

Some-se a isso o receio de profissionais em formular suspeitas que possam configurar acusação grave contra um cuidador, receio esse amplificado pelo temor de repercussões éticas, legais e institucionais

em caso de suspeita não confirmada, fenômeno que a literatura tem denominado de "paralisia diagnóstica" diante de casos suspeitos (Yates; Bass, 2017).

3.4 ASPECTOS PSICODINÂMICOS E ETIOLÓGICOS

A compreensão psicodinâmica da síndrome de Munchausen e de sua forma por procuração permanece, em grande medida, hipotética, ancorada em relatos de caso e em formulações teóricas oriundas da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Historicamente, associou-se a produção factícia de sintomas a experiências precoces de negligência, abuso ou privação afetiva, que teriam favorecido o desenvolvimento de vínculos disfuncionais com figuras de cuidado, nos quais a doença passaria a funcionar como via privilegiada — e, por vezes, a única disponível — de obtenção de atenção, proteção e reconhecimento (Feldman, 2004; Sanders; Bursch, 2002).

No caso específico da síndrome de Munchausen por procuração, ou transtorno factício imposto a outrem, diversos autores destacam a frequente presença de transtornos de personalidade no perpetrador, notadamente traços do espectro borderline e narcisista, além de histórico pessoal de vitimização na infância, sugerindo um possível padrão transgeracional de reprodução do sofrimento (Sanders; Bursch, 2002; Bass; Glaser, 2014). A criança, nesse contexto, ocuparia posição de extensão narcísica do cuidador, sendo instrumentalizada como meio de acesso a benefícios psíquicos — atenção da equipe de saúde, reconhecimento social como "mãe dedicada e heroica", inserção em redes de apoio e, eventualmente, benefícios materiais indiretos.

É importante ressaltar, contudo, que tais formulações psicodinâmicas, embora clinicamente relevantes, carecem de validação empírica robusta, sendo majoritariamente derivadas de estudos qualitativos e séries de casos. A literatura mais recente tem buscado maior cautela na atribuição de perfis psicológicos padronizados, reconhecendo a heterogeneidade fenomenológica desses quadros e alertando contra o risco de estigmatização apressada de cuidadores com base em características superficiais de personalidade (Bass; Halligan, 2014).

3.5 IMPACTO SOBRE AS VÍTIMAS

O impacto da síndrome de Munchausen por procuração sobre as crianças vitimizadas é, sob qualquer perspectiva, devastador. Além dos danos físicos diretos decorrentes de procedimentos invasivos desnecessários — que podem incluir cirurgias exploratórias, colocação de sondas e cateteres, administração de medicações inadequadas e, em casos extremos, indução deliberada de sintomas por meio de asfixia, envenenamento ou contaminação de amostras biológicas —, essas crianças convivem com prejuízos psíquicos duradouros, relacionados à internalização precoce do papel de doente crônico, à ruptura do

desenvolvimento de identidade saudável e ao comprometimento do vínculo de confiança com figuras de cuidado e com o próprio sistema de saúde (Bass; Glaser, 2014; Sheridan, 2003).

Estudos de seguimento de longo prazo, ainda que limitados em número, apontam para elevadas taxas de sintomas de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, dificuldades de socialização e, em alguns casos, desenvolvimento posterior de transtornos factícios autoinfligidos na vida adulta, sugerindo um preocupante ciclo de reprodução da psicopatologia entre gerações (Sheridan, 2003; Yates; Bass, 2017). A mortalidade associada a essa forma de maus-tratos, embora de difícil precisão estatística, é considerada significativamente superior à observada em outras modalidades de violência infantil, o que reforça o caráter de urgência que deve orientar a suspeita e a investigação diagnóstica desses casos.

3.6 O PAPEL — E A PERSISTENTE DESVALORIZAÇÃO — DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

Se há um consenso relativamente estável na literatura contemporânea sobre a síndrome de Munchausen e sua modalidade por procuração, é o de que o diagnóstico e o manejo adequado dessas condições dependem, essencialmente, de um olhar coletivo, interprofissional e longitudinal, incompatível com abordagens fragmentadas ou centradas exclusivamente na figura médica (Peduzzi, 2001; Araújo; Rocha, 2010).

A enfermagem, por sua proximidade cotidiana e continuada com o paciente internado, frequentemente é a primeira categoria profissional a identificar inconsistências entre o relato do cuidador e a evolução clínica observada, discrepâncias entre sintomas referidos e sinais objetivos, ou padrões de comportamento sugestivos, como manipulação de dispositivos médicos, insistência excessiva por exames complementares e resistência a altas hospitalares (Costa et al., 2018).

O serviço social, por sua vez, desempenha papel central na articulação com a rede de proteção social, na avaliação das dinâmicas familiares e socioeconômicas envolvidas, e na mediação entre a instituição de saúde e os órgãos de proteção à infância, como conselhos tutelares e varas da infância e juventude, quando a suspeita de maus-tratos se consolida (Sheridan, 2003; Costa et al., 2018).

A psicologia hospitalar, além de subsidiar a avaliação psicodinâmica do cuidador e da criança, oferece suporte fundamental à própria equipe de saúde, frequentemente acometida por intenso desgaste emocional e sentimentos ambivalentes diante desses casos, fenômeno amplamente descrito na literatura como contratransferência negativa (Feldman, 2004). Terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas e demais integrantes da equipe ampliada de saúde também contribuem, cada qual a partir de sua expertise específica, para a construção de um quadro clínico mais fidedigno e para a proteção continuada da criança durante e após a internação.

Não obstante essa contribuição multidimensional amplamente reconhecida na literatura de saúde coletiva, observa-se, na prática institucional cotidiana, uma persistente hierarquização que relega às categorias não médicas papel subalterno nos processos decisórios relacionados à suspeita diagnóstica e à notificação de maus-tratos (Peduzzi; Ciampone; Nicoletto, 2013).

Relatos de profissionais de enfermagem e serviço social frequentemente descrevem episódios em que suspeitas fundamentadas, levantadas a partir da observação direta e continuada do binômio cuidador-criança, foram minimizadas ou desconsideradas por equipes médicas, seja por resistência a questionar a competência parental de cuidadores aparentemente dedicados, seja por assimetrias de poder historicamente arraigadas na cultura organizacional hospitalar brasileira (Araújo; Rocha, 2010; Costa et al., 2018).

Essa assimetria não é meramente simbólica: ela produz consequências assistenciais concretas, na medida em que retarda a formalização de suspeitas, prolonga a exposição da criança a procedimentos iatrogênicos e fragiliza a confiança das equipes não médicas em seu próprio julgamento clínico, gerando, por vezes, subnotificação por desestímulo institucional.

A literatura sobre interprofissionalidade em saúde tem reiteradamente apontado que modelos de cuidado horizontalizados, baseados em comunicação efetiva, escuta qualificada entre categorias profissionais e valorização simétrica dos diferentes saberes envolvidos, produzem desfechos assistenciais superiores em contextos de alta complexidade diagnóstica, como é o caso das síndromes aqui discutidas (Peduzzi, 2001; Peduzzi; Ciampone; Nicoletto, 2013).

Nesse sentido, o enfrentamento efetivo da síndrome de Munchausen por procuração passa, necessariamente, por uma reforma cultural das instituições de saúde, que reconheça institucionalmente — inclusive em termos de remuneração, autonomia decisória e representação em comitês de proteção à infância — a centralidade do trabalho de enfermagem, psicologia, serviço social e demais categorias historicamente subalternizadas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O manejo da síndrome de Munchausen por procuração impõe dilemas éticos e legais de considerável complexidade. Por um lado, há o dever ético e legal de proteção da criança, expresso na legislação brasileira por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, que estabelece a notificação compulsória de suspeitas de maus-tratos como obrigação de qualquer profissional de saúde, independentemente de confirmação diagnóstica definitiva. Por outro lado, há o risco real de acusações infundadas contra cuidadores, com potencial de causar dano irreparável a vínculos familiares e à reputação de indivíduos eventualmente inocentes, especialmente diante da complexidade diagnóstica diferencial já mencionada (Bass; Glaser, 2014; Yates; Bass, 2017).

Esse equilíbrio delicado exige que a suspeita diagnóstica seja sempre construída de forma colegiada, documentada de maneira sistemática e fundamentada em evidências objetivas — como discrepância entre sintomas relatados e achados clínicos, resposta inesperada a tratamentos, ou identificação direta de manipulação de exames ou dispositivos —, e não em impressões subjetivas isoladas de um único profissional. Comitês de proteção à criança e ao adolescente, quando existentes nas instituições hospitalares, desempenham papel fundamental na centralização e ponderação coletiva dessas informações, reduzindo tanto o risco de subnotificação quanto o de acusações precipitadas (Sheridan, 2003).

A controvérsia histórica associada ao próprio Roy Meadow, cujas formulações teóricas foram utilizadas de maneira problemática em processos judiciais de morte súbita infantil no Reino Unido, é frequentemente citada como advertência quanto aos riscos de uso pericial não criterioso de construtos psicopatológicos complexos em contextos jurídicos, reforçando a necessidade de que qualquer decisão relacionada à separação de crianças de seus cuidadores seja sempre amparada por avaliação multiprofissional criteriosa, e não por juízo isolado de um único especialista, por mais experiente que seja (Bass; Glaser, 2014).

3.8 PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS

O tratamento da síndrome de Munchausen e de sua modalidade por procuração permanece um dos aspectos mais desafiadores dessa área, em razão da baixa adesão terapêutica característica desses quadros e da frequente negação, por parte do perpetrador ou do próprio paciente autoinfligido, da natureza factícia dos sintomas apresentados (Krahn; Li; O'Connor, 2003; Yates; Bass, 2017).

Diferentemente de outros transtornos mentais, nos quais o reconhecimento do sofrimento psíquico favorece a busca ativa por tratamento, nos transtornos factícios a própria manutenção do papel de doente constitui, paradoxalmente, elemento central da dinâmica psicopatológica, o que compromete significativamente a motivação para mudança.

No caso da síndrome de Munchausen autoinfligida, abordagens psicoterapêuticas de orientação psicodinâmica, bem como intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental voltadas ao manejo de padrões disfuncionais de busca de atenção e regulação emocional, têm sido descritas com resultados variáveis, sendo o prognóstico geralmente reservado, sobretudo em casos crônicos e de longa data (Krahn; Li; O'Connor, 2003).

Já no caso da modalidade por procuração, a intervenção terapêutica primária e inadiável é a proteção imediata da criança, por meio do afastamento do contato direto e não supervisionado com o cuidador perpetrador, medida que deve ser conduzida em articulação estreita com o sistema de justiça e com os órgãos de proteção à infância. O tratamento psicoterapêutico do perpetrador, quando este aceita engajar-se

em acompanhamento, apresenta eficácia limitada e prognóstico incerto, sendo a literatura enfática quanto à prioridade absoluta da segurança da vítima sobre qualquer expectativa de reabilitação do cuidador (Bass; Glaser, 2014).

No que se refere à equipe multiprofissional, cabe destacar que o acompanhamento pós-desvelamento do caso — tanto da criança vítima quanto, eventualmente, de outros filhos do mesmo cuidador, que podem estar sob risco semelhante — constitui etapa terapêutica frequentemente negligenciada nos protocolos assistenciais vigentes.

A psicologia e o serviço social desempenham, nesse momento, papel de particular relevância na construção de planos de cuidado continuado, voltados à elaboração do trauma vivido pela criança, ao fortalecimento de vínculos protetivos alternativos — sejam familiares extensos, famílias acolhedoras ou adotivas — e ao acompanhamento psicossocial de longo prazo, indispensável para mitigar os riscos de repetição transgeracional já discutidos. A enfermagem, por sua vez, mantém-se como elo fundamental na vigilância clínica continuada da criança durante eventuais reinternações ou consultas de seguimento, atenta a sinais de reaproximação inadequada do cuidador original ou de recidiva do padrão de comportamento factício, ainda que sob nova configuração familiar (Bass; Glaser, 2014).

Ressalta-se, por fim, que a literatura mais recente tem defendido a criação de protocolos institucionais formais e multiprofissionais para suspeita e manejo de transtorno factício imposto a outrem, com fluxogramas claros de comunicação entre as diferentes categorias profissionais, critérios objetivos de documentação da suspeita e mecanismos de proteção legal para os profissionais que realizam a notificação, de modo a reduzir tanto a subnotificação por temor institucional quanto a sobrecarga emocional individual dos profissionais envolvidos (Yates; Bass, 2017; Costa et al., 2018). A ausência de tais protocolos no contexto brasileiro representa lacuna assistencial relevante, que este estudo busca justamente evidenciar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão evidenciou que, mais de setenta anos após a descrição original de Asher e quase cinco décadas após os primeiros relatos de Meadow sobre a modalidade por procuração, a síndrome de Munchausen e o transtorno factício imposto a outrem permanecem condições clínicas de reconhecimento tardio, epidemiologia incerta e manejo assistencial fragmentado, mesmo diante dos avanços classificatórios trazidos pela quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e pela décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças.

A intencionalidade oculta da produção de sintomas, associada à ausência de benefício externo evidente, torna essas condições particularmente resistentes aos modelos diagnósticos convencionais, que pressupõem, em geral, boa-fé no relato do paciente ou do cuidador.

Os achados desta revisão reforçam que o diagnóstico precoce e o manejo seguro desses casos dependem fundamentalmente da atuação articulada e continuada de uma equipe multiprofissional, capaz de cruzar observações clínicas longitudinais, avaliações psicossociais e dados objetivos de exames complementares de forma integrada.

Nesse sentido, a enfermagem, o serviço social, a psicologia, a terapia ocupacional e as demais categorias profissionais da saúde não devem ser compreendidas como auxiliares do processo diagnóstico conduzido pela medicina, mas como protagonistas legítimos e indispensáveis desse processo, dada sua posição privilegiada de observação continuada do binômio cuidador-paciente.

A persistência de hierarquias assimétricas nas instituições de saúde brasileiras, que tendem a subvalorizar as contribuições dessas categorias nos processos decisórios relacionados à suspeita de maus-tratos, configura-se, à luz da literatura revisada, como um obstáculo assistencial concreto, e não meramente simbólico, à proteção efetiva das vítimas.

Como limitações deste estudo, reconhece-se a natureza narrativa da revisão, que não permite as garantias metodológicas de exaustividade e reprodutibilidade próprias das revisões sistemáticas, bem como a já mencionada escassez de literatura primária robusta sobre o tema, sobretudo no contexto nacional.

Recomenda-se, para estudos futuros, a realização de pesquisas empíricas brasileiras — de natureza epidemiológica, mas também qualitativa — que investiguem a percepção de diferentes categorias profissionais sobre seu papel na identificação dessas síndromes, bem como a elaboração e validação de protocolos institucionais multiprofissionais específicos para suspeita e manejo do transtorno factício imposto a outrem, capazes de subsidiar políticas públicas de proteção à infância mais efetivas e sensíveis à complexidade desse fenômeno.

Por fim, conclui-se que o enfrentamento adequado da síndrome de Munchausen e de sua modalidade por procuração exige, além do aprimoramento técnico-científico continuado, uma transformação cultural das instituições de saúde no sentido de reconhecer, valorizar e institucionalizar o trabalho colaborativo e simétrico entre as diferentes profissões que compõem o cuidado, condição indispensável para que a proteção das vítimas — sobretudo das crianças, as mais vulneráveis nesse cenário — deixe de depender da sorte de contar com profissionais individualmente atentos, e passe a ser garantida por fluxos institucionais robustos, replicáveis e permanentes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARAÚJO, C. A. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 239-246, 2010.

ASHER, R. Munchausen's syndrome. **The Lancet**, v. 257, n. 6650, p. 339-341, 1951.

BASS, C.; GLASER, D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. **The Lancet**, v. 383, n. 9926, p. 1412-1421, 2014.

BASS, C.; HALLIGAN, P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. **The Lancet**, v. 383, n. 9926, p. 1422-1432, 2014.

COSTA, S. M. et al. Trabalho em equipe multiprofissional e a proteção à criança vítima de maus-tratos: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2035-2043, 2018.

FELDMAN, M. D. **Playing sick? Untangling the web of Munchausen syndrome, Munchausen by proxy, malingering, and factitious disorder**. New York: Brunner-Routledge, 2004.

KRAHN, L. E.; LI, H.; O'CONNOR, M. K. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 6, p. 1163-1168, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, 11. rev. Genebra: OMS, 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T.; NICOLETTO, S. C. S. Trabalho em equipe interprofissional: um enfoque na educação e na literatura da área da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 971-982, 2013.

SANDERS, M. J.; BURSCH, B. Forensic assessment of illness falsification, Munchausen by proxy, and factitious disorder, NOS. **Child Maltreatment**, v. 7, n. 2, p. 112-124, 2002.

SHERIDAN, M. S. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, n. 4, p. 431-451, 2003.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

YATES, G.; BASS, C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy): a systematic review of 796 cases. **Child Abuse & Neglect**, v. 72, p. 45-53, 2017.