



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

Vanessa Marques Oliveira

Porto, Julho de 2016



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

Vanessa Marques Oliveira

Trabalho efetuado sob a orientação de

Mestre Catarina Ribeiro

Porto, Julho de 2016



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*

*“Existem momentos na vida, em que as palavras perdem
o sentido ou parecem inúteis, e, por mais que se pense
numa forma de empregá-las... elas parecem não servir.*

Então não se dizem, apenas se sentem.”

Sigmund Freud



RESUMO

O Síndrome de Munchausen por Procuração é uma forma relativamente rara, mas grave, de maus-tratos infantis causados pelo(a) cuidador(a) que induz sinais e sintomas de doença numa criança. Consequentemente, os esforços dos profissionais de saúde para realizar o diagnóstico leva a que as intervenções realizadas sejam desnecessárias e potencialmente prejudiciais para a criança. Assim, é necessário que exista por parte dos profissionais de saúde um alto índice de alerta para a possibilidade de estarem presentes sinais e sintomas que não se enquadram numa doença em particular, quando estes são resistentes ao tratamento ou quando evoluem para outra(s) doença(s).

Assim, na formulação diagnóstica é fundamental a integração dos vários registos médicos do(s) menor(es) envolvido(s), uma comunicação consistente entre os profissionais de saúde bem como, uma abordagem multidisciplinar com as várias instâncias de proteção à criança, uma vez que o diagnóstico poderá ser controverso, difícil e acarretar repercussões legais e familiares.

Neste sentido, o presente estudo pretende aceder à perspetiva dos profissionais de saúde, nomeadamente acerca de que critérios é que os mesmos avaliam como sendo determinantes para a sinalização num caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração.

Palavras-chave: Síndrome de Munchausen por Procuração, suspeita e diagnóstico, profissionais de saúde.



ABSTRACT

The Munchausen Syndrome by Proxy (MPBS) is one of the most serious, yet relatively rare, forms of child abuse, where the caretaker of a child fakes or induces real symptoms to make it look like the child is sick. Consequently, the efforts for Healthcare Providers to diagnose and provide treatment for a nonexistent condition often lead to unnecessary and potentially harmful interventions to the child. It is therefore essential that Healthcare Providers have a high degree of clinical suspicion and awareness for possible signs and symptoms that do not fit into a specific illness, when these signs or symptoms resist treatment or when they escalate into other diseases.

When making a diagnosis, the combination of the different clinical data on the child is of the essence, as it is also crucial a consistent communication among Healthcare Providers, as well as a multidisciplinary approach with the various entities of child protection and safeguarding, since the final diagnosis may be not only controversial, but also difficult and lead to legal or family consequences.

In this sense, this study intends to look into the Healthcare Providers' approach, namely to understand which are the key factors in the diagnosis of a potential condition of Munchausen Syndrome by Proxy.

Key words: Munchausen Syndrome by Proxy, suspicion and diagnosis, healthcare providers, health professionals



ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1. Síndrome de Munchausen por Procuração: elementos de definição.....	12
1.2. Aspetos Epidemiológicos.....	14
1.3. Espectro de Sinais e Sintomas.....	14
1.4. O Cuidador (Agressor): Indicadores De Risco.....	18
1.5. A Formulação Diagnóstica.....	20
2. METODOLOGIA.....	25
2.1. Objetivos Gerais.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
2.3. População e Amostra.....	26
2.4. Recolha de Dados.....	27
2.4.1. Instrumento.....	27
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	28
3.1. Análise Descritiva.....	29
3.2. Análise Inferencial.....	38
4. CONCLUSÕES.....	40



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*

BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS.....	53
ANEXO 1 - Tabelas da Estatística descritiva e da Estatística inferencial.....	54
ANEXO 2 - Exemplar do Questionário Sobre Síndrome De Munchausen Por Procuração - Fatores Desencadeadores/Facilitadores, De Manutenção e Resolução (QSMP- FMR)	67



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Perspetiva pessoal do profissional de saúde sobre Síndrome de Munchausen por Procuração.....	30
Tabela 2 - Indicadores que facilitam o diagnóstico de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração.....	32
Tabela 3 - Fatores que podem dificultar o processo de tomada de decisão médica para a notificação de um caso a.....	34
Tabela 4 - Experiência dos profissionais de saúde relativamente a casos de Síndrome de Munchausen por Procuração.....	35
Tabela 5 - Grau de satisfação.....	37
Tabela 6 - Consistência interna: Brunel.....	59
Tabela 7 - Estatísticas item-total.....	60
Tabela 8 - Satisfação vs perspetiva pessoal.....	61
Tabela 9 - Satisfação vs indicadores.....	63
Tabela 10 - Satisfação vs fatores.....	64
Tabela 11 - Satisfação vs experiência.....	39
Tabela 12 - Satisfação vs conhecimento.....	38



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*



INTRODUÇÃO

O Síndrome de Munchausen por Procuração foi identificado pela primeira vez por Roy Meadow, em 1977 e, desde então, a consciência para apresentar abordagens específicas e práticas para a identificação, intervenção e administração destes casos particulares de maus-tratos tem assumido uma maior relevância na comunidade científica. Embora a doença induzida pelo cuidador na criança seja amplamente conhecida como Síndrome de Munchausen por Procuração, não existe ainda consenso quanto à terminologia que deve ser adotada, gerando alguma discussão sobre designações alternativas, incluindo falsificação da condição pediátrica, perturbação factícia por procuração e abuso de crianças no contexto médico (Lasher & Sheridan, 2014).

Classicamente, este tipo específico de maus-tratos infantis tem sido caracterizado, tendo em conta a atribuição deliberada e repetida, por parte de um elemento da família ou cuidador, de vários sinais e sintomas na criança, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico desnecessários e potencialmente danosos, num processo moroso até à detenção (DGS, 2011).

Neste sentido, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos a alguns dos indicadores de risco documentados na literatura internacional que o cuidador com o Síndrome de Munchausen por Procuração adota quando induz os sintomas de doença na criança, que serão elencados de seguida. Dado que a Síndrome de Munchausen por Procuração pode ter consequências muito graves, até mesmo fatais, revela-se imperativo investir em campanhas de prevenção e noutras formas de intervenção, designadamente através da educação de cuidadores.

O objectivo deste estudo é, então, promover a reflexão e discussão sobre o tema, sensibilizando a comunidade científica para a importância de estudar esta problemática em Portugal e de se investir na informação e formação nesta área, de forma a prevenir os casos e a diagnosticá-los correctamente e atempadamente.



1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Síndrome de Munchausen Por Procuração: elementos de definição

Para ser coerente com a abordagem do diagnóstico de outras formas de maus-tratos infantis, a definição e diagnóstico da doença induzida pelo cuidador na criança deverá enfatizar a exposição da criança a riscos, danos e lesões associadas, e não ter em consideração a motivação do autor do crime para o cometer (Emalee, Flaherty, Harriet, MacMillan, & Committee On Child Abuse and Neglect, 2013). No entanto, esta motivação por parte do(a) agressor(a) para praticar os abusos na criança é, apontado pela literatura como um aspeto importante durante o processo de suspeita uma vez que o cuidador tenta frequentemente atrair a atenção, simpatia, preocupação como um elemento próximo de uma criança que está com problemas de saúde, sendo eles físicos, psicológicos e/ou comportamentais (Burton, M., Warren, M., Lapid, M. & Bostwick, M., 2015). Para além de que, manifesta recorrentemente o desejo de controlar e manipular os procedimentos e intervenções médicas que vão sendo aplicadas à criança como forma de gratificações intrínsecas ao papel de doente (idem). Na maioria dos casos diagnosticados com esta síndrome, quem perpetua a falsa doença na criança é a progenitora, e portanto, a tolerância da vítima para aceitar um grande número de exames médicos, está relacionada com o facto de ser uma pessoa significativa a relatar à equipa médica os sintomas que lhe foram surgindo (Wilson, Creamer & Blair, 2011).

Estamos portanto, perante um desafio para os profissionais de saúde visto que, poderão ser particularmente enviesados pela atitude do(a) cuidador(a) face à procura de um diagnóstico conclusivo na criança (Kucuker H, Demir T, Oral R., 2010). Isto porque, frequentemente, os cuidadores com esta síndrome têm a capacidade para criar uma sensação de conforto e confiança na equipa dos profissionais de saúde, uma vez que se apropriam dos conhecimentos médicos e dos principais sintomas relacionados com a situação que cometeram (Sanders, MJ. & Bursch, B., 2002). A facilidade com que é possível aceder à Internet, permite também que quem pratique estes maus-tratos tenha um meio para entender melhor o estado de saúde da criança e possa colocar questões úteis e congruentes ao médico,



mostrando desta forma, que está motivada para encontrar o bem-estar da vítima (Bursch, B., Schreier, HA., Ayoub, CC., Libow, JA., Sanders, MJ. & Yorker, BC., 2008). Esta apropriação de conhecimentos médicos pode servir também para diminuir alguma da hierarquia médico-paciente que possa inibir as questões mais completas e exaustivas acerca do acontecimento que despoletou determinado sintoma na criança (Flaherty et al, 2013). Consequentemente, o(a) agressor(a) está mais capaz de colocar questões e desafios que, na verdade, servem para ofuscar o processo de diagnóstico e tratamento, mantendo assim um desvio persistente que atrasa a identificação desta patologia (idem).

Detetar e agir em crianças que sofreram com esta síndrome, e que previamente eram saudáveis, pode trazer sentimentos de angústia para a equipa de profissionais de saúde, mas quando a criança vítima tem uma doença crónica associada aumenta a complexidade de suspeita e sinalização, visto que coloca os cuidadores num papel central muito importante (Flaherty et al., 2010). Isto porque, estão presentes muitas tarefas relacionadas com a gestão do tratamento como a toma de medicamentos, a fisioterapia, dispositivos de apoio, entre outros, em que os progenitores são, ainda mais importantes, porque deverão estar encarregues do suporte e bem-estar da criança (idem).

No entanto, é importante realçar que o abuso pode manifestar-se não só pela desatenção negligente, mas pelo contrário pela atenção excessiva à criança sob a forma de superproteção e/ou restrição de relações extra-familiares (Ludwig & Rostain, 1992). A criança pode ser impedida de realizar atividades externas, como ir para a escola, brincar com outras crianças, sendo que apenas pessoas selecionadas pelo cuidador-agressor são autorizados a interagir de perto com a criança (idem). Esta relação simbiótica resulta numa infância marcada pela imaturidade no desenvolvimento, ansiedade de separação extrema e, consequentemente de dependência do cuidador (Bools, Neale, & Meadow, 1992). Quando as crianças vítimas atingem um estágio do seu desenvolvimento mais avançado podem passar a ser coniventes com o cuidador que fabrica os sinais e sintomas, porque perdem a capacidade de distinguir a realidade da mentira da sua condição de saúde e adotam os sintomas como genuínos, passando a auxiliar na indução porque temem a punição ou o abandono do cuidador (Crouse, 1992).



1.2. Aspetos Epidemiológicos

O Síndrome de Munchausen por Procuração tenderá a ocorrer principalmente em crianças com menos de seis anos de idade, sendo que não é documentada nenhuma predileção relativamente ao género da mesma por parte do(a) cuidador(a) que pratica este tipo de maus-tratos (Malatack et al., 2006). No entanto, casos com vítimas até à idade de dezasseis anos têm sido identificados (Ehrlich, S., Pfeiffer, E., Salbach, H., Lenz, K. & Lehmkuhl, U., 2008; Denny et al, 2001; Fulton, 2000) e nestes casos em que estão envolvidas crianças mais velhas, estas tendem a envolver-se como um modo de aceitação, ou seja, a motivação para a vítima adotar o papel de doente poderá resultar da aprendizagem de que poderá receber atenção adicional de vários profissionais, e, muitas vezes até do(a) próprio(a) cuidador(a) (Fulton, 2000).

Na literatura internacional são citadas incidências que variam entre cerca de 600 novos casos por ano nos Estados Unidos (O'Brien, 2013), na Nova Zelândia, casos com crianças com menos de 16 anos de idade, é de dois por 100.000 crianças (Galvin, Newton, e Vandeven, 2005), na Inglaterra, a incidência em crianças com menos de 16 anos de idade é estimada em 0,5 por 100.000 crianças e 2,8 em 100.000 crianças com menos de um ano de idade. Esta diferença nas taxas de incidência em relação à idade poderá dever-se ao facto de que será mais fácil para um cuidador falsificar uma doença na criança com menos de cinco anos (Criddle, 2010).

1.3. Espectro de Sinais e Sintomas

No que diz respeito aos sintomas que a criança vítima de Síndrome de Munchausen por Procuração pode apresentar, estes tendem a variar consideravelmente, porque são induzidos pelo(a) cuidador(a) agressor(a) de forma a que não preencham nenhum critério para um diagnóstico específico (Dye et al., 2013).

Numa revisão da literatura, Rosenberg (1997), Feldman e Brown (2002) determinaram que o sangramento, as convulsões, a depressão do sistema nervoso central, apnéia, diarreia,



vómitos, febre e erupções cutâneas são as manifestações mais comuns nas crianças vítimas da Síndrome de Munchausen por Procuração. Porém, manifestações renais e urológicas, incluindo infecções do trato urinário e hematúria também estarão presentes neste tipo específico de maus-tratos infantis (Feldman, K., Feldman, M., Grady, R., Burns, M., McDonald, R., 2007). Os problemas emocionais e comportamentais relatados em estudos anteriores, tais como défice de atenção, hiperatividade, dificuldades de aprendizagem, perturbações dissociativas e psicose (Rittner, L., Pulos, S. & Lennon, R., 2005; Schreier, H., 2004; Ayoub, C., Schreier, H. & Keller, C., 2002), bem como alegações de abuso sexual (Schreier, 1996; Meadow R., 1993) são os sintomas relatados na literatura como os que mais frequentemente são induzidos pelos cuidadores agressores, sendo que recentemente já se incluem a desidratação por hipernatremia (Su, Shoykhet & Bell, 2010), imunodeficiência (Awadallah, Vaughan, Franco, Munir, Sharaby & Goldfarb, 2005), doença celíaca (Lasher & Feldman, 2004), e a doença de Gaucher (Al-Owain, Al-Zaidan, Al-Hashem, Kattan, Al-Dowaish, 2010).

Para que a indução dos sintomas de manifestações (como as anteriormente referidas ou outras que o cuidador se sinta gratificado) seja produzida, as crianças vitimas de Síndrome de Munchausen por Procuração estão com regularidade sujeitas à ingestão de uma quantidade significativa e intencional de fármacos como da categoria das benzodiazepinas, a laxantes, ao etanol, sendo que existe também literatura que refere a exposição a agentes anti-histamínicos, analgésicos, opióides, hipnóticos e antipsicóticos (Squires, JE. & Squires, RH., 2010; Yin, 2010).

No entanto, relativamente aos danos que as vítimas podem sofrer, para além das lesões físicas descritas, poderão sofrer atrasos no desenvolvimento, bem como défices cognitivos e sociais devido ao isolamento prolongado com as frequentes hospitalizações, e consequentemente pela ausência do contexto escolar e de atividades sociais com seus pares (Craft & Hall, 2004).

Apesar da dificuldade acrescida de suspeita da Síndrome de Munchausen por Procuração durante a gravidez, foram descritos casos na literatura tendo como autor do abuso uma mulher grávida (Gilbert, J. 2014) sendo que num estudo levado a cabo por Puri (2006)



afirmou que os "*sintomas podem ser qualquer coisa que atinge a internação*", no entanto, os mais comuns incluem hemorragia e em particular, a auto-indução de pré-parto, parto prematuro, ruptura prematura da membrana, redução dos movimentos fetais, e convulsões (Ara & Sultana, 2003; Miller, 2008; Puri 2006). Ainda sobre a prática da Síndrome de Munchausen por procuração na fase da gravidez, um estudo de Feldman & Hamilton (2006) reforça que a visão social da gravidez como sendo o melhor momento na vida de uma mulher poderá condicionar o surgimento de suspeitas de que esta síndrome poderá estar presente.

Um aspeto importante para concluir, é o facto de que alguns casos de síndrome de morte súbita infantil possam ter ocorrido devido a tentativas de praticar os abusos de forma a ter gratificações com intervenções médicas e que se tornaram fatais (idem) daí ser importante aceder ao histórico de intervenções médicas já realizadas no(s) irmão(s) da criança vítima no caso de existirem bem como em caso de óbito (Brown, P., & Tierney, C. 2009).

Relativamente ao prognóstico das vítimas de Síndrome de Munchausen por Procuração, as consequências, a curto e longo prazo, podem variar de ligeiras a fatais, com repercussões a nível emocional, cognitivo, físico e do desenvolvimento sensório-motor da mesma (Bass, C. & Jones D., 2011). Isto porque, as crianças vítimas tendem a sofrer comorbidade significativa bem como, incapacidade a longo prazo ou lesão permanente devido aos procedimentos médicos adotados durante a fase de diagnóstico e intervenção (Shapiro, M. & Nguyen, M. 2011; Lancet, 2010).

Manifestações físicas mais frequentes da Síndrome de Munchausen por Procuração

Alérgicos: alergia alimentar, erupção cutânea;

Dermatológicos: eritema, queimaduras, lacerações, arranhões, feridas perfurar, eczema;

Desenvolvimentais: dificuldades de aprendizagem, défice de atenção / hiperatividade, disfunções neuromotoras, atraso invasivo do desenvolvimento, psicose;

Endócrinos: polidipsia, poliúria, hipoglicemia, diabetes, glicosúria;

Gastrointestinal: dor abdominal, anorexia, diarreia, desidratação, queimaduras de esôfago, vômitos, perda de peso, obstrução intestinal, discinesias intestinais, sangramento incluindo hematemese e hematoquezia, sangramento da sonda nasogástrica, sangramento por ileostomia, necessidade de nutrição parenteral;



Hematológicas: sangramento, hematomas fáceis, anemia;

Infecção: febre, leucopenia, septicemia, artrite séptica, osteomielite; fracasso em resolver infecções com antibióticos; aparecimento de novas infecções; bactérias incomuns do local da infecção ou infecção com múltiplos organismos de baixa patogenicidade;

Metabólica: distúrbios mitocondriais;

Neurológica: convulsões, dores de cabeça, fraqueza, défices neuronais;

Oncológica: leucemia;

Oftálmicos: conjuntivite hemorrágica recorrentes, ceratite, inchaço das pálpebras, pupilas desiguais, nistagmo, celulite periorbital;

Ortopédica: (ex:mancar);

Renais: hematúria, proteinúria, cálculos renais, bacteriúria, insuficiência renal, hipertensão, noctúria, hipernatremia, hiponatremia, hipocalemia, piúria;

Respiratório: apresentação com um evento agudo com risco de vida, incluindo apneia do sono, fibrose cística, sangramento do trato respiratório superior, asma intratável, hemoptise, cianose, hipoxia;

Reumatológica: artrite, artralgia, rigidez matinal;

Roesler T., Jenny C. & Medical Child Abuse (2009); Shaw, R., Dayal, S., Hartman, J. & DeMaso, D. (2008)

No que diz respeito ao diagnóstico diferencial da Síndrome de Munchausen por Procuração de acordo com o DSM-V, seria a perturbação de sintomas somáticos, uma vez que pode haver uma busca excessiva por atenção e tratamento em função de preocupações médicas percebidas, porém nesta perturbação não há evidência de que o indivíduo esteja a dar informações falsas ou a comportar-se de maneira fraudulenta. Um outro diagnóstico diferencial desta síndrome abusiva seria o processo de simulação uma vez que o relato do indivíduo é produzido de forma intencional para que os sintomas tenham como objetivo um ganho pessoal (p. ex., dinheiro, licença do trabalho). No entanto, o diagnóstico de Síndrome de Munchausen por Procuração requer a ausência de recompensas monetárias óbvias (DSM-V, 2013).

O diagnóstico de Síndrome de Munchausen por Procuração não exclui a presença de uma condição médica verdadeira ou uma perturbação mental, já que doenças comórbidas ocorrem com frequência no indivíduo em conjunto com a perturbação factícia. Ou seja, um indivíduo pode sofrer de diabetes, no entanto manipula níveis sanguíneos de glicose para produzir sintomas (idem).



1.4. O Cuidador (Agressor): Indicadores de Risco

Os cuidadores (agressores) com diagnóstico da Síndrome de Munchausen por Procuração são quase sempre as progenitoras (85%) (Berry, 2008; Criddle, 2010; Dye et al., 2013), embora avós, mães adotivas e progenitores também tenham sido identificados em alguns estudos (Bath, Murty, & Gibbin, 1993; Boros & Brubaker, 1992; McClure et al, 1996).

Relativamente aos indicadores que poderão estar presentes no cuidador-agressor são descritos na literatura os seguintes: (1) parece precisar de atenção dos profissionais de saúde, (2) poderá adotar uma atitude exacerbada de que a criança não pode viver sem atenção constante dos progenitores (3) poderá estar diretamente envolvido em profissões ligadas aos cuidados de saúde ou, pelo menos, serão medicamente experientes e tem elevada familiaridade com a terminologia médica, e (4) poderá ter uma história de perturbação factícia e/ou somatoforme (Emalee, Flaherty, Harriet, MacMillan & Committee On Child Abuse and Neglect, 2013). Embora tais indicadores sejam úteis na sensibilização sobre a possibilidade de doença induzida na criança, essas características são bastante inespecíficas e não devem ser usadas para fazer um diagnóstico linear, até porque, é importante ressaltar que não há nenhuma apresentação psicológica ou diagnóstico psiquiátrico específicos entre os cuidadores que têm como diagnóstico a Síndrome de Munchausen por Procuração (Bass, C. & Jones D., 2011).

Relativamente à psicopatologia dos cuidadores (agressores), a literatura refere ainda que os psiquiatras cujo trabalho os põe em contato com mulheres com perturbações somatoformes ou perturbações factícias crónicas, desde tenra idade, devem estar alerta para o impacto destas doenças sobre os filhos (Rosenberg, 1997). Isto porque, os comportamentos abusivos no Síndrome de Munchausen por Procuração têm subjacentes uma atitude pró-ativa e resulta de comportamentos calculados e deliberados de um perpetrador (Bryk & Siegel, 1997) frequentemente com escassas qualificações literárias e profissionais, mas em contra partida, com uma apropriação das terminologias médicas, bem como uma exposição dos factos apelativa/dramática e emocionalmente instável (Bass, C. & Jones D., 2011). Para além do anteriormente referido, as relações afetuosas que mantém são pautadas pela



superficialidade bem como isolamento social e familiar (Parnell, 1998a).

Relativamente aos sinais do cuidador-agressor do Síndrome de Munchausen por Procuração poderá ser o facto de: (a) na presença dos profissionais de saúde ser muito atencioso e cooperativo, (b) ser excessivamente envolvido(a) com os problemas dos outros cuidadores que estão alegadamente na mesma situação que o(a) filho(a), (c) manifestar afetos inapropriados no que diz respeito à condição médica da criança, (d) aceitação imediata de recomendações para, procedimentos dolorosos e invasivos (e) a falta da expressão de alívio quando são apresentados resultados negativos de exames complementares efectuados e consequente aumento da inquietação se esta recupera (f) forte resistência a que a criança tenha alta do hospital (g) persistência inadequada de que sejam feitas intervenções adicionais, procedimentos e cirurgias (h) relatórios de história clínica semelhante à da criança (i) história clínica de transtorno factício (j) apropriação da terminologia médica (k) relatórios numerosos de eventos de vida dramáticos (l) sem psicopatologia óbvia, mas manifesta frequentemente uma propensão intensa para manter uma relação estreita/apelativa com a equipa médica (Emalee, Flaherty, Harriet, MacMillan, & Committee On Child Abuse and Neglect, 2013; Stirling, J. Jr., 2007).

Também comum entre os agressores são trajetórias de vida marcadas pelo abuso na infância, vivências familiares pouco securizantes e estruturadas, antecedentes de doença mental no próprio ou de familiares próximos, juntamente com antecedentes criminais e problemas conjugais (Cripple, 2010; Dye et al, 2013; Meadow, R. 1999).

Apesar das progenitoras serem responsáveis pela maioria dos casos diagnosticados da Síndrome de Munchausen por Procuração, progenitores ou outros indivíduos do género masculino também foram identificados, mas parecem apresentar características diferentes (Meadow, R., 1998). Ou seja, o género masculino não tende a fazer as mesmas ligações estreitas com a equipa de profissionais de saúde, que frequentemente as progenitoras fazem, e podem revelar uma exigência e arrogância exagerada nas relações que mantêm durante o período em que a criança está a ser assistida (Morrell & Tilley, 2012).

Por outro lado, um estudo realizado por Varcarolis e Halter (2010), acrescentou que o cuidador que induz a doença na criança é frequentemente um profissional de saúde ou uma



pessoa com um amplo conhecimento do sistema de saúde. Afirmam ainda que será mais fácil para uma pessoa com formação médica ou de enfermagem induzir os sintomas na criança do que alguém que não tem conhecimento sobre as consequências da indução de certas substâncias, bem como, quais os sintomas que se manifestam posteriormente a essa mesma indução, uma vez que têm mais conhecimento e acesso a medicamentos para administrar (por exemplo, induzir o parto prematuro, produzir fadiga extrema ou um estado mental alterado).

Relativamente à relação marital dos progenitores da vítima, quando existe, poderá estar presente um cuidador não-agressor que tende a ser distante, não envolvido, bem como emocionalmente e fisicamente separado do sistema familiar (Morrell & Tilley, 2012). Relativamente ao envolvimento com o(a) menor, o cuidador não-agressor raramente visita a criança no hospital, sendo que o principal motivo apontado para a sua ausência seja a ocupação laboral que mantém (idem).

1.5. A Formulação Diagnóstica

A procura ativa para confirmar o diagnóstico da Síndrome de Munchausen por Procuração poderá ser dificultada porque a maioria dos casos desta configuração de maus-tratos envolvem vários médicos, várias instalações hospitalares e consequentemente, levam a prontuários médicos volumosos (Sheridan, MS. 2003; Waller, 1983). Portanto, o registo médico completo de todas as intervenções e prescrições feitas à criança pode não estar disponível atempadamente no contacto do profissional de saúde com a mesma. Assim sendo, é da máxima importância que se faça um resumo cronológico da procura de todos os contactos médicos que a criança realizou, tanto nos cuidados de saúde primários como em contexto hospitalar (Lasher & Sheridan, 2014). Desta forma, o profissional de saúde poderá encontrar indicadores importantes para a formulação diagnóstica como um ou mais dos seguintes: (1) uso de várias instalações médicas; (2) padrão excessivo e/ou inadequado de utilização, incluindo os procedimentos, medicamentos, exames, internações e cirurgias; (3) um padrão de compromissos médicos não concluídos (4) descarga emocional da criança contra novas indicações médicas para a realização de exames e (5) opiniões dos médicos sobre os



problemas da criança, doenças e tratamentos que foram realizados (Emalee, Flaherty, Harriet, MacMillan, & Committee On Child Abuse and Neglect, 2013). Outro ponto igualmente importante a ser considerado é a consistência do relato produzido pelo cuidador que acompanha a criança, ou seja, se a história médica transmitida pelo cuidador corresponde ao historial descrito na ficha médica da criança, bem como se o diagnóstico relatado pelo cuidador coincide com o diagnóstico feito pelo médico (Horwath, J. 2003). No caso da inexistência da consistência de relato e se existir a possibilidade da criança verbalizar o modo como se sente, deve ser entrevistada pelo profissional de saúde (sem que o cuidador alegadamente agressor esteja presente) para que seja possível recolher informações relativas aos sintomas, incluindo onde e quando ocorreram, bem como perguntas relativas a antecedentes de saúde de irmãos da mesma no caso de existirem (Siegel, P. & Fischer, H. 2001).

Se forem necessários exames complementares para confirmar o diagnóstico, a criança deverá ser sempre protegida de qualquer dano adicional, bem como de procedimentos e prescrições enquanto a avaliação está em curso (Horwath, J., 2003). Isto porque, embora o ambiente hospitalar seja considerado um contexto apropriado para que seja feito o diagnóstico corretamente, o prestador de cuidados continua, frequentemente, a indução da doença neste contexto e portanto, poderá ter que ser supervisionado para proteger a criança contra novos sintomas ou sinais induzidos (Schreier, 2002). Relativamente a métodos para supervisionar o cuidador-agressor a literatura refere o sistema de video-vigilância e a separação física da criança vítima e do cuidador por tempo limitado para que se observe o estado de saúde subsequente a essa separação e seja confirmado o diagnóstico (Emalee, Flaherty, Harriet, MacMillan & Committee On Child Abuse and Neglect, 2013). Relativamente ao primeiro método, o principal objetivo é garantir a segurança da criança durante a hospitalização porém, é importante ressaltar que existe controvérsia relativamente à sua aplicação visto que, são descritas algumas desvantagens do uso deste sistema (Foreman, 2005) como por exemplo, o facto de implicar um custo dispendioso para a instalação destas câmaras, bem como a necessidade de monitoramento dos profissionais de saúde em tempo real para interromper o abuso (Hall, Eubanks, Meyyazhagan, Kenney & Johnson, 2000; Shinebourne, EA. 1996). No



caso de existir a possibilidade de implementar este sistema de video-vigilância no hospital para a proteção da criança, este deve também desenvolver protocolos que orientem a sua correta utilização (Morley C. 1998; Southall, DP., Plunkett, MC., Banks, MW., Falkov, AF. & Samuels, MP. 1997). Estes protocolos devem incluir instruções relativas à monitorização contínua, formação para os observadores ou monitores e um plano que garanta uma intervenção rápida, se a criança que é observada possa estar em risco (Emalee, Flaherty, Harriet, MacMillan & Committee On Child Abuse and Neglect, 2013).

No segundo método, o valor de uma separação de diagnóstico por tempo limitado precisa ser explicado como um método de avaliação aceite em circunstâncias especiais necessárias para confirmar o diagnóstico de Síndrome de Munchausen por Procuração (Siegel, DM., 2009; Rosenberg, DA., 2003). Isto porque, (a) protege a criança de novos abusos durante o processo de confirmação, (b) permite uma avaliação objectiva do estado de saúde da criança, (c) oferece uma oportunidade para obter um relatório de sintomas da criança, enquanto está longe da progenitora e da família e, por último (d) concede o tempo necessário para completar uma avaliação abrangente da condição psiquiátrica do cuidador, da díade cuidador-filho bem como sobre a dinâmica familiar (idem). Se os sintomas médicos diminuírem ou se a condição da criança melhorar significativamente porque simplesmente é eliminado o contato com o cuidador, então o diagnóstico desta síndrome abusiva é confirmado (Kahan & Yorker, 1991). No entanto, a associação entre o diagnóstico, a separação e qualquer melhoria na condição de uma criança pode ser difícil de provar legalmente, uma vez que a melhoria da situação da criança pode ser atribuída a uma remissão espontânea ou pela resolução do problema médico subjacente, sem que seja considerado a ausência do cuidador durante esta fase (Emalee, Flaherty, Harriet, MacMillan, & Committee On Child Abuse and Neglect, 2013).

Neste sentido, a relutância que poderá existir por parte dos profissionais de saúde em responder a suspeitas de Síndrome de Munchausen por Procuração, evidenciada pela escassa incidência de casos descritos a nível nacional, poderá dever-se à inexperiência em lidar com esta tipologia de abuso, a limitações de tempo bem como, a um estado ansiogénico relativamente à possibilidade de sinalizar erroneamente, o que conduz a uma auto-dúvida



significativa sobre os litígios que envolvem uma sinalização de maus-tratos (Parnell, 1998b).

As emoções vivenciadas pela equipa médica que contacta com uma criança que tem presente sintomas inexplicáveis e recorrentes é outra barreira significativa para confirmar o abuso, uma vez que gera divergências inevitáveis e interações difíceis entre os profissionais de saúde (Siegel & Bryk, 1998) sendo que, o profissional de saúde que suspeite de que os sintomas são induzidos pelo cuidador depara-se com a difícil tarefa de fazer um diagnóstico controverso numa área em que tem pouca ou nenhuma experiência (Parnell, 1998c) e um apoio institucional quase inexistente (idem). Assim, alguns profissionais podem ver esta especificidade de abuso como superproteção do cuidador, não considerando o risco potencial para a criança, uma vez que limitam o diagnóstico e, paralelamente continua a existir a produção directa de sintomas (Roth, 1990).

Para além dos profissionais de saúde em contexto hospitalar anteriormente referidos, os profissionais de cuidados de saúde primários são também essenciais porque são a primeira e a principal forma de contato dos cidadãos com o sistema de saúde e desempenham um papel central como orientadores do doente dentro desse sistema (Barros, 2009). São portanto, entendidos como a base do sistema de saúde, e têm, segundo Simões (2005), uma vertente de saúde pública que está vocacionada para diagnosticar, tratar e intervir sobre fatores que condicionam a saúde das populações. Nesta última vertente, os NACJR (Núcleos de Atendimento a Crianças e Jovens em Risco) que se encontram sediados nas instalações da unidade funcional do centro de saúde, surgem no primeiro nível de intervenção e prevenção da ocorrência de maus-tratos, da deteção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços (DGS, 2007). Apesar da sua importância, é imperioso que tais respostas sejam acompanhadas de um maior investimento na prevenção primária (idem) através da formação dos profissionais de saúde, para que sejam capazes de identificar os passos que terão que estar presentes no processo de tomada de decisão perante uma criança em risco (Francis, et al., 2012). Uma vez que, em 2013, os Serviços de Saúde Nacionais foram responsáveis por apenas 5.3% das sinalizações de situações de perigo às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CNPCJR, 2014).



, et al. (2011) sugerem ainda que é essencial desenvolver conhecimentos e habilidades nos profissionais de saúde de forma a capacitá-los para prestar um serviço mais profissional e cuidar de crianças maltratadas de forma mais competente e, acrescenta que é necessário o treino teórico e prático na identificação de crianças maltratadas e como trabalhar numa equipa multidisciplinar com vocação específica para o efeito, constituindo uma mais-valia na gestão deste problema.

Dado que a decisão de sinalizar passa pela habilidade e conhecimentos de cada profissional de saúde diretamente ligado à avaliação da criança, é necessário que se inclua na formação dos mesmos o estudo de casos clínicos em que os sinais e sintomas são menos objetivos (Francis, et al., 2012; Driessnack, 2010) para que se sintam capazes de realizar um encaminhamento mais imediato, mesmo quando exista uma situação complexa pela subjetividade dos dados apresentados (Eisback e Driessnack, 2010).

No entanto, este mesmo processo de tomada de decisão para a sinalização do caso abusivo parece estar condicionada pela falta de tempo para desenvolver uma política e protocolos adequados, para registar a suspeita e organizar a informação, mesmo sendo reconhecida a importância da existência de protocolos de atuação e fichas de registo/sinalização conhecidos por todos os profissionais (Louwers et al. 2012). A estas barreiras anteriormente referidas, acresce ainda a falta de meios e a alta rotatividade dos profissionais do departamento de urgência, como impedimentos para melhorar a política de intervenção no abuso infantil (Horwath, J., 2003).



2. METODOLOGIA

Na presente investigação é utilizado o método quantitativo, descritivo e correlacional, pelo facto de existir a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população específica, neste caso em particular dos profissionais de saúde (Sousa & Batista, 2011).

2.1. Objetivos Gerais

O presente estudo pretende perceber, a partir da perspetiva dos profissionais de saúde (médicos), que indicadores é que avaliam como sendo facilitadores para o diagnóstico de um caso em que suspeitam de Síndrome de Munchausen, bem como quais os factores que podem influenciar a tomada de decisão por parte destes profissionais. Assim, junto dos mesmos, foram recolhidos dados que permitissem conhecer a sua experiência profissional relativamente a este tipo específico de maus tratos, bem como quais as dificuldades e as implicações que antecipam em relação à tomada de decisão pela sinalização de um caso abusivo.

Procurou-se também aceder ao conhecimento que os profissionais de saúde têm relativamente às instituições formais a que podem recorrer num caso em que suspeitam ou identificam um caso abusivo da Síndrome de Munchausen bem como perceber qual o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente a estas mesmas instituições.

2.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos segundo Dias (2009), têm um carácter mais intermediário, sendo utilizados para cada unidade do conteúdo do trabalho, pressupondo um domínio mais claro e preciso do tema.



Neste sentido, é importante delinear os objetivos específicos deste estudo:

- i. Conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente à Síndrome de Munchausen por Procuração, nomeadamente quais as características que destacam como estando frequentemente presentes neste tipo específico de maus-tratos;
- ii. Aceder aos indicadores de risco que, na opinião dos profissionais de saúde, facilitam o diagnóstico de um caso em que existe a suspeita da Síndrome de Munchausen por Procuração;
- iii. Perceber quais as experiências atribuídas pelos profissionais de saúde aos maus-tratos infantis (especificamente num caso de suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração);
- iv. Avaliar a experiência profissional dos profissionais de saúde relativamente à suspeita e conseqüentemente, ao diagnóstico de casos da Síndrome de Munchausen por Procuração;
- v. Avaliar o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis;
- vi. Perceber se o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis está relacionado com a experiência dos mesmos relativamente a casos de Síndrome de Munchausen por Procuração;

2.3. População e Amostra

O processo de amostragem permite um conhecimento científico da realidade, através da inferência indutiva, ou seja, tirar conclusões concretas da amostra sobre a população. Sendo que pode-se considerar que há três momentos chave no processo de amostragem (Coutinho, 2011): a identificação da população e da amostra; a determinação do tamanho da amostra, em que numa primeira fase, o objetivo seria 30 (trinta) participantes mas que acabou por ser de 36 (trinta e seis) e a seleção da amostra, que se caracteriza por ser não probabilística uma vez



que foram considerados como população os médicos da Regional Norte e Centro do país e que realizem serviço de urgência hospitalar e/ou que trabalhem nos cuidados de saúde primários, sendo estes os critérios de inclusão na amostra.

2.4. RECOLHA DE DADOS

2.4.1. Instrumento

Relativamente à recolha dos dados para o estudo, foi utilizado um questionário, uma vez que se caracteriza por ser um processo de recolha de dados capaz de realizar comparações e responder a um problema específico (Carmo & Ferreira, 1998). Para além de que, é uma técnica de observação directa extensiva especialmente adequada para conhecer determinadas características de uma população, neste caso em particular, os profissionais de saúde (Creswell, 2007) e porque constitui uma técnica privilegiada de quantificação.

Assim, a recolha de dados consistiu no envio por via eletrónica de um questionário denominado de *Questionário Sobre Síndrome de Munchausen por Procuração- Fatores Desencadeadores/Facilitadores, de Manutenção e Resolução (QSMP-FMR)*, de preenchimento anónimo, dirigido aos vários Pediatras e Internos de Pediatria que tenham experiência em serviços de urgência, bem como a profissionais de saúde primários da Região Norte e Centro do país. Neste sentido, partiu-se de contactos profissionais e solicitou-se aos participantes que divulgassem o questionário a colegas que preenchessem os critérios de inclusão da amostra.

Numa primeira fase, o questionário aborda as percepções dos participantes sobre a quais serão as características que consideram como mais frequentes no Síndrome de Munchausen por Procuração. Para este fim, utilizou-se uma escala de *Likert* no sentido de se obter graduações de opinião considerando-se a numeração de 1 a 4 em que um expressa uma opinião muito desfavorável ou um pleno grau de discordância e 4 uma opinião muito favorável ou um pleno grau de concordância (Marconi e Lakatos, 1996).

Posteriormente, os profissionais de saúde são inquiridos sobre quais os indicadores de



risco que, na sua perspetiva pessoal são considerados como facilitadores do diagnóstico de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração. Neste questionário, é ainda pedido aos inquiridos que posicionem relativamente aos fatores que consideram que dificulta a tomada de decisão médica para a notificação dos casos abusivos.

Este instrumento permitiu ainda, avaliar a experiência profissional dos inquiridos relativamente à suspeita e ao diagnóstico de casos da Síndrome de Munchausen por Procuração bem como, na experiência dos mesmos relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito dos maus-tratos infantis.

Num último momento, o questionário permitiu que os profissionais de saúde avaliassem globalmente estas mesmas instituições formais envolvidas no âmbito dos maus-tratos infantis, através de um grau de satisfação.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise estatística foi efectuada com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Macintosh Operating System.

A consistência interna do questionário foi analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach (*tabela 6, em anexo*), sendo que valor obtido (.769) pode ser considerado como razoável, uma vez que não melhoraria significativamente se se eliminasse alguma das tarefas que constituem o questionário (como se pode comprovar pela observação da *tabela 7, em anexo*). A classificação do valor do Alfa de Cronbach segue o publicado em Hill (2015), e portanto, considera-se válido o questionário administrado no presente estudo, enquanto instrumento de investigação.

Em cada uma das análises realizadas, pretende-se enfatizar os resultados que tiveram uma maior e uma menor observação por parte dos profissionais de saúde ao questionário, para que se possa retirar um conjunto de conclusões fundamentadas e integradas, não só pela literatura mas também pela perspetiva dos mesmos.



3.1. Análise Descritiva

Após a construção da base de dados houve a necessidade de se estabelecer uma estatística descritiva de modo a compreender a distribuição dos mesmos. Segundo Martins (2011), a estatística descritiva engloba um conjunto de medidas (de tendência central e de dispersão) e de representações gráficas que nos permitem descrever um conjunto de dados de forma sumária através da salientação de medidas de localização, tais como a média, moda, mediana e todas as que permitam condensar a informação obtida (Barrocos, 2006). Para além destas medidas, decidiu-se apresentar os máximos e mínimos de cada variável, de modo a compreender de forma mais aprofundada a distribuição de cada uma.

Assim, para a realização da análise estatística do presente estudo, estiveram presentes medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$. No entanto comentaram-se também as diferenças para um nível de significância $(\alpha) \leq 0,10$. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney quando se relacionou o grau de satisfação com as instituições (satisfação vs insatisfação) e a perspetiva pessoal do profissional de saúde sobre Síndrome de Munchausen por Procuração pois estas variáveis eram de tipo ordinal. O teste de Fisher relacionou o grau de satisfação com as instituições (satisfação vs insatisfação) com as restantes variáveis pois estas últimas eram variáveis de tipo nominal.

Perspetiva pessoal do profissional de saúde sobre Síndrome de Munchausen por Procuração

Através da *tabela 1* pretende-se analisar o grau de concordância ou discordância dos profissionais de saúde relativamente a afirmações que descrevem características que poderão estar presentes num caso abusivo da Síndrome de Munchausen por Procuração.



Tabela 1

Perspetiva pessoal do profissional de saúde sobre Síndrome de Munchausen por Procuração

		1	2	3	4
<i>A motivação principal do agressor é, geralmente atrair a atenção, simpatia, preocupação como um elemento próximo de uma criança que está com problemas de saúde</i>	<i>Freq.</i>	12	6	15	3
	<i>%</i>	33.3	16.7	41.7	8.3
<i>Na maioria dos casos, quem perpetua esta falsa doença na criança é a própria progenitora</i>	<i>Freq.</i>	11	11	7	7
	<i>%</i>	30.6	30.6	19.4	19.4
<i>Por parte do agressor(a), existe desejo de controlar e manipular os procedimentos e intervenções médicas que vão sendo aplicados à criança</i>	<i>Freq.</i>	0	10	21	5
	<i>%</i>	0.0	27.8	58.3	13.9
<i>O abuso pode manifestar-se pela atenção excessiva à criança sob a forma de superproteção e/ou restrição de relações extra familiares</i>	<i>Freq.</i>	2	17	13	4
	<i>%</i>	5.6	47.2	36.1	11.1
<i>A criança-vítima pode ser impedido pelo agressor(a) de realizar atividades externas (ex. frequentar a escola/brincar com outras crianças)</i>	<i>Freq.</i>	3	17	12	4
	<i>%</i>	8.3	47.2	33.3	11.1
<i>Quando as crianças vítimas atingem um estágio do seu desenvolvimento mais avançado podem passar a ser coniventes com o cuidador que fabrica os sinais e sintomas</i>	<i>Freq.</i>	8	17	8	3
	<i>%</i>	22.2	47.2	22.2	8.3
<i>O agressor(a) está diretamente envolvido a profissões ligadas aos cuidados de saúde ou, pelo menos, são medicamente experientes e tem uma familiaridade com a terminologia médica</i>	<i>Freq.</i>	9	17	6	4
	<i>%</i>	25.0	47.2	16.7	11.1
<i>As crianças que são vítimas da doença induzida, podem sofrer comorbidade significativa bem como, incapacidade a longo prazo ou lesão permanente pelos procedimentos médicos adotados</i>	<i>Freq.</i>	1	1	32	2
	<i>%</i>	2.8	2.8	88.9	5.6
<i>O cuidador-agressor pode procurar diferentes ambientes clínicos para que a criança receba atenção médica ou continua a indução da doença neste contexto</i>	<i>Freq.</i>	0	6	25	5
	<i>%</i>	0.0	16.7	69.4	13.9
<i>Os comportamentos abusivos no Síndrome de Munchausen por Procuração têm subjacentes uma atitude pró-ativa do agressor(a) e resulta de comportamentos calculados e deliberados</i>	<i>Freq.</i>	0	4	20	12
	<i>%</i>	0.0	11.1	55.6	33.3

Legenda: 1 - discordo totalmente 2 - discordo 3 - concordo 4 - concordo totalmente

Com o objetivo de aceder à perspetiva pessoal dos profissionais de saúde relativamente à Síndrome de Munchausen por Procuração, o estudo das características que



poderão estar frequentemente presentes neste mau-trato infantil, revelou que 88,9% dos inquiridos manifesta concordância relativamente à afirmação de que *As crianças que são vítimas da doença induzida, podem sofrer comorbilidade significativa bem como, incapacidade a longo prazo ou lesão permanente pelos procedimentos médicos adotados* destacando-a como sendo a característica que poderá estar mais frequente nesta síndrome abusiva.

É também notório o grau de concordância dos profissionais de saúde inquiridos relativamente à afirmação: *O cuidador-agressor pode procurar diferentes ambientes clínicos para que a criança receba atenção médica ou continua a indução da doença neste contexto*, uma vez que, mais de metade dos profissionais inquiridos (69.4%) refere-a como sendo uma característica deste mau-trato infantil.

Os profissionais de saúde inquiridos neste estudo concordaram também que *Por parte do agressor(a), existe desejo de controlar e manipular os procedimentos e intervenções médicas que vão sendo aplicados à criança*, sendo que esta característica foi também bastante observada (58.3%) pelos mesmos.

Com uma percentagem mais baixa, mas ainda assim relevante para o presente estudo, a afirmação: *Os comportamentos abusivos no Síndrome de Munchausen por Procuração têm subjacentes uma atitude pró-ativa do agressor(a) e resulta de comportamentos calculados e deliberados*, obteve um elevado (55.6%) grau de concordância por parte dos inquiridos como sendo uma característica frequentemente presente na Síndrome de Munchausen por Procuração.

No que diz respeito às afirmações que mereceram por parte dos profissionais de saúde um grau de discordância, a que mais se evidenciou (61.2%) foi *Na maioria dos casos, quem perpetua esta falsa doença na criança é a própria progenitora*, sendo a que, na perspetiva pessoal dos mesmos, menos caracteriza a Síndrome de Munchausen por Procuração. Destacar ainda, que dos 22 (vinte e dois) inquiridos, 11 (onze) *discordou totalmente* (30.6%) da mesma.

Outras afirmações que obtiveram um elevado (47.2%) grau de discordância entre os profissionais de saúde presentes no estudo foi *O abuso pode manifestar-se pela atenção*



excessiva à criança sob a forma de superproteção e/ou restrição de relações extra familiares; A criança-vítima pode ser impedido pelo agressor(a) de realizar atividades externas (ex. frequentar a escola/brincar com outras crianças); Quando as crianças vítimas atingem um estágio do seu desenvolvimento mais avançado podem passar a ser coniventes com o cuidador que fabrica os sinais e sintomas; O agressor(a) está diretamente envolvido a profissões ligadas aos cuidados de saúde ou, pelo menos, são medicamente experientes e tem uma familiaridade com a terminologia médica, demonstrando desta forma, que na sua perspetiva pessoal dos mesmos estas características não estão frequentemente presentes na Síndrome de Munchausen por Procuração.

Indicadores de risco que, na opinião dos profissionais de saúde, facilitam o diagnóstico de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração

Através da *tabela 2* pode-se observar a tendência por parte dos profissionais de saúde relativamente a indicadores de risco que são considerados como facilitadores do diagnóstico de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração.

Tabela 2

Indicadores que facilitam o diagnóstico de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração

	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Existência de um padrão excessivo e/ou inadequado de utilização de procedimentos, medicamentos, exames, internações e cirurgias</i>	23	63.9
<i>Existência de um padrão de compromissos médicos não concluídos</i>	10	27.8
<i>Revisão dos registros médicos relativos à criança (tanto nos cuidados de saúde primários como em contexto hospitalar)</i>	7	19.4
<i>Evidência de antecedentes de saúde semelhantes nos irmãos da criança (no caso de existirem)</i>	23	63.9
<i>Existência de utidade desadequada da criança face a novas indicações de tratamentos médicos</i>	9	25.0



<i>Existência de uma atitude desadequada do agressor(a) face à decisão médica pela alta da criança</i>	18	50.0
<i>Suspeita de aparente psicopatologia do cuidador que acompanha a criança às instalações de saúde</i>	30	83.3
<i>Incoerência entre os exames clínicos e a história relatada pelo acompanhante da criança no hospital</i>	19	52.8
<i>Quando a criança é separada do cuidador que a acompanha há uma melhoria significativa que não é explicável por outros fatores</i>	14	38.9

No que diz respeito aos indicadores de risco que, na perspetiva dos profissionais de saúde, mais facilita o diagnóstico desta síndrome abusiva, destaca-se com 83.3% o indicador *Suspeita de aparente psicopatologia do cuidador que acompanha a criança às instalações de saúde*, uma vez que 30 (trinta) dos profissionais de saúde inquiridos o considera como sendo o mais facilitador do diagnóstico num caso em que existe suspeita deste mau-trato infantil.

Nesta análise destacaram-se ainda, dois outros indicadores de risco que, na perspetiva dos profissionais de saúde, facilitam a formulação diagnóstica da Síndrome de Munchausen por Procuração que foram a *Existência de um padrão excessivo e/ou inadequado de utilização de procedimentos, medicamentos, exames, internações e cirurgias* (63.9%) e ainda, o indicador *Evidência de antecedentes de saúde semelhantes nos irmãos da criança (no caso de existirem)* (63.9%).

Relativamente ao indicador que os profissionais de saúde consideraram ser o menos facilitador do diagnóstico de Síndrome de Munchausen por Procuração, destaca-se a *Revisão dos registos médicos relativos à criança (tanto nos cuidados de saúde primários como em contexto hospitalar)* (19.4%), uma vez que foi selecionado apenas por 7 (sete) dos 36 (trinta e seis) inquiridos.



Fatores que podem dificultar o processo de tomada de decisão médica para a notificação de um caso abusivo (especificamente num caso de suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração)

Na *tabela 3*, é possível observar quais são os fatores que, na perspetiva dos profissionais de saúde inquiridos neste estudo, poderão dificultar o processo de tomada de decisão médica para a notificação de um caso abusivo (especificamente num caso de suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração).

Tabela 3

Fatores que podem dificultar o processo de tomada de decisão médica para a notificação de um caso abusivo

	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Falta de disponibilidade para acompanhar a criança até à confirmação</i>	24	66.7
<i>Falta de apoio institucional</i>	15	41.7
<i>Falta de informação relativa à família da criança</i>	8	22.2
<i>Falta de eficácia no cruzamento de informação entre instituições de saúde</i>	15	41.7
<i>Dificuldades inerentes ao processo de notificação</i>	6	16.7
<i>Falta de confidencialidade</i>	2	5.6
<i>Represálias inerentes ao processo de denúncia</i>	5	13.9
<i>Incapacitação profissional</i>	5	13.9
<i>Falta de formação profissional no âmbito dos maus-tratos</i>	22	61.1
<i>Insegurança</i>	4	11.1

Com a análise da mesma e atendendo ao objetivo de aceder às experiências atribuídas pelos profissionais de saúde aos maus-tratos infantis, os fatores que se destacam neste estudo como sendo os que mais dificultam o processo de tomada de decisão médica para a notificação de um caso abusivo são a *Falta de disponibilidade para acompanhar a criança até à confirmação* (66.7%), e o fator *Falta de formação profissional no âmbito dos maus-tratos* (61.1%). Ainda que com uma frequência mais baixa, existiram fatores que tiveram uma visibilidade relevante por parte dos inquiridos, como a *Falta de apoio institucional* (41.7%) e a *Falta de eficácia no cruzamento de informação entre instituições de saúde*, (41.7%), uma



vez que possibilitaram o acesso à perspetiva pessoal dos mesmos relativamente à problemática dos maus-tratos infantis.

Casuística dos profissionais de saúde relativamente a casos de Síndrome de Munchausen por Procuração

A experiência dos profissionais de saúde inquiridos relativamente à Síndrome de Munchausen por Procuração poderá ser observada na *tabela 4* que se segue.

Tabela 4

Experiência dos profissionais de saúde relativamente a casos de Síndrome de Munchausen por Procuração

	Não		Sim	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Na sua experiência profissional contactou com casos em que suspeitou de Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	13	36.1	23	63.9
<i>Na sua experiência profissional já notificou casos de Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes?</i>	3	8.3	33	91.7
<i>No último ano suspeitou de algum caso de Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	2	5.6	34	94.4
<i>No último ano notificou algum caso de Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes?</i>	0	0.0	36	100.0
<i>Relativamente à sua experiência profissional sente que possui conhecimento para reconhecer os sinais e/ou sintomas que poderão estar a ser induzidos?</i>	13	36.1	23	63.9
<i>Relativamente à sua experiência profissional, sente que possui conhecimento para diagnosticar Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	8	22.2	28	77.8
<i>Tendo em conta a sua experiência profissional, sente que possui conhecimento suficiente no que diz respeito às instituições a que pode recorrer ? (Diante de uma suspeita ou para identificação de um caso de Síndrome de Munchausen por Procuração)</i>	17	47.2	19	52.8



Uma vez que o presente estudo, teve como objetivo avaliar a experiência profissional dos inquiridos relativamente à suspeita e conseqüentemente, ao diagnóstico de casos da Síndrome de Munchausen por Procuração torna-se premente destacar que, no último ano, 34 (trinta e quatro) dos inquiridos deste estudo refere ter suspeitado deste mau-trato (94.4%). Ainda relativamente ao mesmo ano, pode-se constatar também que todos (100%) os profissionais de saúde inquiridos por este estudo, notificaram casos da Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes revelando desta forma que têm experiência profissional relativamente à problemática em estudo.

Ainda relativamente à experiência profissional dos inquiridos, é também notória (77.8%) a perspetiva pessoal dos mesmos no que diz respeito ao sentimento de que possuem conhecimento para diagnosticar Síndrome de Munchausen por Procuração, sendo que uma frequência mais reduzida (63.9%) de profissionais de saúde revelam que possuem conhecimento para reconhecer os sinais e/ou sintomas que poderão estar a ser induzidos numa vítima.

Um outro aspeto importante a realçar na avaliação da experiência profissional dos inquiridos é que mais de metade (52.8%) revelou que, na sua perspetiva pessoal, sente que possui conhecimento suficiente no que diz respeito às instituições a que pode recorrer diante de uma suspeita ou para identificação de um caso de Síndrome de Munchausen por Procuração.

Grau de satisfação/compromisso dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis (particularmente de Síndrome de Munchausen por Procuração)

Neste estudo, pretendeu-se avaliar o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis e que pode ser constatado através da *tabela 5* que se segue.



Tabela 5

Grau de satisfação

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Satisfeito</i>	9	25.0
<i>Muito</i>	5	13.9
<i>Insatisfeito</i>	15	41.7
<i>Neutro</i>	7	19.4
<i>Total</i>	36	100.0

Com a análise da mesma é de destacar o grau de insatisfação relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos, sendo que quinze dos profissionais de saúde inquiridos referiram estar *insatisfeitos* (41.7%) e cinco afirmaram estar *muito insatisfeitos* (13.9%). Note-se então, que apenas nove dos trinta e seis profissionais de saúde inquiridos referiu estar *satisfeito* (25%) com as instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis, sendo que os restantes sete profissionais de saúde, atribuiu o grau *neutro* de satisfação, demonstrando desta forma a sua perspetiva pessoal relativamente às mesmas.

No presente estudo, ambicionou-se também perceber se o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis está relacionado com a experiência dos mesmos relativamente a casos de Síndrome de Munchausen por Procuração.

Após realizada a análise estatística do estudo, pode-se comprovar que não foram encontradas diferenças significativas quando se relacionou o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis com a perspetiva dos mesmos sobre a Síndrome de Munchausen por Procuração (*Tabela 8, em anexo*). Para além de que, não foram notadas diferenças significativas quando se relacionou o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos com a perspetiva dos mesmos, no que diz respeito aos indicadores que facilitam o diagnóstico



de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração (*Tabela 9, em anexo*). Constatou-se também que não foram notadas diferenças significativas quando se relacionou o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos com os fatores que, segundo a perspetiva dos mesmos, poderão dificultar o processo de tomada de decisão médica para a notificação de um caso abusivo (*Tabela 10, em anexo*).

3.2. Análise Inferencial

No que diz respeito ao grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis (particularmente no Síndrome de Munchausen por Procuração), este parece estar relacionado com a experiência dos mesmos, uma vez que se evidenciam diferenças estatisticamente significativas, tal como se pode comprovar na *tabela 12* que se segue.

Tabela 12

Satisfação vs conhecimento

sente que possui conhecimento...		Satisfação		Total
		Satisfeito	Insatisfeito	
Sim	Freq.	4	4	8
	% Conhecimento ...	50.0%	50.0%	100.0%
	% Satisfação	44.4%	14.8%	22.2%
Não	Freq.	5	23	28
	% Conhecimento ...	17.9%	82.1%	100.0%
	% Satisfação	55.6%	85.2%	77.8%
Total	Freq.	9	27	36
	% Conhecimento ...	25.0%	75.0%	100.0%
	% Satisfação	100.0%	100.0%	100.0%



Isto porque, há uma percentagem significativamente mais elevada de profissionais de saúde insatisfeitos relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis que consideram não possuir conhecimento para diagnosticar Síndrome de Munchausen (82.1% vs 50.0%), teste de Fisher, $p = .086$ (Tabela 11).

Tabela 11

Satisfação vs experiência

	Teste de Fisher
<i>Na sua experiência profissional contactou com casos em que suspeitou de Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	.693
<i>Na sua experiência profissional já notificou casos de Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes?</i>	1.000
<i>No último ano suspeitou de algum caso de Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	1.000
<i>Relativamente à sua experiência profissional sente que possui conhecimento para reconhecer os sinais e/ou sintomas que poderão estar a ser induzidos?</i>	.693
<i>Relativamente à sua experiência profissional, sente que possui conhecimento para diagnosticar Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	.086*
<i>Tendo em conta a sua experiência profissional, sente que possui conhecimento suficiente no que diz respeito às instituições a que pode recorrer ? (Diante de uma suspeita ou para identificação de um caso de Síndrome de Munchausen por Procuração)</i>	.706

* $p \leq ,10$



4. CONCLUSÕES

O enquadramento teórico criado no início deste estudo e a apresentação dos resultados foram estruturados de forma a produzir uma linha condutora dos principais objetivos do mesmo. Uma das limitações prende-se ao tamanho da amostra, já que esta se revelou relativamente pequena em comparação às amostras conseguidas nas investigações que serviram de base ao presente estudo. Deste modo, a estatística inferencial realizada neste estudo demonstrou estar limitada já que não se observaram interações entre variáveis independentes e dependentes, o que se veio a traduzir numa dificuldade de generalização e de demonstração de causalidade entre variáveis pelo baixo controlo que as análises estatísticas apresentaram. Ainda assim destacamos algumas conclusões que poderão merecer um maior aprofundamento em estudos posteriores.

Apesar de ter como limitação, a ausência de caracterização da amostra, para que fosse garantida o completo anonimato dos inquiridos, este estudo sugere que os profissionais de saúde manifestam falta de disponibilidade e falta de formação profissional no âmbito dos maus-tratos, e este parece ser um dos obstáculos de uma formulação diagnóstica atempada. Destaca-se também fatores como a falta de apoio institucional e a falta de eficácia no cruzamento de informação entre instituições de saúde, que segundo os profissionais de saúde inquiridos condiciona também a tomada de decisão médica para a notificação de casos abusivos. No entanto, relativamente aos indicadores de risco, é premente realçar que apesar dos vários estudos na literatura reforçarem que esta síndrome é frequentemente perpetuada pela progenitora da vítima, no presente estudo, poucos profissionais de saúde inquiridos revelaram concordar com este indicador.

É ainda notório neste estudo, o grau de insatisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito dos maus tratos, contudo, a amostra total do estudo revelou ter notificado, no último ano, casos da Síndrome de Munchausen às entidades competentes. No entanto, quando questionados sobre se, no mesmo ano, tinham suspeitado desta síndrome abusiva, obteve-se uma frequência mais reduzida de



respostas afirmativas por parte dos profissionais de saúde inquiridos. Esta diferença existente entre o processo de notificação e o processo de suspeita poderá indiciar que apesar dos profissionais de saúde terem um contato frequente com este mau-trato infantil e o notificarem às instituições formais competentes, nem todos o diagnosticam como Síndrome de Munchausen por Procuração.

Neste sentido, será expectável que no futuro se proceda à elaboração de estudos com amostras de maior dimensão, mais homogéneas e com delimitações de idade mais definidas, para que as conclusões dos mesmos possam ser de todo melhor fundamentadas e aplicáveis aos nossos profissionais de saúde. Seria também importante incentivar a introdução de novas variáveis para que se possa proceder ao tratamento de dados de forma diferente, principalmente se houver hipótese da existência de saturação teórica na análise dos mesmos (havendo a possibilidade de, por exemplo, se proceder a uma análise qualitativa como a *grounded theory*) com o objetivo de que o fenómeno tenha uma compreensão mais aprofundada.

Reafirma-se a necessidade de olhar para a Síndrome de Munchausen por Procuração como um problema grave, potencialmente letal, que, até ao presente, tem sido ignorado em Portugal, não existindo dados estatísticos nem literatura significativa sobre o assunto.

Atendendo à sua gravidade, tem havido um grande investimento na sua prevenção a nível internacional, uma vez que só assim se reduzirá a incidência, morbidade e mortalidade deste tipo de abuso infantil. No entanto, este tipo de investimento, não foi, até agora, tido em consideração em Portugal, e apesar das limitações descritas do presente estudo, foi possível a recolha de informação pertinente que confirma a dificuldade dos profissionais em lidarem com estas situações, pelo que seria importante uma maior sensibilização para esta problemática. Os dados sugerem ainda, a necessidade de consciencializar os profissionais de saúde sobre a gravidade desta síndrome e sobre a importância do seu diagnóstico precoce, da sinalização e denúncia, bem como a importância de se conhecer a sua incidência e características, tendo em vista a concretização de estratégias de prevenção a implementar.



BIBLIOGRAFIA

- Al-Owain, M., Al-Zaidan, H., Al-Hashem, A., Kattan, H. & Al-Dowaihs, A. (2010). Munchausen syndrome by proxy mimicking as Gaucher disease. *European Journal of Pediatrics*, 169(8):1029–1032
- Ara, B. H., & Sultana, P. (2003). Hyperemesis gravidarum. *The ORION Medical Journal*, (15), 78-79.
- Awadallah, N., Vaughan, A., Franco, K., Munir, F., Sharaby, N. & Goldfarb, J. (2005). Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse and Neglect*, 29(8): 931–941
- Ayoub, CC., Schreier, HA. & Keller, C. (2002). Munchausen by proxy: presentations in special education. *Child Maltreatment*, 7(2): 149–159
- Barrocos, J. M. (2006). Estatística: um sobrevoo. *Universidade Católica Editora*. Lisboa
- Barros, P. (2009). Economia da saúde: conceitos e comportamentos. 2.^a ed. Coimbra: *Edições Almedina*
- Bass, C. & Jones D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2):113–118
- Bath, A. P., Murty, G. E., & Gibbin, K. P. (1993). Munchausen syndrome by proxy: Otolaryngologists beware! *Journal of Laryngology and Otology*, 107, 151–152.
- Berry, L. (2008). Understanding Munchausen syndrome by proxy. *On The Edge*, 14(4), 1-9.
- Bools, CN., Neale, BA. & Meadow, SR. (1992). Comorbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 67(1):77–79



- Boros, S. J., & Brubaker, L. C. (1992). Munchausen syndrome by proxy case accounts. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 61, 16–20.
- Brown, P., & Tierney, C. (2009). Munchausen syndrome by proxy. *Pediatric Review*, 30(10): 414–415
- Bryk, M., Siegel, PT. (1997). My mother caused my illness: the story of a survivor of Munchausen by proxy syndrome. *Pediatrics*. 100(1): 1-7.
- Bursch, B., Schreier, HA., Ayoub, CC., Libow, JA., Sanders, MJ. & Yorker, BC. (2008). Further thoughts on “Beyond Munchausen by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting”. *Pediatrics*, 121(2): 444–445
- Burton, M., Warren, M., Lapid, M. & Bostwick, M. (2015). Munchausen Syndrome by Adult Proxy: A Review of the Literature. *Journal of Hospital Medicine* (10), 32–35.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.
- CNPCJR - Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2014). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ no ano de 2013*. Lisboa: CNPCJR.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia da Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Craft, A. W., & Hall, D. M. B. (2004). Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *British Medical Journal*, 328, 1309–1312.
- Creswell, J. (2007). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 3th Edition, University Of Nebraska-Lincoln.
- Cridle, L. (2010). Monsters in the closet: munchausen syndrome by proxy. *Pediatric Care*.



30(6), 46-55

Crouse, K. A. (1992). Munchausen syndrome by proxy: Recognizing the victim. *Pediatric Nursing, 18*, 249–252.

Davis, P., McClure, R.J. & Rolfe, K. et al. (1998). Procedures, placement, and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood, 78*(3):217– 221

Denny, S.J., Grant, C.C. & Pinnock, R. (2001). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health, 37*(3):240–243

DGS - Direção Geral da Saúde (2008). *Maus-tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde: documento técnico*. Lisboa: DGS.

DGS - Direção Geral da Saúde (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção: acção de saúde para crianças e jovens em risco*. Lisboa: DGS.

Dias, M. (2009). *O vocabulário do desenho da investigação – a lógica do processo em ciências sociais*, Viseu: Psicosoma.

Dye, M. I., Rondeau, D., Guido, V., Mason, A., & O'Brien, R. (2013). Identification and management of Factitious disorder by proxy. *Journal For Nurse Practitioners, 9*(7), 435-442.

Ehrlich, S., Pfeiffer, E., Salbach, H., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2008). Factitious disorder in children and adolescents: a retrospective study. *Psychosomatics, 49*(5):392–398

Eisback & Driessnack (2010). Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 15*(4): 317-323



Emalee, G., Flaherty, MD., Harriet, L., MacMillan, MD. & Committee Abuse And Neglect. (2013). Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *American Academy of Pediatrics*, 132(3): 590-597

Emalee, G., Flaherty, MD., Harriet, L., MacMillan, MD. & Committee Abuse And Neglect. (2010). Clinical Report—The Pediatrician’s Role in Child Maltreatment Prevention. *American Academy of Pediatrics*, 126(4): 833-841

Fabricated or induced illness by carers: a complex conundrum. (2010). *Lancet*. 375 (9713): 433

Feldman, KW., Feldman, MD., Grady, R., Burns, MW. & McDonald, R. (2007). Renal and urologic manifestations of pediatric condition falsification/ Munchausen by proxy. *Pediatric Nephrology Journal*, 22(6):849–856

Feldman, M. D., & Hamilton, J. C. (2006). Serial factitious disorder and Munchausen by proxy in pregnancy. *International Journal of Clinical Practice*, 60(12), 1675-1678

Feldman, MD. & Brown, RM. (2002). Munchausen by proxy in an international context. *Child Abuse and Neglect*, 26(5): 509–524

Foreman, DM. (2005). Detecting fabricated or induced illness in children. *British Medical Journal*, 331(7523): 978-979

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J. e Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 1 (41), pp. 58-69.

Fulton, D. (2000). Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23, 35–42.



Galvin, H. K., Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2005). Update on Munchausen syndrome by proxy. *Current Opinion in Pediatrics*, 17(2), 252- 257.

Gilbert, J. (2014). Munchausen syndrome by proxy and the implications for childbirth educators. *International Journal of Childbirth Education*, 29(3):1-7

Hall, DE., Eubanks, L., Meyyazhagan, LS., Kenney, RD. & Johnson, SC. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. *Pediatrics*, 105(6):1305–1312

Hill, Manuela Magalhães & Hill, Andrew (2005), *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa

Horwath, J. (2003). Developing good practice in cases of fabricated and induced illness by carers: new guidance and the training implications. *Child Abuse Review*, 12(1):58–63

Kahan, B. B., & Yorker, B. C. (1991). Munchausen syndrome by proxy: Clinical review and legal issues. *Behavioral Sciences and the Law*, 9, 73–83.

Kucuker H, Demir T, Oral R. (2010). Pediatric condition falsification (Munchausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Munchausen syndrome). *Pediatric Diabetes*, 11: 572–578.

Lasher, LJ. & Feldman, MD. (2004). Celiac disease as a manifestation of Munchausen by proxy. *Southern Medical Association*, 97(1):67–69

Lasher, LJ. & Sheridan, MS. (2014). *Munchausen by proxy: identification, intervention, and Case Management*. Routledge: New York and London



Louwers, E., Korfage, I., Affourtit, M., Koning, H. e Moll, H. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12 (167): 1- 6.

Ludwig, S., & Rostain, A. (1992). Family function and dysfunction. In M. D. Levine, W. B. Carey, & A. D. Crocker (Eds.), *Developmental behavioral pediatrics* (2nd ed., pp. 147–159). Philadelphia: Saunders.

Malatack, J. J., Consolini, D., Mann, K., & Raab, C. (2006). Taking on the parent to safe a child: Munchausen syndrome by proxy. *Contemporary Pediatrics*, 23, 50–63

Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, (2013). *American Psychiatric Association*.

Marconi, A. & Lakatos, M. (1996). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: *Atlas*, 1996.

Marôco, J. (2007). Análise estatística com utilização do SPSS, *Edições Silabo*, 3ª edição, Lisboa

Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decider, fazer, interpretar e redigir. *Psiquilibrios Edições*.

McClure, R.J., Davis, P.M., Meadow, S.R. & Sibert, J.R. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood*, 75(1):57–61

Meadow R. (1993). False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 68(4):444–447



Meadow, R. (1998). Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Archives of Disease in Childhood*, 78(3): 210–216

Meadow, R. (1999). Mothering to death. *Archives of Disease in Childhood*, 80(4):359–362

Miller, L. J. (2008). Psychiatric disorders during pregnancy. *N. L. Stotland & D. E. Stewart* (Eds.)

Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology (pp. 51-65). Washington, DC: *American Psychiatric Press*.

Morley C. (1998). Concerns about using and interpreting covert video surveillance. *British Medical Journal*, 316(7144):1603–1605

Morrel, MS. & Tilley, DS. (2012). The role of nonperpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *Journal of Pediatric Nursing* (27), 328–335

Morse, J. M. (1994). Designing qualitative research. In *N. K. Denzin & Y. S. Lincoln* (Eds.), *Handbook of qualitative inquiry* (pp. 220-235)

Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B. e Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 2 (67): 384-393.

Parnell, T. F. (1998a). Coordinated case management through the child protection system. In *T. F. Parnell & D. O. Day* (Eds.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse* (pp. 95–116). Thousand Oaks, CA: Sage.

Parnell, T. F. (1998b). Guidelines for identifying cases. In *T. F. Parnell & D. O. Day* (Eds.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse* (pp. 47–67). Thousand Oaks, CA: Sage.



Parnell, T. F. (1998c). An overview. In T. F. Parnell & D. O. Day (Eds.), *Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse* (pp. 3–8). Thousand Oaks, CA: Sage.

Puri, B. K. (2006). Munchausen syndrome by proxy in pregnancy. *International Journal of Clinical Practice*, 60(12), 1527-1529.

Rittner, L., Pulos, S. & Lennon, R. (2005). Pediatric condition falsification in attention-deficit/ hyperactivity disorder. *North American journal of psychology*, 7(3):353–359

Roesler, TA. & Jenny, C. (2009). *Medical Child Abuse: Beyond Munchausen Syndrome by Proxy*. American Academy of Pediatrics: Elk Grove Village, IL.

Rosenberg, DA. (1997). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect*, 11(4): 547–563

Rosenberg, DA. (2003). Munchausen syndrome by proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse and Neglect*, 27(4): 421–430

Roth, D. (1990). How “mild” is mild Munchausen syndrome by proxy? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27, 160–167.

Sanders, MJ. & Bursch, B. (2002). Forensic assessment of illness falsification, Munchausen by proxy, and factitious disorder. *Child Maltreatment*, 7(2):112–124

Schreier H. (2004). Munchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34 (3):126–143

Schreier, H. (2002). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse and Neglect*, 26(5):537–549



Schreier, HA. (1996). Repeated false allegations of sexual abuse presenting to sheriffs: when when is it Munchausen by Proxy? *Child Abuse and Neglect*, 20(10): 985-991

Shapiro, M. & Nguyen, M. (2011). Psychological sequelae of Munchausen's syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect*, 35(2):87-88

Shaw, RJ., Dayal, S., Hartman, JK. & DeMaso, DR. (2008). Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(4): 215-224

Sheridan, MS. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect*, 27(4): 431-451

Shinebourne, EA. (1996). Covert video surveillance and the principle of double effect: a response to criticism. *Journal of Medical Ethics*, 22(1): 26-31

Siegel, DM. (2009). Munchausen syndrome by proxy: a pediatrician's observations. *Families, Systems, & Health*, 27(1):113-115

Siegel, P. & Fischer, H. (2001). Munchausen by proxy syndrome: barriers to detection, confirmation, and intervention. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 4(1), 31-50

Siegel, P. T., & Bryk, M. (1998). Munchausen by proxy syndrome [Letter]. *Pediatrics*, (101), 951.

Simões J. & Barros, P. (2005). *Portugal: health system review: health systems in transition*. 9(5), 1-140.

Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Segundo Bolonha, Lisboa: *Pactor*



Southall, DP., Plunkett, MC., Banks, MW., Falkov, AF. & Samuels, MP. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics*, 100(5): 735–760

Squires, JE. & Squires, RH. (2010). Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 51(3):248–253

Stirling, J. Jr. (2007). American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect: Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, 119(5): 1026–1030

Su, E., Shoykhet, M. & Bell, MJ. (2010). Severe hypernatremia in a hospitalized child: Munchausen by proxy. *Pediatric Neurology*, 43(4): 270– 273

Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010). Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach. (6th ed.). St. Louis, MO: *Elsevier*.

Waller, D. A. (1983). Case report: Obstacles to the treatment of Munchausen by proxy syndrome. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 80–85.

Wilson, D., Creamer, L. & Blair, F. (2011). Problemas de saúde de lactentes e pré-escolares: fundamentos de enfermagem pediátrica. M. J.Hockenberry, & D. Wilson, Wong (8ª ed.). Rio de Janeiro: *Elsevier* Editora, 465-506.

Yin, S. (2010). Malicious use of pharmaceuticals in children. *Journal of Pediatrics*, 157(5): 832–836



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*

ANEXOS



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*

ANEXO 1 - TABELAS DA ESTATÍSTICA DESCRITIVA E DA ESTATÍSTICA INFERENCIAL



Tabela 1

Perspetiva dos profissionais de saúde

		1	2	3	4
<i>A motivação principal do agressor é, geralmente atrair a atenção, simpatia, preocupação como um elemento próximo de uma criança que está com problemas de saúde</i>	<i>Freq.</i>	12	6	15	3
	<i>%</i>	33.3	16.7	41.7	8.3
<i>Na maioria dos casos, quem perpetua esta falsa doença na criança é a própria progenitora</i>	<i>Freq.</i>	11	11	7	7
	<i>%</i>	30.6	30.6	19.4	19.4
<i>Por parte do agressor(a), existe desejo de controlar e manipular os procedimentos e intervenções médicas que vão sendo aplicados à criança</i>	<i>Freq.</i>	0	10	21	5
	<i>%</i>	0.0	27.8	58.3	13.9
<i>O abuso pode manifestar-se pela atenção excessiva à criança sob a forma de superproteção e/ou restrição de relações extra familiares</i>	<i>Freq.</i>	2	17	13	4
	<i>%</i>	5.6	47.2	36.1	11.1
<i>A criança-vítima pode ser impedido pelo agressor(a) de realizar atividades externas (ex. frequentar a escola/brincar com outras crianças)</i>	<i>Freq.</i>	3	17	12	4
	<i>%</i>	8.3	47.2	33.3	11.1
<i>Quando as crianças vítimas atingem um estágio do seu desenvolvimento mais avançado podem passar a ser coniventes com o cuidador que fabrica os sinais e sintomas</i>	<i>Freq.</i>	8	17	8	3
	<i>%</i>	22.2	47.2	22.2	8.3
<i>O agressor(a) está diretamente envolvido a profissões ligadas aos cuidados de saúde ou, pelo menos, são medicamente experientes e tem uma familiaridade com a terminologia médica</i>	<i>Freq.</i>	9	17	6	4
	<i>%</i>	25.0	47.2	16.7	11.1
<i>As crianças que são vítimas da doença induzida, podem sofrer comorbidade significativa bem como, incapacidade a longo prazo ou lesão permanente pelos procedimentos médicos adotados</i>	<i>Freq.</i>	1	1	32	2
	<i>%</i>	2.8	2.8	88.9	5.6



<i>O cuidador-agressor pode procurar diferentes ambientes clínicos para que a criança receba atenção médica ou continua a indução da doença neste contexto</i>	<i>Freq.</i>	0	6	25	5
	<i>%</i>	0.0	16.7	69.4	13.9
<i>Os comportamentos abusivos no Síndrome de Munchausen por Procuração têm subjacentes uma atitude pró-ativa do agressor(a) e resulta de comportamentos calculados e deliberados</i>	<i>Freq.</i>	0	4	20	12
	<i>%</i>	0.0	11.1	55.6	33.3

Legenda: 1 - discordo totalmente 2 - discordo 3 – concordo 4 - concordo totalmente



Tabela 2

Indicadores que facilitam o diagnóstico de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração

	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Existência de um padrão excessivo e/ou inadequado de utilização de procedimentos, medicamentos, exames, internações e cirurgias</i>	23	63.9
<i>Existência de um padrão de compromissos médicos não concluídos</i>	10	27.8
<i>Revisão dos registos médicos relativos à criança (tanto nos cuidados de saúde primários como em contexto hospitalar)</i>	7	19.4
<i>Evidência de antecedentes de saúde semelhantes nos irmãos da criança (no caso de existirem)</i>	23	63.9
<i>Existência de utitude desadequada da criança face a novas indicações de tratamentos médicos</i>	9	25.0
<i>Existência de uma atitude desadequada do agressor(a) face à decisão médica pela alta da criança</i>	18	50.0
<i>Suspeita de aparente psicopatologia do cuidador que acompanha a criança às instalações de saúde</i>	30	83.3
<i>Incoerência entre os exames clínicos e a história relatada pelo acompanhante da criança no hospital</i>	19	52.8
<i>Quando a criança é separada do cuidador que a acompanha há uma melhoria significativa que não é explicável por outros fatores</i>	14	38.9



Tabela 3

Fatores que levam à notificação de uma suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração

	Freq.	%
<i>Falta de disponibilidade para acompanhar a criança até à confirmação</i>	24	66.7
<i>Falta de apoio institucional</i>	15	41.7
<i>Falta de informação relativa à família da criança</i>	8	22.2
<i>Falta de eficácia no cruzamento de informação entre instituições de saúde</i>	15	41.7
<i>Dificuldades inerentes ao processo de notificação</i>	6	16.7
<i>Falta de confidencialidade</i>	2	5.6
<i>Represálias inerentes ao processo de denúncia</i>	5	13.9
<i>Incapacitação profissional</i>	5	13.9
<i>Falta de formação profissional no âmbito dos maus-tratos</i>	22	61.1
<i>Insegurança</i>	4	11.1

Tabela 4

Experiência dos profissionais de saúde relativamente a casos de Síndrome de Munchausen por Procuração

	Não		Sim	
	Freq	%	Freq	%
<i>Na sua experiência profissional contactou com casos em que suspeitou de Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	13	36.1	23	63.9
<i>Na sua experiência profissional já notificou casos de Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes?</i>	3	8.3	33	91.7
<i>No último ano suspeitou de algum caso de Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	2	5.6	34	94.4



<i>No último ano notificou algum caso de Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes?</i>	0	0.0	36	100.0
<i>Relativamente à sua experiência profissional sente que possui conhecimento para reconhecer os sinais e/ou sintomas que poderão estar a ser induzidos?</i>	13	36.1	23	63.9
<i>Relativamente à sua experiência profissional, sente que possui conhecimento para diagnosticar Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	8	22.2	28	77.8
<i>Tendo em conta a sua experiência profissional, sente que possui conhecimento suficiente no que diz respeito às instituições a que pode recorrer ? (Diante de uma suspeita ou para identificação de um caso de Síndrome de Munchausen por Procuração)</i>	17	47.2	19	52.8

Tabela 5

Grau de satisfação

	<i>Freq.</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Satisfeito</i>	9	25.0
<i>Muito</i>	5	13.9
<i>Insatisfeito</i>	15	41.7
<i>Neutro</i>	7	19.4
<i>Total</i>	36	100.0

Tabela 6

Consistência interna: Brunel

<i>Alpha de</i>	<i>Nº de</i>
<i>Cronbach</i>	<i>itens</i>
.769	10



Tabela 7

Estatísticas item-total

	<i>Média da escala se item eliminado</i>	<i>Variância da escala se item eliminado</i>	<i>Correlaçã o item- total corrigida</i>	<i>Alfa de Cronbach se item eliminado</i>
<i>A motivação principal do agressor é, geralmente atrair a atenção, simpatia, preocupação como um elemento próximo de uma criança que está com problemas de saúde</i>	23.61	16.873	.384	.761
<i>Na maioria dos casos, quem perpetua esta falsa doença na criança é a própria progenitora</i>	23.58	13.679	.759	.692
<i>Por parte do agressor(a), existe desejo de controlar e manipular os procedimentos e intervenções médicas que vão sendo aplicados à criança</i>	23.00	19.429	.233	.772
<i>O abuso pode manifestar-se pela atenção excessiva à criança sob a forma de superproteção e/ou restrição de relações extra familiares</i>	23.33	16.686	.611	.727
<i>A criança-vítima pode ser impedido pelo agressor(a) de realizar atividades externas (ex. frequentar a escola/brincar com outras crianças)</i>	23.39	16.816	.554	.734
<i>Quando as crianças vítimas atingem um estágio do seu desenvolvimento mais avançado podem passar a ser coniventes com o cuidador que fabrica os sinais e sintomas</i>	23.69	16.333	.570	.730
<i>O agressor(a) está diretamente envolvido a profissões ligadas aos cuidados de saúde ou, pelo menos, são medicamente experientes e tem uma familiaridade com a terminologia médica</i>	23.72	15.292	.686	.710
<i>As crianças que são vítimas da doença induzida, podem sofrer comorbidade significativa bem como, incapacidade a longo prazo ou lesão permanente pelos procedimentos médicos adotados</i>	22.89	19.987	.242	.770



<i>O cuidador-agressor pode procurar diferentes ambientes clínicos para que a criança receba atenção médica ou continua a indução da doença neste contexto</i>	22.89	18.616	.460	.751
<i>Os comportamentos abusivos no Síndrome de Munchausen por Procuração têm subjacentes uma atitude pró-ativa do agressor(a) e resulta de comportamentos calculados e deliberados</i>	22.64	22.009	-.211	.813

Objectivo 1 - Perceber se o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições influencia a perspetiva pessoal do profissional de saúde sobre Síndrome de Munchausen por Procuração.

Tabela 8

Satisfação vs perspetiva pessoal

	<i>Satisfação</i>	<i>Insatisfação</i>	
	<i>Ordem média</i>	<i>Ordem média</i>	<i>Z</i>
<i>A motivação principal do agressor é, geralmente atrair a atenção, simpatia, preocupação como um elemento próximo de uma criança que está com problemas de saúde</i>	22,67	17,11	,146
<i>Na maioria dos casos, quem perpetua esta falsa doença na criança é a própria progenitora</i>	23,11	16,96	,116
<i>Por parte do agressor(a), existe desejo de controlar e manipular os procedimentos e intervenções médicas que vão sendo aplicados à criança</i>	17,28	18,91	,649
<i>O abuso pode manifestar-se pela atenção excessiva à criança sob a forma de superproteção e/ou restrição de relações extra familiares</i>	18,61	18,46	,968



<i>A criança-vítima pode ser impedido pelo agressor(a) de realizar atividades externas (ex. frequentar a escola/brincar com outras crianças)</i>	20,22	17,93	,541
<i>Quando as crianças vítimas atingem um estágio do seu desenvolvimento mais avançado podem passar a ser coniventes com o cuidador que fabrica os sinais e sintomas</i>	18,39	18,54	,969
<i>O agressor(a) está diretamente envolvido a profissões ligadas aos cuidados de saúde ou, pelo menos, são medicamente experientes e tem uma familiaridade com a terminologia médica</i>	22,78	17,07	,132
<i>As crianças que são vítimas da doença induzida, podem sofrer comorbidade significativa bem como, incapacidade a longo prazo ou lesão permanente pelos procedimentos médicos adotados</i>	18,50	18,50	1,000
<i>O cuidador-agressor pode procurar diferentes ambientes clínicos para que a criança receba atenção médica ou continua a indução da doença neste contexto</i>	15,56	19,48	,233
<i>Os comportamentos abusivos no Síndrome de Munchausen por Procuração têm subjacentes uma atitude pró-ativa do agressor(a) e resulta de comportamentos calculados e deliberados</i>	17,17	18,94	,622



Objectivo 2 - Perceber se o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições influencia a sua opinião sobre os indicadores que facilitam o diagnóstico de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração.

Tabela 9

Satisfação vs indicadores

	<i>Satisfação</i>	<i>Insatisfação</i>	
	<i>Ordem</i>	<i>Ordem</i>	<i>Z</i>
	<i>média</i>	<i>média</i>	
<i>A motivação principal do agressor é, geralmente atrair a atenção, simpatia, preocupação como um elemento próximo de uma criança que está com problemas de saúde</i>	22,67	17,11	,146
<i>Na maioria dos casos, quem perpetua esta falsa doença na criança é a própria progenitora</i>	23,11	16,96	,116
<i>Por parte do agressor(a), existe desejo de controlar e manipular os procedimentos e intervenções médicas que vão sendo aplicados à criança</i>	17,28	18,91	,649
<i>O abuso pode manifestar-se pela atenção excessiva à criança sob a forma de superproteção e/ou restrição de relações extra familiares</i>	18,61	18,46	,968
<i>A criança-vítima pode ser impedido pelo agressor(a) de realizar atividades externas (ex. frequentar a escola/brincar com outras crianças)</i>	20,22	17,93	,541
<i>Quando as crianças vítimas atingem um estágio do seu desenvolvimento mais avançado podem passar a ser coniventes com o cuidador que fabrica os sinais e sintomas</i>	18,39	18,54	,969
<i>O agressor(a) está diretamente envolvido a profissões ligadas aos cuidados de saúde ou, pelo menos, são medicamente experientes e tem uma familiaridade com a terminologia médica</i>	22,78	17,07	,132
<i>As crianças que são vítimas da doença induzida, podem sofrer comorbidade significativa bem como, incapacidade a longo prazo ou lesão permanente pelos procedimentos médicos adotados</i>	18,50	18,50	1,000



<i>O cuidador-agressor pode procurar diferentes ambientes clínicos para que a criança receba atenção médica ou continua a indução da doença neste contexto</i>	15,56	19,48	,233
<i>Os comportamentos abusivos no Síndrome de Munchausen por Procuração têm subjacentes uma atitude pró-ativa do agressor(a) e resulta de comportamentos calculados e deliberados</i>	17,17	18,94	,622

Objectivo 3 – Perceber se o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições influencia a sua opinião sobre os fatores que poderão dificultar o processo de tomada de decisão médica para a notificação de um caso abusivo.

Tabela 10

Satisfação vs fatores

	<i>Teste de Fisher</i>
<i>Falta de disponibilidade para acompanhar a criança até à confirmação</i>	1.000
<i>Falta de apoio institucional</i>	.122
<i>Falta de informação relativa à família da criança</i>	.384
<i>Falta de eficácia no cruzamento de informação entre instituições de saúde</i>	1.000
<i>Dificuldades inerentes ao processo de notificação</i>	.627
<i>Falta de confidencialidade</i>	.443
<i>Represálias inerentes ao processo de denúncia</i>	.302
<i>Incapacitação profissional</i>	.302
<i>Falta de formação profissional no âmbito dos maus-tratos</i>	.712
<i>Insegurança</i>	.553



Objectivo 4 – Perceber se o grau de satisfação dos profissionais de saúde relativamente às instituições está relacionado com a experiência dos mesmos em casos de Síndrome de Munchausen por Procuração.

Tabela 11

Satisfação vs experiência

	<i>Teste de Fisher</i>
<i>Na sua experiência profissional contactou com casos em que suspeitou de Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	.693
<i>Na sua experiência profissional já notificou casos de Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes?</i>	1.000
<i>No último ano suspeitou de algum caso de Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	1.000
<i>Relativamente à sua experiência profissional sente que possui conhecimento para reconhecer os sinais e/ou sintomas que poderão estar a ser induzidos?</i>	.693
<i>Relativamente à sua experiência profissional, sente que possui conhecimento para diagnosticar Síndrome de Munchausen por Procuração?</i>	.086*
<i>Tendo em conta a sua experiência profissional, sente que possui conhecimento suficiente no que diz respeito às instituições a que pode recorrer ? (Diante de uma suspeita ou para identificação de um caso de Síndrome de Munchausen por Procuração)</i>	.706

* $p \leq ,10$



Tabela 12

Satisfação vs conhecimento

<i>sente que possui conhecimento...</i>		<i>Satisfação</i>		<i>Total</i>
		<i>Satisfeito</i>	<i>Insatisfeito</i>	
<i>Sim</i>	<i>Freq.</i>	4	4	8
	<i>% Conhecimento</i>	50.0%	50.0%	100.0%
	<i>% Satisfação</i>	44.4%	14.8%	22.2%
<i>Não</i>	<i>Freq.</i>	5	23	28
	<i>% Conhecimento</i>	17.9%	82.1%	100.0%
	<i>% Satisfação</i>	55.6%	85.2%	77.8%
<i>Total</i>	<i>Freq.</i>	9	27	36
	<i>% Conhecimento</i>	25.0%	75.0%	100.0%
	<i>% Satisfação</i>	100.0%	100.0%	100.0%



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

*Síndrome de Munchausen por Procuração na
perspetiva dos Profissionais de Saúde*

ANEXO 2 - EXEMPLAR DO QUESTIONÁRIO SOBRE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN
POR PROCURAÇÃO - FATORES DESENCADEADORES/FACILITADORES, DE
MANUTENÇÃO E RESOLUÇÃO (QSMP-FMR)

Ribeiro, C. & Oliveira, V., 2016)



Questionário sobre Síndrome de Munchausen por Procuração - Fatores Desencadeadores/
Facilitadores, de Manutenção e Resolução (QSMP-FMR)

QSMP-FMR

Ribeiro, C. & Oliveira, V., 2016

INSTRUÇÕES:

Pede-se que leia atentamente essas frases e exprima a sua opinião em relação a cada uma delas. Não existem respostas certas ou erradas. A sua opinião é o mais importante. Por favor, tente responder de acordo com a sua forma de pensar e sentir e não como acha que deveria ser.

Avalie cada afirmação, colocando um (X) na opção que melhor traduza o seu modo de pensar. Assegure-se de que respondeu a todas as questões, devendo optar apenas por uma das hipóteses apresentadas.

As respostas a este questionário são absolutamente anónimas.

Obrigado pela sua colaboração!



O Síndrome de Munchausen por Procuração caracteriza-se por ser uma forma relativamente rara de maus-tratos infantis sobre o qual cada membro da comunidade científica, vai reflectindo e formulando algumas opiniões. Vai encontrar, seguidamente, um conjunto de afirmações relativas aos fatores que se julga que podem facilitar e pelo contrário, dificultar as situações inerentes à prática deste mau-trato infantil bem como a sua manutenção. Este questionário incidirá ainda nos indicadores que poderão auxiliar na tomada de decisão médica para a sinalização dos casos abusivos, bem como os significados e experiências dos profissionais de saúde aquando a suspeita de maus-tratos. Por último, será pedida uma avaliação global das instituições formais envolvidas no âmbito dos maus-tratos infantis.

Objetivo 1: Explorar a perspetiva pessoal do profissional de saúde sobre Síndrome de Munchausen por Procuração

Pedimos-lhe que, para cada uma das seguintes frases, nos indique o seu grau de concordância, usando a seguinte escala:

1 - “discordo totalmente”, 2 - “discordo”, 3 - “concordo”, 4 - “concordo totalmente”.

- A motivação principal do agressor é, geralmente atrair a atenção, simpatia, preocupação como um elemento próximo de uma criança que está com problemas de saúde;

1 2 3 4

- Na maioria dos casos, quem perpetua esta falsa doença na criança é a própria progenitora;

1 2 3 4



- Por parte do agressor(a), existe desejo de controlar e manipular os procedimentos e intervenções médicas que vão sendo aplicados à criança;
1 2 3 4

- O abuso pode manifestar-se pela atenção excessiva à criança sob a forma de superproteção e/ou restrição de relações extra familiares;
1 2 3 4

- A criança-vítima pode ser impedido pelo agressor(a) de realizar atividades externas (ex. frequentar a escola/brincar com outras crianças);
1 2 3 4

- Quando as crianças vítimas atingem um estágio do seu desenvolvimento mais avançado podem passar a ser coniventes com o cuidador que fabrica os sinais e sintomas;
1 2 3 4

- O agressor(a) está diretamente envolvido a profissões ligadas aos cuidados de saúde ou, pelo menos, são medicamente experientes e tem uma familiaridade com a terminologia médica;
1 2 3 4

- As crianças que são vítimas da doença induzida, podem sofrer comorbidade significativa bem como, incapacidade a longo prazo ou lesão permanente pelos procedimentos médicos adotados;
1 2 3 4

- O cuidador-agressor pode procurar diferentes ambientes clínicos para que a criança receba atenção médica ou continua a indução da doença neste contexto;
1 2 3 4



- Os comportamentos abusivos no Síndrome de Munchausen por Procuração têm subjacentes uma atitude pró-ativa do agressor(a) e resulta de comportamentos calculados e deliberados;

1 2 3 4

Objetivo 2: Aceder aos indicadores que, na opinião dos profissionais de saúde, facilitam o diagnóstico de um caso em que existe a suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração

Indique quais serão, na sua opinião, dos 9 indicadores abaixo mencionados aqueles que poderão facilitar o processo de diagnóstico do Síndrome de Munchausen por Procuração

- Existência de um padrão excessivo e/ou inadequado de utilização de procedimentos, medicamentos, exames, internações e cirurgias;
- Existência de um padrão de compromissos médicos não concluídos;
- Revisão dos registos médicos relativos à criança (tanto nos cuidados de saúde primários como em contexto hospitalar);
- Evidência de antecedentes de saúde semelhantes nos irmãos da criança (no caso de existirem);
- Existência de atitude desadequada da criança face a novas indicações de tratamentos médicos;
- Existência de uma atitude desadequada do agressor(a) face à decisão médica pela alta da criança;
- Suspeita de aparente psicopatologia do cuidador que acompanha a criança às instalações de saúde;
- Incoerência entre os exames clínicos e a história relatada pelo acompanhante da criança no hospital;
- Quando a criança é separada do cuidador que a acompanha há uma melhoria significativa que não é explicável por outros fatores;



Objetivo 3: Perceber quais os significados e experiências atribuídas pelos profissionais de saúde aos maus-tratos infantis (especificamente num caso de suspeita de Síndrome de Munchausen por Procuração)

Indique quais serão, na sua opinião, dos 3 fatores abaixo mencionados aqueles que poderão dificultar o processo de tomada de decisão médica para a notificação de um caso abusivo

- Falta de disponibilidade para acompanhar a criança até à confirmação;
- Falta de apoio institucional;
- Falta de informação relativa à família da criança;
- Falta de eficácia no cruzamento de informação entre instituições de saúde;
- Dificuldades inerentes ao processo de notificação;
- Falta de confidencialidade;
- Represálias inerentes ao processo de denúncia;
- Incapacitação profissional;
- Falta de formação profissional no âmbito dos maus-tratos
- Insegurança
- Outro:

Objetivo 4: Avaliar a casuística dos profissionais de saúde relativamente a casos de Síndrome de Munchausen por Procuração

- Na sua experiência profissional contactou com casos em que suspeitou de Síndrome de Munchausen por Procuração?

(Sim / Não)



- Na sua experiência profissional já notificou casos de Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes?

(Sim / Não)

- No último ano suspeitou de algum caso de Síndrome de Munchausen por Procuração?

(Sim / Não)

- No último ano notificou algum caso de Síndrome de Munchausen por Procuração às autoridades competentes?

(Sim / Não)

- Relativamente à sua experiência profissional sente que possui conhecimento para reconhecer os sinais e/ou sintomas que poderão estar a ser induzidos?

(Sim / Não)

- Relativamente à sua experiência profissional, sente que possui conhecimento para diagnosticar Síndrome de Munchausen por Procuração?

(Sim / Não)

- Tendo em conta a sua experiência profissional, sente que possui conhecimento suficiente no que diz respeito às instituições a que pode recorrer? (Diante de uma suspeita ou para identificação de um caso de Síndrome de Munchausen por Procuração)

(Sim / Não)



Objetivo 5: Avaliar o grau de satisfação/compromisso dos profissionais de saúde relativamente às instituições formais envolvidas no âmbito de uma suspeita de maus-tratos infantis (particularmente de Síndrome de Munchausen por Procuração

Pedimos-lhe que se posicione relativamente às instituições responsáveis envolvidas no âmbito de uma notificação de maus-tratos, tendo em conta a sua experiência profissional.

1 - Muito Satisfeito 2 - Satisfeito 3 - Muito Insatisfeito 4 - Insatisfeito Neutro