

LISIEUX E. DE BORBA TELLES
CAROLINE GALLI MOREIRA
MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA
KÁTIA MECLER
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
DANIEL PRATES BALDEZ

TRANSTORNO FACTÍCIO IMPOSTO A OUTRO (SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO) E MAUS-TRATOS INFANTIS

FACTITIOUS DISORDER IMPOSED ON ANOTHER (MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY) AND CHILD ABUSE

Resumo

A violência é globalmente reconhecida como um problema de saúde pública. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu destaque para o abuso e para a negligência por seu caráter crônico e pelos danos psicológicos, sociais e injúria física que geram, sendo as crianças frequentemente vitimizadas. Este artigo apresenta os diferentes tipos de maus-tratos infantis, com enfoque principal na síndrome de Munchausen por procuração, visto apresentar a característica peculiar de envolver três entidades, mesmo que de forma inadvertida: o médico, o cuidador/perpetrador e a criança/vítima.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis, violência doméstica, síndrome de Munchausen causada por terceiro.

Abstract

Violence is recognized worldwide as a public health problem. In 2002, the World Health Organization (WHO) highlighted abuse and neglect due to their chronic nature and the psychological and social harm that they cause, in addition to physical injury, often victimizing children. This article describes different types of child abuse, with a main focus on Munchausen syndrome by proxy, due to the peculiarity of involving three entities, even if inadvertently: the doctor, the caregiver/perpetrator, and the child/victim.

Keywords: Child abuse, domestic violence, Munchausen syndrome by proxy.

INTRODUÇÃO

A violência é globalmente reconhecida como um problema de saúde pública, presente em todas as

classes sociais, países e comunidades. Em relatório global publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 sobre o tema saúde e violência, deu-se destaque para o abuso e para a negligência porque, embora não costumem resultar em morte, apresentam caráter crônico e geram injúria física, opressão e danos psicológicos e sociais aos vitimados, geralmente crianças, mulheres e idosos, repercutindo também em suas famílias e na sociedade¹.

O abuso e a negligência infantil podem causar mudanças permanentes na resposta do corpo ao estresse, com profundas alterações no cérebro em desenvolvimento. Segundo dados americanos, em 2012, mais de 675.000 crianças tiveram casos comprovados de maus-tratos; destas, um total de 1.640 foram a óbito devido a essas circunstâncias. Dos casos fatais, mais de 70% eram menores de 3 anos de idade; no entanto, se estendermos a definição de vitimização para além da negligência e do abuso infantil, dados de 2013 revelam que violência e vitimização não são raros entre alunos do ensino médio².

No Brasil, causas externas (acidentes e violência), incluindo abuso e negligência, são consideradas a principal causa de morte entre indivíduos de 1 a 19 anos. De 2009 a 2010, 44,6% do total de casos de violência doméstica, sexual e outras formas de abuso e negligência registrados pelo Ministério da Saúde envolveram crianças e adolescentes nessa faixa etária. De acordo com a Constituição Brasileira, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de garantir à criança e ao adolescente o direito a vida, saúde, comida, educação, treinamento profissional, cultura, dignidade,

¹ Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Supervisora, Residência em Psiquiatria Forense, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Diretora de Ensino e Pesquisa, Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, Porto Alegre, RS. ² Psiquiatra residente de Psiquiatria Forense, HCPA, Porto Alegre, RS. ³ Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. ⁴ Professor Associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Professor, PROPSAM, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Médico Perito, Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST), UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ⁵ Acadêmico de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS.

respeito, liberdade e vida em família e comunidade, além de mantê-los a salvo de todas as formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (art. 227 da Constituição Brasileira de 1988). Esse dever foi ratificado no 4º artigo da Lei 8.069/1990, conhecido como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual, baseado na doutrina de proteção ampla, determina que qualquer violação ou omissão desses direitos fundamentais constitui transgressão do adulto responsável (ou do Estado, sociedade e instituição) e deve ser punida¹.

Os maus-tratos infantis podem ser divididos academicamente em negligência e violência física, sexual e emocional. A seguir descreveremos cada um deles.

NEGLIGÊNCIA

É a forma mais comum de maus-tratos nos Estados Unidos. A negligência infantil pode incluir negligência médica, educacional ou emocional e ocorre quando os cuidadores falham em atender as necessidades médicas e escolares da criança ou sua nutrição emocional. Também inclui falha em prover necessidades básicas à criança, incluindo comida, roupas e abrigo, bem como em proporcionar a supervisão adequada à idade e ao desenvolvimento da criança³.

VIOLÊNCIA FÍSICA

Ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano a outro por meio de força física ou de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas⁴. Na infância, é uma importante causa de morbimortalidade pediátrica, sendo associada a graves problemas de saúde, físicos e mentais, que podem se estender à vida adulta⁵.

VIOLÊNCIA SEXUAL

É todo ato no qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade,

ou a expõe em interações sexuais que propiciam sua vitimização e da qual o agressor tenta obter gratificação. O abuso sexual não ocorre somente em casa, mas é predominante nesse ambiente e vitimiza ambos os sexos, sendo as meninas vítimas com maior frequência¹.

VIOLÊNCIA EMOCIONAL OU PSICOLÓGICA

Inclui toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa⁴.

Uma segunda forma de vitimização e violência, dita indireta, é relacionada a crianças que presenciam atos violentos praticados contra suas mães. Estudos mostram que crianças são testemunhas oculares (*eyewitnesses*) em aproximadamente 85-90% dos casos de violência entre parceiros íntimos no ambiente doméstico⁶.

O quadro psiquiátrico conhecido como síndrome de Munchausen por procuração, ou transtorno factício por procuração, também pode ser considerado uma forma de abuso infantil⁷, e foi o principal objeto de estudo deste trabalho.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

O termo “síndrome de Munchausen por procuração” foi cunhado por Meadow em 1977, quando descreveu, pela primeira vez, essa condição psiquiátrica. Desde então, diversas outras nomenclaturas foram adotadas até se chegar à mais recente terminologia, na 5ª edição do DSM (DSM-5): “transtorno factício imposto a outro” (anteriormente “transtorno factício por procuração”). Diferentemente das definições prévias, a do DSM-5 especifica a necessidade de fraude identificada promovida pelo perpetrador, em uma tentativa de maior clareza para os critérios; contudo, as definições anteriores abarcavam uma gama muito maior de motivações e comportamentos que parecem representar de forma mais fidedigna a realidade clínica⁸. Os critérios do DSM-5 encontram-se na Tabela 1⁹.

LISIEUX E. DE BORBA TELLES
CAROLINE GALLI MOREIRA
MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA
KÁTIA MECLER
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
DANIEL PRATES BALDEZ

Tabela 1 - Transtorno factício imposto a outro (antes transtorno factício por procuração)

- A) Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou de doença em outro, associada a fraude identificada.
- B) O indivíduo apresenta o outro (vítima) a terceiros como doente, incapacitado ou lesionado.
- C) O comportamento fraudulento é evidente até mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
- D) O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Nota: O agente, não a vítima, recebe esse diagnóstico.

Especificar:

Episódio único

Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de falsificação de doença e/ou indução de lesão)

A classificação de transtornos mentais e de comportamento da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) inclui o Munchausen por procuração no código T74.8 - Outras síndromes especificadas de maus-tratos¹⁰.

O conceito de doença fabricada ou induzida localiza-se em um espectro de busca de cuidados médicos pelos pais para a criança que vai desde a negligência extrema (fracasso em buscar cuidados médicos para a criança) até a doença induzida. Inclui desde a ocorrência mais comum, de relatos verbais errôneos (que podem ou não ter intenção fraudulenta), até o evento muito mais raro de uso das mãos pelo cuidador para falsificar prontuário médico, interferir ativamente em material coletado para exames ou induzir doença na criança⁸.

A incidência do transtorno é de aproximadamente 0,5 a 2,0 por 100.000 crianças menores de 16 anos, porém existe a crença amplamente difundida de que ele muitas vezes não seja corretamente identificado pela equipe assistente - e, portanto, seja subnotificado mesmo quando corretamente reconhecido. Embora seja um evento relativamente raro, as melhores estimativas sugerem que profissionais de saúde provavelmente se depararão com pelo menos um caso durante sua carreira¹¹. Ocorre igualmente entre meninas e meninos, com uma média de idade à época do diagnóstico de 48,6 meses (variando entre <1 e 204 meses) e um intervalo

entre o início dos sintomas e o diagnóstico de 21,8 meses (variando entre 0 e 195 meses). Embora crianças menores sejam mais comumente afetadas, crianças mais velhas também podem ser vítimas.

A morbidade e a mortalidade da síndrome de Munchausen por procuração são consequência tanto da ação direta do cuidador como das intervenções médicas invasivas motivadas pelos relatos desse cuidador. A mortalidade associada varia de 6 a 10%, mas pode chegar a 33% quando sufocamento ou envenenamento são o mecanismo empregado para fabricar a doença¹². Algumas sintomatologias são mais passíveis de serem fabricadas do que outras - convulsões, por exemplo, ocorrem em 42% dos casos de doença fabricada ou induzida⁸. As apresentações clínicas mais comuns são sangramento, convulsões, depressão do sistema nervoso central, apneia, diarreia, vômitos, febre e rash¹¹.

AS ENTIDADES ENVOLVIDAS: O MÉDICO, O CUIDADOR/ PERPETRADOR, A CRIANÇA/VÍTIMA

Para que a doença fabricada ocorra, três entidades precisam estar ativamente envolvidas, mesmo que de forma inadvertida: a criança, o cuidador e o profissional de saúde¹².

O médico/profissional de saúde

O papel da criança como vítima e o papel do perpetrador receberam atenção e caracterização consideráveis; no entanto, pouco se sabe sobre os fatores que influenciam a participação de médicos nessa relação triangular. Pode-se dizer que o perfil do médico tipicamente envolvido nessas situações é o do subespecialista ávido por identificar a causa e elaborar um plano de tratamento para os sintomas complexos, confusos e persistentes da criança, e que é considerado pela mãe desta como um "herói", o único capaz de atender às necessidades do seu filho. Esse profissional de saúde pode se mostrar defensivo em relação à sua competência, julgamento e autoridade ao ser questionado sobre tratamento excessivo por outros membros da equipe¹². Algumas possíveis explicações para a confiança excessiva do médico assistente nos pais da criança em casos de transtornos factícios impostos a outro são: o medo de não detectar uma doença tratável na criança; a dificuldade de tolerar a pressão exercida pela mãe para continuar a investigar e tratar a doença;

¹ Professora, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Supervisora, Residência em Psiquiatria Forense, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS. Diretora de Ensino e Pesquisa, Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, Porto Alegre, RS. ² Psiquiatra residente de Psiquiatria Forense, HCPA, Porto Alegre, RS. ³ Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Rio de Janeiro, RJ. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. ⁴ Professor Associado, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Professor, PROPSAM, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Médico Perito, Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST), UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. ⁵ Acadêmico de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS.

o desconforto em desacreditar ou desconfiar dos pais, especialmente se isso puder vir a mostrar-se infundado; a subespecialização médica crescente e a comunicação falha entre especialistas, acarretando o risco de não haver um médico de referência responsável pela criança; o medo de receber queixas dos pais ou de sofrer processo legal; a dificuldade de saber como lidar com esse tipo de situação (quando mencionar a suspeita, o que dizer aos pais e o que escrever no prontuário médico); e a dedicação necessária e o desgaste provocado por esse tipo de situação clínica⁸.

O cuidador/perpetrador

As motivações dos perpetradores são diversas e podem variar desde uma ansiedade extrema que leva a um exagero dos sinais e sintomas, com a intenção de encorajar o médico a excluir toda e qualquer doença tratável, até o desejo de obter ganhos materiais, passando pela necessidade de confirmar (falsas) crenças sobre a saúde debilitada da criança, de obter atenção, de eximir-se de culpa pelas dificuldades (geralmente comportamentais) da criança e de manter proximidade com esta. Devido a essa diversidade de motivações, não é possível delinear um único perfil de comportamento, personalidade, ou transtorno psiquiátrico relacionado ao transtorno factício por procuração. O que se sabe é que as pessoas que fabricam doenças em seus filhos são quase sempre mulheres, e 14-30% têm vínculo com a área da saúde. Uma revisão da literatura apontou que, em 76% dos casos, o perpetrador era a mãe da criança, e em 7% o pai – nos poucos casos em que o pai era o perpetrador principal, era comum que fosse portador de transtorno factício ou de transtorno somatoforme clinicamente significativo. Avós podem por vezes apoiar essas mães, e outros cuidadores também podem fabricar doença em uma criança. De forma geral, os pais não perpetradores das crianças vítimas de doença induzida ou fabricada tendem a ser distantes, pouco envolvidos, emocional e fisicamente afastados do sistema familiar. Alguns pais não sabem do ocorrido, alguns acreditam nas alegações da mãe, e alguns podem ter desconfiança e tentar confrontar a mãe sem sucesso⁸.

Estudos com perpetradoras do sexo feminino mostraram taxas altas de relatos de privação, abuso físico

e sexual e perdas significativas na infância. Transtornos factícios e somatoformes estão super-representados entre as perpetradoras: em um estudo recente realizado por Bass & Jones com 28 mães que tinham evidência de fabricação ou indução de doença em crianças, 57% apresentavam transtorno somatoforme e 64% eram portadoras de transtorno factício, com a coocorrência desses diagnósticos em 39% das participantes. Além disso, esse mesmo estudo, ao realizar um exame detalhado dos prontuários da atenção básica em saúde e dos extensos registros médicos e de serviço social dessas mães, verificou a frequente coexistência de mentira patológica e apresentações somatoformes¹³.

No presente momento, não se sabe quais características de mães com transtorno somatoforme ou factício poderão predizer aquelas que irão envolver seus filhos em comportamentos anormais de doença. Para determinar isso, são necessários estudos de coorte com mulheres gestantes com diagnóstico psiquiátrico de transtorno somatoforme. No que concerne aos transtornos de personalidade, poucos estudos foram realizados com perpetradoras femininas. Em um estudo sistemático de personalidade com 19 mães que fabricaram ou induziram doença em seus filhos (dois terços delas com evidência de fraude), altas taxas de transtorno de personalidade foram encontradas em 17 dessas mães (89% da amostra), sendo os mais comuns os transtornos antissocial, histriônico, *bordeline*, evitativo e narcisista. Vale salientar que algumas mães preenchiam critérios diagnósticos para mais de um tipo de transtorno de personalidade⁸.

A criança/vítima

Em relação aos efeitos da indução ou fabricação de doenças em crianças, além da já mencionada morbimortalidade associada ao quadro, há um impacto significativo em suas vidas: é comum que tenham baixa frequência ou mesmo abandono escolar; que participem de poucas atividades esperadas para a idade, tal como envolvimento em esportes; que assumam o papel de doente, muitas vezes utilizando equipamentos como cadeira de rodas ou muletas sem real necessidade; e que sofram de isolamento social. Além disso, podem ficar ansiosas a respeito do estado de sua saúde; confusas por não se perceberem doentes, mas serem

LISIEUX E. DE BORBA TELLES
CAROLINE GALLI MOREIRA
MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA
KÁTIA MECLER
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
DANIEL PRATES BALDEZ

repetidamente examinadas e tratadas; compactuarem com a falsificação da doença ou verem-se presas em silêncio nessa situação; e, em consonância com o que é muitas vezes observado em suas mães, conforme já assinalado, podem desenvolver um transtorno factício ou somatoforme no futuro. Assim, na adolescência, algumas dessas vítimas podem vir a fabricar doenças em si mesmas. Além disso, é comum vítimas de transtorno factício por procuração apresentarem problemas emocionais e comportamentais comórbidos, não relacionados diretamente com a fabricação ou indução de doenças, mas provavelmente resultantes de uma interação mãe-filho problemática⁸.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico dessas situações nem sempre é fácil. Médicos não são treinados para duvidar da história referida por seu paciente – ou, no caso, por seus pais e familiares. No entanto, uma dose de ceticismo em relação à história médica faz-se importante quando os detalhes da história não combinam com o quadro clínico apresentado pelo paciente – por exemplo, quando a criança apresenta fraldas sistematicamente contendo sangue, mas não apresenta taquicardia ou queda no hematócrito, repercussões esperadas nesse caso¹². Além disso, outros indícios podem ser sugestivos de Munchausen por procuração, tais como: histórias inconsistentes de sintomas relatadas por diferentes observadores; a insistência do cuidador para que se realizem procedimentos invasivos e hospitalizações; o comportamento incongruente do cuidador com o sofrimento verbalizado ou com o relato dos sintomas (por exemplo, apresenta-se estranhamente calmo); a presença de sinais e sintomas apenas quando a criança está acompanhada do cuidador; a doença ou morte inexplicada de outra criança da mesma família; a falha terapêutica sistemática mediante tratamento adequado para a condição suspeitada ou uma intolerância anormal aos tratamentos; a solicitação pública por parte do cuidador de empatia, benefícios ou doações em função da doença rara da criança; e uma história médica pregressa extensa e não usual desse cuidador ou de sua família, ou histórico de transtorno somatoforme no cuidador¹¹.

MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO PELA INTERNET

Com o avanço das redes sociais online, o acesso virtual facilita o intercâmbio de informações e de experiências pessoais. Atualmente, diversos sites de relacionamento são utilizados para compartilhar informações sobre saúde, doença e cuidados da criança. Além disso, a participação em comunidades online tem servido como suporte emocional a famílias de crianças portadoras de doenças graves. A despeito dos benefícios, há relatos da associação entre o uso da Internet e transtornos factícios por procuração, conjuntura identificada em 2000 e atualmente reconhecida como Munchausen por procuração pela Internet (*Munchausen by proxy by Internet* – MBPBI)¹⁴.

O MBPBI consiste em relatos de cuidadores em blogs, fóruns e sites de relacionamento sobre o sofrimento e os sintomas desenvolvidos pela criança¹⁵. Como a motivação por detrás do transtorno factício está relacionada ao desejo de atenção, a Internet é um veículo que perpetua esse ciclo patológico: o número de acessos ao mundo virtual aumenta a atenção voltada ao cuidador-agressor. Ademais, a exposição moral é outro importante fator associado ao MBPBI. A publicação de fotos está descrita em diversos casos na literatura, incluindo imagens de crianças vulneráveis submetidas a procedimentos médicos invasivos¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que se realize uma avaliação multidisciplinar dos casos, envolvendo cuidadosa avaliação médica e psicossocial, além do acionamento de serviços de proteção à criança e de consultoria jurídica sempre que necessário¹¹. Certamente o diagnóstico e a intervenção precoce por parte de profissionais de saúde mental nesses casos irá contribuir para amenizar as diversas complicações médicas, psicológicas e sociais relacionadas ao transtorno.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Lisieux E. de Borba Telles, Av. João Obino 383/602, CEP 40470-150, Porto Alegre, RS. E-mail: lisieux383@gmail.com

Referências

1. da Silva Franzin LC, Olandovsky ML, Vettorazzi ML, Werneck RI, Moysés SJ, Kusma SZ, et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child Abuse Negl.* 2014;38:1706-14.
2. Jackson AM, Deye K. Aspects of abuse: consequences of childhood victimization. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2015;45:86-93.
3. Logan-Greene P, Semanchin Jones A. Chronic neglect and aggression/delinquency: a longitudinal examination. *Child Abuse Negl.* 2015;45:9-20.
4. Day VP, Telles LE de B, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Domestic violence and its manifestations. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2003;25(Suppl 1):9-21.
5. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics.* 2015;135:e1336-54.
6. Izaguirre A, Calvete E. Children who are exposed to intimate partner violence: interviewing mothers to understand its impact on children. *Child Abuse Negl.* 2015;48:58-67.
7. Meleiro AMAS, Almeida AM. Transtorno factício e suas características. In: Rigonatti SP, Serafim AP, Barros EL, Caires MAF. *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica.* São Paulo: Vetor; 2003. p. 191-205.
8. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or Induced illness in children. *Lancet.* 2014;383:1412-21.
9. Associação Americana de Psiquiatria. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5).* Porto Alegre: Artmed; 2014.
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrição clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: Artmed; 1993.
11. Flaherty EG, MacMillan HL; Committee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics.* 2013;132:590-7.
12. Squires JE, Squires RH Jr. Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51:248-53.
13. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *Br J Psychiatry.* 2011;199:113-8.
14. Mcculloch V, Feldman MD. Munchausen by proxy by internet. *Child Abuse Negl.* 2011;35:965-6.
15. Pulman A, Taylor J. Munchausen by internet: current research and future directions. *J Med Internet Res.* 2012;14:e115.
16. Brown AN, Gonzalez GR, Wiester RT, Kelley MC, Feldman KW. Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: a window on the caretaker's thinking? *Child Abuse Negl.* 2014;38:488-97.

PSICOFOBIA É UM CRIME!

APOIE A ABP NESTA CAMPANHA

