



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

MILENA SOUTO DE AMORIM

**SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: DESAFIOS JURÍDICOS DA
PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL**

**JOÃO PESSOA
2025**

MILENA SOUTO DE AMORIM

**SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: DESAFIOS JURÍDICOS DA
PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Dr.^a Juliana Toledo Araújo
Rocha

**JOÃO PESSOA
2025**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A524s Amorim, Milena Souto de.

Síndrome de munchausen por procuração: desafios jurídicos da proteção de crianças e adolescentes no Brasil / Milena Souto de Amorim. - João Pessoa, 2025.
57 f. : il.

Orientação: Juliana Toledo Araújo Rocha.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Síndrome de Munchausen por Procuração. 2.
Proteção infantojuvenil. I. Rocha, Juliana Toledo
Araújo. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 342.7-053.2

MILENA SOUTO DE AMORIM

**SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: DESAFIOS JURÍDICOS DA
PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Dr.^a Juliana Toledo Araújo
Rocha

DATA DA APROVAÇÃO: 25 DE SETEMBRO DE 2025

BANCA EXAMINADORA:



**Prof.ª Dr.ª JULIANA TOLEDO ARAÚJO ROCHA
(ORIENTADORA)**



**Prof.ª Dr.ª RAQUEL MORAES DE LIMA
(AVALIADORA)**

Prof. Ms. JOSÉ BRASILEIRO DOURADO JÚNIOR



Documento assinado digitalmente
JOSE BRASILEIRO DOURADO JUNIOR
Data: 29/09/2025 13:52:28-0300
Verifique em <https://validar.itb.gov.br>

(AVALIADOR)

À Mardson, Dayse, Hugo e Chico: minha
preciosa família.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, toda a honra e toda a glória (João 14:6). Aos meus pais, Dayse e Mardson, que me criaram da melhor maneira possível e me forneceram todos os aparatos para que eu seguisse o meu sonho, concedendo apoio incondicional em dias ótimos, bons, ruins ou péssimos. Em específico: à minha mãe (nutcha), agradeço por formar a mulher virtuosa (Pv 31:10) que me tornei, passando todos os seus conhecimentos, sabedoria e amor incondicional, fazendo-me sentir amada em cada gesto e palavra; ao meu pai, agradeço por me fazer sentir motivada todos os dias por ter um pai-gênio - e eu não posso ficar para trás - e por ser um homem tão amoroso e zeloso para com a sua família, sempre disposto a abandonar o que estiver fazendo ao receber uma mensagem que diz: “Pai, vem aqui no meu quarto, por favor”. A Chico, que, em meio a dias turbulentos, sentiu que estava cabisbaixa e me veio fazer companhia, ou que me deixou dar infinitos beijos quando os detesta.

A Hugo, meu grande amor, que ouviu minhas lamentações, enxugou minhas lágrimas e vibrou com minhas alegrias e conquistas (ínfimas ou gigantes); entendeu meu cansaço e cuidou de mim e da minha saúde em meio a eventuais esgotamentos; tirou as mais sinceras risadas em momentos de fúria; e juntou os meus pedaços, um a um, com paixão e amor. À Yasmin, que me compreende como se uma irmã gêmea fosse, escutando e sentindo minhas tristezas e alegrias como se fossem dela, e vice-versa.

À Bia Melo, Gabi Neiva, Alice e Nalu. Para elas, toda a minha gratidão e amor por cada tempo investido em mim e na nossa amizade, sempre acreditando e incentivando as minhas ideias e comentários distópicos e utópicos. E, assim como a elas, meu ilimitado agradecimento às células Aylah e Liyah, que me adotaram como uma amiga de longas datas e me fizeram sentir fraternalmente amada, como nunca antes.

À Íris, Nanda e Neto, que, apesar da convivência descontínua, sempre se fizeram presentes através de observações e falas inusitadas e hilárias. Obrigada por me fazerem sentir tão preciosa e querida ao longo de cinco (longos) anos de amizade. Que nossos laços nunca se rompam e que a faculdade seja apenas o início de um bem-querer que perpassará décadas, independente de quaisquer quilometragens.

À Alice, Ana Clara, Eduarda, Joanna e Nayhara, que viram a gênese deste trabalho e celebraram comigo cada nova página escrita e cada novo tópico ou capítulo finalizado, sempre perguntando e validando como eu estava me sentindo.

A estes e outros que da minha jornada fizeram parte ao longo desses cinco anos, o meu mais profundo reconhecimento e agradecimento.

“Assim, brilhe a luz de vocês diante dos
homens, para que vejam as suas boas
obras e glorifiquem ao Pai de vocês, que
está nos céus” (Mt 5:16)

RESUMO

A presente pesquisa analisa a Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP) sob a ótica jurídica, com enfoque na proteção de crianças e adolescentes no Brasil. Partindo de uma revisão teórica acerca da SMP, que envolve a produção de doenças em terceiros para obtenção de atenção e reconhecimento, o estudo também se debruça sobre o emblemático caso internacional de Gypsy Rose e Dee Dee Blanchard, utilizado como parâmetro para compreender a complexidade diagnóstica e jurídica da síndrome. A metodologia adotada é qualitativa, exploratória, bibliográfica, documental e de estudo de caso, permitindo identificar a fragilidade das redes de proteção e as lacunas legislativas no ordenamento jurídico brasileiro. Os resultados apontam para a ausência de tipificação penal específica, a sobrecarga e falta de capacitação dos órgãos de proteção infantojuvenil, bem como a invisibilidade da SMP perante o sistema de justiça. Conclui-se que o enfrentamento eficaz da síndrome exige fortalecimento institucional, capacitação interdisciplinar contínua, criação de protocolos nacionais de diagnóstico e atuação integrada entre saúde, Conselho Tutelar, Ministério Público e Poder Judiciário, assegurando resposta célere e humanizada às vítimas. Dessa forma, a pesquisa reafirma a necessidade de aprimoramento do arcabouço jurídico e da efetividade das políticas públicas para garantir a proteção integral de crianças e adolescentes no Brasil.

Palavras-chave: Síndrome de Munchausen por Procuração; proteção infantojuvenil; direito da criança e do adolescente; abuso infantil; políticas públicas.

ABSTRACT

This research analyzes Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) from a legal perspective, focusing on the protection of children and adolescents in Brazil. Starting from a theoretical review of MSBP, which consists of inducing or fabricating illnesses in others to gain attention and recognition, the study also addresses the international case of Gypsy Rose and Dee Dee Blanchard, used as a reference to understand the diagnostic and legal complexity of the syndrome. The methodology applied is qualitative, exploratory, bibliographical, documental, and case study-based, allowing the identification of weaknesses in protection networks and legislative gaps in Brazilian law. The findings highlight the absence of specific criminal classification, the overload and lack of training of child protection agencies, and the invisibility of MSBP in the justice system. The study concludes that an effective response to the syndrome requires institutional strengthening, continuous interdisciplinary training, the creation of national diagnostic and intervention protocols, and integrated action among health services, Child Protection Councils, the Public Prosecutor's Office, and the Judiciary, ensuring a swift and humanized response to victims. Thus, the research reinforces the need for improving the legal framework and the effectiveness of public policies to guarantee the full protection of children and adolescents in Brazil.

Key-words: Munchausen Syndrome by Proxy; child protection; child and adolescent law; child abuse; public policies.

LISTA DE SIGLAS

APA – ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA

CID-10 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, DÉCIMA EDIÇÃO

CID-11 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, DÉCIMA PRIMEIRA EDIÇÃO

CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL

CP – CÓDIGO PENAL

DSM-IV-TR – MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, QUARTA EDIÇÃO, TEXTO REVISADO

DMS-5 – MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, QUINTA EDIÇÃO

ECA – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

MP – MINISTÉRIO PÚBLICO

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SM – SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

SMP – SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TP – TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

TPA – TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO EM SEUS FUNDAMENTOS, DIFERENCIAÇÕES E DIAGNÓSTICOS	14
2.1 DIFERENCIAÇÕES CONCEITUAIS E COMPARATIVAS	16
2.2 DIAGNÓSTICO, TERMINOLOGIA E CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS	20
3 O CASO GYPSY ROSE E DEE DEE BLANCHARD SOB A ÓTICA DA SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO	26
3.1 CONTEXTO FÁTICO E HISTÓRICO DO CASO	26
3.2 A SMP APLICADA AO CASO	31
3.3 CONSEQUÊNCIAS JURÍDICAS NO SISTEMA DE JUSTIÇA AMERICANO	33
4 A SMP E A PROTEÇÃO JURÍDICO-SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL	36
4.1 LIÇÕES DO CASO GYPSY ROSE E DEE DEE BLANCHARD	37
4.2 A SMP DIANTE DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	38
4.3 ATUAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO INFANTOJUVENIL	41
4.4 PROPOSTAS DE FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O mundo moderno concede maior importância a questões que transitam a psique humana se comparado aos séculos passados - até porque a Psicologia Científica foi fundada no século XIX. Diante deste fato, existe uma curiosidade oculta em entender e aprofundar o conhecimento da mente humana, o que desencadeia uma série de estudos nessa área [30].

Através do interesse ao velado que existe dentro do campo da Psicologia, esta pesquisa teve como ponto de partida o fascínio por temas pouquíssimo abordados, chegando-se ao estudo da Síndrome de Munchausen (SM). Esta síndrome, também conhecida como Transtorno Factício Autoimposto, compreende o ato de forjar sintomas e doenças em si mesmo a fim de angariar atenção de outros indivíduos (principalmente de equipes médicas), sujeitando-se a tratamentos e procedimentos desnecessários [4].

Ao tempo em que esta monografia ainda estava sendo idealizada, foram examinados diversos materiais que, à medida que foram lidos, originaram o objeto de estudo deste Trabalho de Conclusão de Curso: a Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP). Trata-se de uma subcategoria da SM, compreendendo a fabricação de doenças em um terceiro, normalmente sujeito ou submisso aos cuidados do perpetrador, a fim de que se alcance reconhecimento e devoção de outrem (essencialmente médicos e suas respectivas equipes) [3].

A SMP, ou Transtorno Factício Imposto a Outro, inobstante a importância de sua identificação seja incontestável para a proteção de crianças e adolescentes, é um tema pouco discutido no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro. Isto acaba por reverberar na inexistência de estudos mais aprofundados e, por conseguinte, na difícil condenação daqueles que a portam e fazem vítimas.

Antes de prosseguir, mister pontuar que se deu maior enfoque à SMP que apresenta crianças e adolescentes enquanto vítimas, o que levanta, inquestionavelmente, debates acerca do abuso infantil. Para mais e nesse sentido, ressalta-se que a escolha da SMP como cerne do presente trabalho se deu pela sua respectiva relevância jurídica, eis que, em casos como esses, há uma violação incontestável dos direitos fundamentais, o que será melhor explicitados *a posteriori*.

Dessa maneira, a nebulosidade que paira a SMP é primordial para a realização da presente pesquisa, tanto no âmbito acadêmico quanto no âmbito

social. Indubitavelmente, a condenação daqueles praticantes de ilícitos, bem como estudos complementares da psique humana, sempre serão capazes de causar uma boa impressão na comunidade acadêmica e jurídica, assim como gerarão maior visibilidade à temática.

Tendo isso em vista, o presente estudo tem por sustentáculo - principalmente no que tange aos trabalhos científicos acerca da SMP - materiais dos últimos cinco anos. Isto foi feito porque tais documentos se baseiam em guias de diagnósticos para profissionais de saúde que estão em vigor; contempla-se, majoritariamente, tanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Versão (*DSM-5*), quanto a Classificação Internacional de Doenças, Décima-Primeira Versão (*CID-11*).

Ademais, para que todas as informações abordadas sejam devidamente expostas, empregou-se a metodologia qualitativa de pesquisa a fim de que se compreenda a incidência da SMP e do seu infiltramento - ou não - no ordenamento jurídico. Quanto à finalidade, em razão dos minguados estudos que relacionam a SMP e o Sistema Jurídico Brasileiro, utilizou-se, ainda, a metodologia exploratória na tentativa de mapear o objeto de estudo. Em relação ao procedimento técnico, foram manuseadas as metodologias bibliográfica, documental e de estudo de caso para enriquecer o presente trabalho.

Na confecção desta pesquisa, optou-se, no primeiro capítulo, pela exposição exaustiva da SMP e de todo o arsenal teórico que a envolve; no segundo capítulo, expõe-se um acontecimento concreto ocorrido em Lafourche Parish, nos Estados Unidos, o qual foi escolhido em razão da facilidade em angariar um rico agrupamento de informações sobre o fato delitivo; no terceiro capítulo, realizou-se a análise do funcionamento do Sistema Jurídico do Brasil mediante verificação de ocorrência de transtornos raros como a SMP.

Assim sendo, o objetivo geral do trabalho compreende o estudo da SMP e, mediante análise do caso Gypsy Rose e Dee Dee Blanchard, reconhecer as repercussões e desafios jurídicos para a proteção de crianças e adolescentes no Sistema Jurídico do Brasil.

2 A SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO EM SEUS FUNDAMENTOS, DIFERENCIAÇÕES E DIAGNÓSTICOS

No ano de 1951, o psiquiatra britânico Richard Asher constatou um transtorno identificado pela propensão patológica em mentir, que foi fulcral para o abrandamento de estudos da Psicologia na Era Moderna [2].

Para nomeá-lo, buscou uma referência do século XVIII ao remontar a história do Barão de Munchausen (Karl Frederich Hieronymus), o qual era conhecido pelos relatos fantasiosos e falaciosos acerca dos anos em que participou do exército russo. Daí surge a terminologia Síndrome de Munchausen (SM) [2].

Além disso, Asher observou que, tal qual o Barão de Munchausen, aqueles que aparentavam portar o transtorno em questão eram transeuntes que visitavam em diversos hospitais relatando e inventando doenças e sintomatologias exageradas para captar a atenção dos profissionais daquele local [2].

Trazendo para a atualidade e já com todos os conhecimentos que se detêm acerca da síndrome em estudo, a SM (Transtorno Factício Autoimposto) acontece em circunstâncias em que o indivíduo forja um adoecimento ou uma lesão em si mesmo, apenas em busca de atenção médica. Dessa maneira, o sujeito cria narrativas carregadas de inverossimilhança e contraditórias, além de apresentar comportamento questionável, internando-se e submetendo-se a procedimentos cirúrgicos com frequência. Nota-se, ainda, que o indivíduo não apresenta ganhos manifestos com esse tipo de conduta [4].

Em 1977, o pediatra inglês Roy Meadow deu origem à uma variante da SM: a SMP. Esta abrange a elaboração de sintomas e doenças em outra pessoa que, por alguma razão, é submissa ao perpetrador. Ademais, a SMP é incluída no *DSM-5*, sendo este uma publicação feita pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e uma referência para diagnóstico e pesquisa na seara da saúde mental [3].

A SMP constitui um transtorno factício que acomete o adulto - e não a criança/vítima - que normalmente tenha experienciado situações traumáticas na infância, como abuso sexual ou físico sofrido pelo cuidador, transtornos psiquiátricos como ansiedade, transtornos de humor, transtorno factício, histeria, traumas na infância, divórcio, entre outros. Aliás, 98% dos casos de SMP têm a mulher/mãe enquanto figura perpetradora, e desses, somente 2% têm o pai presente na vida da criança [3].

Nesse sentido, depreende-se do estudo do comportamento dos perpetradores que eles dispõem de vasto conhecimento da área médica, bem como se atentam e têm curiosidade em ínfimos detalhes da medicina, às vezes até apresentando interesse em profissionalizações nesse setor. Nessa lógica, dispõem de um quociente de inteligência (QI) normal ou acima da média, o que faz com que tenham larga habilidade em resolução de problemas, muitas vezes sugerindo tratamentos e medicamentos para a equipe médica responsável [3, 10].

Os agentes perpetradores, pois, põem as vítimas em situações que muitas das vezes são cruéis e de alto risco em relação à saúde, apresentando sadismo ao se satisfazerem na prática de exames invasivos e que deixam cicatrizes na vítima. Como tentativa de manutenção daquela realidade simulada, sempre estão próximos à criança, não permitindo diálogos individuais com a equipe médica/hospitalar [1, 10].

Além disso e no que tange à sintomatologia, os sintomas são predominantemente advindos da psique. Entretanto, caso sejam sintomas apenas físicos, observam-se infecções recorrentes de pele devido à contaminação por fezes, hipoglicemias inexplicadas e recorrentes em pacientes com acesso à insulina, febre de origem indeterminada ou fazer uso indevido de medicações prescritas [10].

Sob uma ótica subjetiva, Aranha *et al* [10] entende que

É difícil caracterizar o que motiva essas pessoas a agirem dessa forma. Acredita-se que no fundo os pacientes estão em busca de algo como aceitação, amor e afeto. E essa necessidade que é possivelmente originada de suas relações com os pais, de alguma forma é transferida aos médicos e sua equipe fazendo com que os mesmos substituam os pais nessa dinâmica. Daí a necessidade quase compulsiva de tratamento médico, passagens por vários serviços e dezenas de internações. É evidente um distúrbio importante da auto-imagem e uma identidade perturbada e pobre.

Curiosamente, apesar do suposto quadro crítico da criança, os pais ostentam calma e constantemente narram histórias comoventes e traumáticas para, ainda mais, provocar a consternação da equipe médica. Trata-se, evidentemente, de uma estratégia manipulativa [3].

Outrossim, mediante extensa leitura acerca da temática, é possível deparar-se com a interessante classificação tripartite da figura perpetradora da SMP, que foi proposta pelos estudiosos Libow e Schreier. Nessa teorização, os autores definiram os agressores de acordo com a motivação intrínseca - manifestada através

da observação do suceder diário -, podendo ser *Help Seekers*, *Doctor Addicts* ou *Active Inducers* [5].

Os *Help Seekers* criam doenças em terceiros para obter atenção e, como uma forma de projeção, buscar solução para seus problemas pessoais. Normalmente, foram ou ainda são vítimas de violência doméstica e apresentam algum quadro depressivo ou de saúde mental a ser observado. Parafraseando Lopes *et al* [5], o motivo pelo qual simulam a doença na criança está vinculado à intenção de obterem apoio para si, funcionando como um pedido de socorro. Quando confrontados, aceitam a ajuda oferecida.

Os *Doctor Addicts* são caracterizados pela obstinação no alcance de tratamento médico para seus filhos. Dessa forma, esses sujeitos, de fato, creem que a criança é acometida pela doença alegada, ainda que existam provas que assegurem o inverso [5].

Os *Active Inducers* têm esforço reconhecido pela fabricação da patologia e de tudo o que a envolve, sejam laudos, sintomas, entre outros. Essa categoria se caracteriza por apresentar problemas conjugais significativos, dispondo das figuras de marido distante e de pai ausente. Além disso, os *Active Inducers* possuem problemas de saúde mental, a saber: ansiedade e depressão, dissociação afetiva e projeção paranoide. Compreende a categoria de comportamento mais comum da SMP [5].

Infere-se, pois, que os agressores têm como estímulo o possível, mas não necessariamente existente, reconhecimento das figuras de genitor-herói e de responsável afetivo exclusivo da criança [3].

Nas situações em que há confrontação, o perpetrador não apenas se esquivava, mas também demonstra conduta inamistosa, diferente do que se espera de um genitor cujo filho se encontra num estado de saúde delicado. Não é incomum que, após interpelado, o agressor fuja do ambiente médico em que se encontra e se direcione para outro [3].

2.1 DIFERENCIAÇÕES CONCEITUAIS E COMPARATIVAS

Embora se tenha abordado detalhadamente a SM e a SMP, existem diferenciações fulcrais a serem realizadas. Assim sendo, iniciar-se-á as distinções

com a mais simples, embora vitais para a mais aprofundada cognição do que versa o trabalho em questão: síndrome *versus* transtorno.

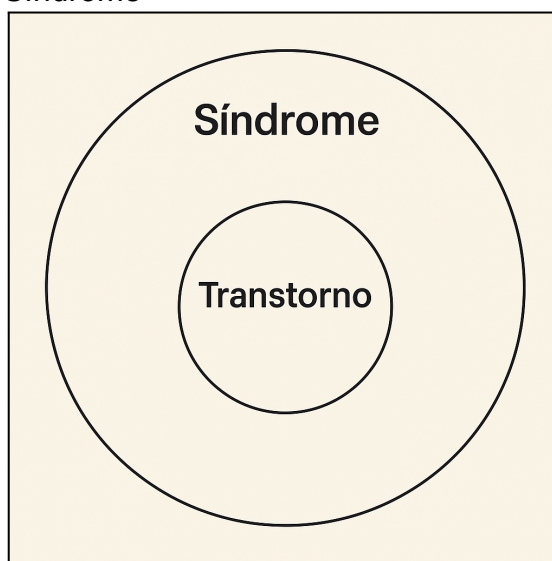
O *Istituto della Enciclopedia Italiana* define síndrome enquanto um conjunto de sintomas que não necessariamente se reporta à causa ou ao que desencadeou, cabendo a uma patologia específica ou a patologias cujas naturezas são completamente distintas [9].

Silva *et al* [2], adicionalmente, entende que o termo síndrome é empregado para caracterizar um conjunto de sinais e sintomas que definem uma determinada patologia ou condição. Portanto, denota-se que “síndrome” constitui um termo que, em essência, possui um sentido mais amplo.

Por outro lado, o *DSM-5*, que é uma publicação da *APA*, e a *CID-11*, que é uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), conceituam transtorno mental como uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental [7, 8].

Para fins de melhor compreensão, fazendo-se um paralelo com a Matemática, detém-se o entendimento de que “transtorno” é parte integrante de “síndrome”, sendo o “transtorno” um subconjunto de “síndrome”, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Representação de Transtorno como subconjunto de Síndrome



Fonte: elaboração própria

Outrossim, como brevemente mencionado em parágrafos anteriores, tanto a SM quanto a SMP são transtornos factícios. Trazendo enfoque à SMP, o transtorno factício é identificado quando o adulto forja doenças e sintomas em crianças e busca repetidamente auxílio médico. Foque-se, agora, no termo que dá complemento à palavra “transtorno”: factício - do latim *facticius*, que significa artificial [10].

Em termos conceituais, no transtorno factício o agente deliberadamente altera sintomas físicos e psicológicos em busca de atenção médica, muito embora o fundamento psicodinâmico seja carregado por inconsciência e, por conseguinte, pobre em criticidade. Há, dessa forma, a pura necessidade de simular a doença por parte do perpetrador [10, 2].

Não é incomum, também, que se queira igualar a SM ou a SMP à hipocondria. Contudo, analisando o conceito de hipocondria fornecido pela *CID-11*, vislumbra-se a clara distinção entre ambos os transtornos. Analise-se:

Hipocondria é caracterizada pela preocupação ou medo persistente acerca da possibilidade de ter uma ou mais doenças sérias, progressivas ou fatais. A preocupação é acompanhada por: 1) comportamentos repetitivos e excessivos relacionados à saúde, como checar repetidamente o corpo procurando evidência de doença, gastar tempo excessivo buscando informação sobre a doença temida, buscar reafirmação repetidamente (p. ex., providenciar várias consultas médicas); ou 2) comportamento mal-adaptado de evitação relacionado à saúde (p. ex., evita consultas médicas). Os sintomas resultam em sofrimento significativo ou prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes [12, *grifo nosso*].

Assim sendo, é manifesta as diferentes motivações e intencionalidades: se, na hipocondria, o agente apresenta um medo irracional e exacerbado de estar doente, na SMP há a assunção do papel de enfermo; se, na hipocondria, a intencionalidade não é consciente, na SMP a atuação é deliberada embora despida de criticidade. [12]

O Transtorno de Personalidade Antissocial (TPA) - popularmente conhecido como psicopatia - também é correntemente trazido à tona comparativamente à SMP. Sendo assim, para que haja melhor inteligência da TPA, é imprescindível a inteligência do conceito de Transtorno de Personalidade (TP) lato sensu defendido pela *CID-11*.

Transtorno de personalidade é caracterizado por problemas no funcionamento de aspectos do "self" (p. ex., identidade, autoestima,

precisão do autoconceito, autodirecionamento) **e/ou disfunção interpessoal** (p. ex., capacidade de desenvolver e manter relacionamentos próximos e mutuamente satisfatórios, capacidade de compreender os pontos de vista de outras pessoas e de lidar com conflito em relacionamentos) **que persistem durante um longo período de tempo** (p. ex., 2 anos ou mais). **A perturbação é evidenciada por padrões de cognição, experiência emocional, expressão emocional e comportamento que são maladaptativos** (p. ex., inflexíveis ou mal regulados) e é evidenciada em uma série de situações pessoais e sociais (i. e., não está limitada a relacionamentos ou papéis sociais específicos) [14, *grifo nosso*].

Assim sendo, é possível compreender que o TPA abarca longevas dificuldades no funcionamento da identidade, autoestima e/ou nas relações interpessoais. Tais adversidades são marcadas por padrões de pensamento, emoções e comportamentos inadequados e inflexíveis que não se limitam a circunstâncias ou relações específicas.

Em um estudo mais aprofundado, é possível a verificação de que a *CID-11* descreve oito tipos de transtornos de personalidade, a saber: paranóide; esquizóide; emocionalmente instável; histriônico; anancástico; ansioso; dependente; e anti-social, que é a que aqui está em análise [14].

Ainda consoante a *CID-11*, o TPA é demarcado pela indiferença para com os sentimentos alheios, indispondo de empatia. Além disso, sujeitos detentores da TPA podem praticar ações cruéis, bem como apresentam especial apreço pelo descumprimento de regras, sensibilidade excessiva a frustrações e reatividade emocional aumentada. Dessa maneira, pode-se inferir que o indivíduo que apresenta TPA é capaz de vitimar qualquer pessoa, sem quaisquer distinções [14].

Isto posto, a seguir há um quadro comparativo entre a SMP, hipocondria e o TPA.

Quadro 1 - Comparativo entre SMP, Hipocondria e TPA

Aspecto	SMP	Hipocondria	TPA
Intencionalidade	Atuação normalmente deliberada, mas sem discernimento.	Intencionalidade inconsciente.	Prática consciente.
Motivação central	Assunção do papel de enfermo para fins de atenção e validação.	Medo irracional e exacerbado de estar doente.	Prazer em descumprir regras, ferir o outro psico ou fisicamente.
Objeto da conduta	Outra pessoa, comumente um filho ou dependente.	O próprio corpo e saúde.	Qualquer pessoa, sem quaisquer distinções.
Empatia	Pode haver aparência	A preocupação é	Indispondo de

	de empatia, havendo simulação de zelo.	genuína, apesar de irracional.	empatia, com total indiferença pelos sentimentos alheios.
Duração e padrão comportamental	A conduta pode se repetir ao longo do tempo, especialmente em contexto clínico.	Trata-se de uma preocupação persistente.	Os padrões se estendem por um longo período (p. ex., 2 anos ou mais).
Relação com o sistema de saúde	Busca intencional de contato com o ambiente médico por meio da simulação em outrem.	Gasta tempo excessivo buscando informação e reafirmação médica.	Pode praticar ações cruéis e violar normas, mas sem foco específico em adoecimento.
Vítima direta	Terceiro vulnerável (geralmente filho, idoso ou pessoa dependente).	O próprio agente.	Qualquer pessoa pode ser vitimada.

Fonte: 12, 13, 14

Mediante análise comparativa entre a SMP, a hipocondria e a TPA, é possível inferir, de forma clara, as singularidades de cada condição. Assim sendo, ao passo em que a SMP apresenta conduta deliberada do perpetrador, o qual visa à validação social em razão de ser responsável por indivíduo vulnerável, a hipocondria se origina no sujeito que tem medo irracional de portar de alguma doença, sem intenção de mentir. A TPA, de outro modo, traduz-se por um padrão de comportamento que se caracteriza pela ausência de empatia e prática consciente de atos cruéis ou ilegais. No tocante às vítimas, vê-se que a SMP afeta terceiros que dependem do perpetrador, a hipocondria atinge o próprio sujeito e a TPA acomete qualquer indivíduo.

2.2 DIAGNÓSTICO, TERMINOLOGIA E CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS

Para que seja devidamente tratado, o Transtorno Factício Imposto a Outro, pela lógica, deve ser congruentemente diagnosticado. À luz disso, é vital a diagnose da SMP a fim de haja proteção da vítima no que tange à ingestão de medicamentos e intervenções desnecessárias, podendo impedir, a longo prazo, o óbito [1].

Decerto, é irrefutável a complexidade diagnóstica que cinge a SMP. Isto ocorre porque, na maior parte dos casos, o diagnóstico, além de labiríntico, é tardio, tendo em vista a aparição dos sintomas se dar das mais diversas formas, sendo de

difícil constatação objetiva. Ademais, a sintomatologia se vê comumente atrelada a circunstâncias inexplicáveis relatadas através da história narrada pelo perpetrador, o que dificulta, ainda mais, o fechamento definitivo do diagnóstico [3].

Antes de prosseguir e devido à curiosidade surgida ao adentrar ainda mais a temática, é constatado que a SM apresenta maior prevalência em indivíduos do sexo masculino que têm entre 20 e 30 anos, cujos sintomas são primariamente psicológicos. Sob outra perspectiva, ao versar acerca de sintomas físicos, as mulheres tendem a apresentá-los com maior regularidade. Apesar disso, não existem estudos que comprovem e embasem a primazia de sexo e faixa etária que são acometidas pela SM [1].

Consoante Gonçalves *et al* [4], tem-se que, para que seja acertadamente concluído o diagnóstico da SM, deve haver a consulta dos critérios contidos no *DSM-5*, que consistem em:

[...] adulteração de sinais ou sintomas físicos ou mentais, ou indução de ferimento ou doença, associada ao engano identificado; o indivíduo se mostra aos outros como enfermo, debilitado ou ferido; a conduta enganosa é evidente mesmo na inexistência de recompensas externas óbvias; o comportamento não é melhor esclarecido por outro distúrbio mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico. O diagnóstico de transtorno factício requer a identificação objetiva de comportamentos de falsificação da doença e evidências de engano, ao invés de inferência sobre a intenção ou possível motivação subjacente.

Importante expor, ainda, que no ano de 2000 estava em voga o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição, Texto Revisado (*DSM-IV-TR*), o qual deixou de vigorar após a publicação do *DSM-5*. No que tange à parte técnica do documento, vê-se que no *DSM-IV-TR* há uma categoria geral de transtornos factícios, sem especificá-los, por exemplo, em Transtorno Factício Imposto a Outro e Transtorno Factício Autoimposto. O *DSM-5* difere-se daquele na medida em que traz pormenorizações e critérios de diagnóstico próprios e de maior objetividade [4].

Além do *DSM-5*, é igualmente relevante sinalizar a maneira como os sistemas classificatórios internacionais compreendem o Transtorno Factício Imposto a Outro.

A *CID-11* - que foi publicada em 2019 e entrou em vigor em 2022 - é extremamente clara ao classificar e definir a SMP, referindo-se a ela enquanto

“Transtorno Factício Imposto a Outro”, como exposto *a anteriori*. Por outro lado, a pesquisa na *CID-10* - que entrou em vigor no território brasileiro em 1993 e teve eficácia interrompida em 2019 - demonstra que não há categorização específica no que diz respeito aos transtornos factícios, ou seja, não se vê distinção conceitual entre o transtorno factício imposto a si mesmo e imposto a outrem, eis que a existência deles sequer é mencionada. [14, 15]

Quanto à SMP, Ferreira *et al* [3] ratifica o entendimento de que a apresentação clínica se faz facilmente confundível com quaisquer outras condições ou enfermidades, o que enseja diagnósticos e tratamentos completamente equivocados. Desse modo, no que diz respeito à sintomatologia, compreendem condutas habitualmente verificadas na SMP:

[...] sufocamento, envenenamento, indução de infecção, abuso sexual, crianças submetidas a cirurgias desnecessárias e procedimentos invasivos; e algumas condições simuladas mais comuns: vômito ou diarreia, dor abdominal, perda de peso, parada respiratória, asma, disfunção do sistema nervoso central (convulsões, falta de coordenação e perda de consciência), apneia, infecção, febre, déficit de crescimento, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos, erupção cutânea e hemorragia induzida; sendo que a principal característica é a repetição de eventos.

Ademais, importa pontuar que, em caso de crianças vítimas da SMP, estas podem já ser detentoras de alguma doença orgânica, no entanto a sintomatologia é capaz de ser intensificada pela ação deliberada do perpetrador. Nesse cenário, os sintomas frequentemente fabricados consistem em: hematúria, que compreende a contaminação da urina com sangue; urolitíase, através da adição de areia na urina; e infecção do trato urinário (ITU), mediante contágio exógeno da urina [3].

Outrossim, o diagnóstico também pode ser realizado através da inteligência da equipe de saúde responsável, a qual deve estar vigilante às circunstâncias, sintomas e indicadores. Deste jeito, parafraseando Soares *et al* [1], ao se deparar com um paciente que possui “passagem por diversos serviços de saúde, com uma sintomatologia grande e diversificada, com conhecimentos prévios acerca de terminologias médicas, e com exame físico e laboratorial sem alterações diante das queixas”, a *staff* médica deve iniciar uma análise minuciosa de um possível quadro de SMP.

É capital para a aferição do diagnóstico da SMP, ainda, a avaliação dos genitores ou responsáveis, da criança e do ambiente e dinâmica familiar. A partir disso e parafraseando Ferreira *et al* [3], avaliam-se questões de saúde que não correspondem ao tratamento, exames de investigação em discrepância com a história clínica e sintomas, sinais e sintomas que somem na ausência dos pais, atividades diárias da criança sendo comprometidas e sintomas novos assim que os anteriores são resolvidos. Sob tal perspectiva, experiências empíricas indicam que é essencial a coleta de exames sob a supervisão da equipe médica e mediante o emprego da separação da possível vítima e do suposto perpetrador [3].

Ante o imediatamente exposto, depreende-se que há necessidade da elementar presença de uma equipe interdisciplinar a postos, o que pode englobar a presença de psiquiatras, psicólogos, pediatras, assistentes sociais e legistas [3].

Tendo havido o destrinchamento completo dos aspectos diagnósticos da SMP, faz-se mister o diálogo acerca do tratamento e da prevenção desta síndrome.

O ponto de partida do tratamento da SMP reside, de forma simples e direta, na detecção da síndrome por parte da equipe médica responsável. A partir disto, deverão ser notificados os sistemas de serviço de proteção à criança e ao adolescente, que passarão a construir uma rede de apoio e tratamento ao infante e à família, o que deverá ser efetivado através de equipes multidisciplinares de abuso infantil [4].

O diagnóstico da SMP exige que o médico reconheça que o cuidador está exagerando, inventando ou induzindo a doença em uma criança. Identificar que a relação médico-paciente normal se tornou patológica é fundamental para fazer o diagnóstico; o médico agora está prejudicando o paciente em vez de ajudá-lo por causa do engano do cuidador [4].

Diante deste contexto, os órgãos de serviço de proteção a infantes focam em agir sem retirar as crianças das suas respectivas famílias, desde que haja segurança para tanto. Todavia, é tratado e trabalhado com os agressores a mudança de crenças e comportamentos no que se refere a questões médicas e clínicas [4].

Observa-se, portanto, que o tratamento, embora tenha como destinatário final a criança, incide primariamente no adulto/contraventor. Desse modo, existem autores que defendem a internação psiquiátrica compulsória destes indivíduos, sob a égide de que eles colocam a vida de outro ser em risco e, normalmente,

recusam-se a aderir aos tratamentos indicados em âmbito puramente ambulatorial [1].

Justamente por ser uma síndrome de difícil constatação, a capacitação acerca desta é escassa, inobstante seja uma ótima maneira de prevenção. Seguindo este entendimento, Ferreira *et al* [3] brilhantemente expõe que:

A capacitação para o reconhecimento da SMP para equipes de saúde é uma forma de prevenção indicada por Gonçalves et al. (2014), a fim de poderem perceber os sintomas e levantar essa hipótese diagnóstica, facilitando abordagem frente a violência infantil. Ademais, para se diagnosticar algo, é preciso, antes de mais nada, saber de sua existência, então o estudo da temática auxiliar a não perpetuação e facilitação da violência. Ao psicólogo hospitalar, percebe-se reflexões frente ao olhar diferenciado que é propiciado por esse profissional, com possibilidade de contribuir na reconstrução dessa relação dependente de constante investimento.

Outra questão a ser cautelosamente examinada pela equipe médica consiste no comportamento do perpetrador após a indicação de suas respectivas ações abusivas para com a criança. Isto porque não há como prever as condutas seguintes do agressor: de um lado, ele poderia ser conivente com o tratamento e, por outro, poderia gerar ânsia em provar a veracidade da suposta doença da vítima, agravando ainda mais os comportamentos abusivos praticados [3].

Por fim, ante o exposto, é possível compreender que tanto a SM quanto a sua variante, a SMP, são transtornos factícios que têm difícil identificação, conquanto apresentem fundamentos históricos e conceituais bem alicerçados. À vista disso, elucidou-se que a SMP possui especificações próprias em relação ao perpetrador - que normalmente é a genitora -, como ter histórico de traumas ou transtornos psiquiátricos e comportamento manipulativo. Apresentou-se, ainda, subcategorias de portadores da SMP, que são os *Help Seekers*, os *Doctor Addicts* e os *Active Inducers*, demonstrando que, apesar de haver diversidade de perfis detentores da síndrome, todos buscam atenção e validação.

Em seguida, foram realizadas diferenciações vitais para a compreensão mais aprofundada da temática: i) síndrome *versus* transtorno, tendo-se a conclusão de que todo transtorno pode ser considerado síndrome, mas nem toda síndrome é um transtorno; ii) SMP *versus* hipocondria e TPA, buscando reforçar a peculiaridade clínica e social da SMP mediante a indicação de que a hipocondria é o medo

irracional e inconsciente de estar doente e de que TPA apresenta é marcada por padrão cruel despido de empatia.

Quanto à conceituação propriamente dita, além das definições extraídas de artigos científicos, a *DMS-5* aponta critérios objetivos específicos para a SMP, diferenciando-a do sentido trazido pela *DSM-IV-TR*, que entendia os transtornos factícios como algo mais genérico. A *CID-11* também foi apresentada enquanto um avanço se comparado ao disposto pela *CID-10*, já que aquela prevê categoricamente o Transtorno Factício Imposto a Outro, enfatizando o reconhecimento internacional da SMP.

Reforça-se que o fechamento do diagnóstico da SMP é complexo em detrimento da dissimulação de sintomas e do comportamento manipulativo do perpetrador. Desse modo, exige-se uma análise minuciosa da situação prática, bem como acompanhamento e observação da dinâmica familiar. Mais importante que o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de ocorrência da SMP demandam a atuação de equipes interdisciplinares, com o objetivo de proteger da vítima e de tratar do agressor. Assim, vislumbra-se que a capacitação de profissionais da área de saúde para o reconhecimento da SMP é medida primordial para que haja a prevenção, diagnóstico precoce e quebra de ciclos de abuso e violência em crianças e adolescentes.

3 O CASO GYPSY ROSE E DEE DEE BLANCHARD SOB A ÓTICA DA SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

O capítulo em questão analisa o caso concreto em que a SMP se faz, indiscutivelmente, presente: o caso Dee Dee Blanchard e Gypsy Rose Blanchard. Nesse sentido, busca-se o empirismo como uma forma de consolidação da teoria até então exaustivamente exposta, bem como levar o leitor a compreender, no capítulo final, o que se demonstra como objetivo principal da presente monografia.

Além disso, conforme se verifica a seguir, houve a escolha de um caso internacional para compor este trabalho. Isto ocorreu em função da ínfima quantidade de casos judicializados que têm como objeto - central, ou não - a SMP. Não obstante a extensa tentativa de localização de um processo nacional que contivesse algum laudo que confirmasse a presença da SMP no genitor ou responsável, não se logrou êxito.

3.1 CONTEXTO FÁTICO E HISTÓRICO DO CASO

Em 1991, nasce, nos Estados Unidos, Gypsy Rose Blanchard, na cidade de Lafourche Parish, que fica localizada no estado de Louisiana. Filha de Claudine (“Dee Dee”) Blanchard e Rod Blanchard, Gypsy vivenciou a separação dos pais ainda muito jovem - embora não haja data exata nos materiais analisados, dá-se a entender que o divórcio ocorreu ao tempo do nascimento de Gypsy [15].

Desse modo, Dee Dee passa a ter a guarda unilateral da filha, que tinha uma baixa frequência de contato com Rod. A genitora passa a projetar Gypsy enquanto um títere: Dee Dee controlava todo e qualquer aspecto da vida de Gypsy, seja físico, emocional ou legal, fazendo-a acreditar que era doente e inábil. Portanto, faz-se evidente a construção muito bem consolidada de uma dependência emocional e, em partes, física na díade de mãe e filha [15, 16].

Ademais, é notória, ao longo dos materiais analisados, a excessiva cautela e atenção concedidas à publicização da figura materna devota e abnegada, assim como o seu respectivo reconhecimento perante a sociedade. Para Dee Dee, era indispensável a conquista da simpatia e do apoio da comunidade [15].

Desde pouco tempo após o nascimento até o ano de 2015, o cotidiano de Gypsy foi demarcado pela presença de uma série de doenças e limitações físicas. A rotina de Gypsy foi moldada pela ingestão de medicamentos, idas a consultas médicas e a hospitais, a salas de cirurgia, ou simplesmente pela permanência em casa aos cuidados da mãe [15, 16].

Dee Dee sempre informou a todos (familiares, vizinhos, amigos e médicos) que Gypsy era um sujeito incapaz, alegando que, para além das limitações físicas que a impediam de andar, a idade mental da filha era de sete anos de idade. Inclusive, a genitora foi capaz de persuadir um advogado a declarar Gypsy enquanto sujeito absolutamente incapaz, de modo que, caso buscasse algum tipo de ajuda das autoridades, suas alegações seriam desacreditadas [15].

Ainda, curioso é o fato de que Gypsy, até 2015, nunca teve certeza da sua idade real, tendo em vista que Dee Dee manipulava documentos oficiais e pedia para que outros - inclusive Rod - não dissessem à filha sua verdadeira idade [15].

Para manutenção da sintomatologia apresentada por Gypsy, Dee Dee ministrava à filha uma série de medicamentos que desencadeavam efeitos colaterais capazes de ludibriar as diversas equipes médicas com as quais tiveram contato. Além disso, nas consultas médicas, Dee Dee moldava as narrativas de histórico familiar de acordo com a especialidade do profissional, na tentativa de imputar ainda mais doenças e deficiências - e, por conseguinte, medicamentos - à Gypsy [15].

Como resultado das mais de 100 visitas hospitalares entre 2005 e 2014, Dee Dee pontuava que Gypsy possuía diagnósticos de distrofia muscular, leucemia, apneia do sono, epilepsia, deficiência intelectual, deficiência auditiva e visual, asma, sopro cardíaco, refluxo, anemia, entre outros. Buscando a preservação das alegações, Dee Dee fazia com que a filha fosse submetida a uma série de procedimentos e cirurgias completamente prescindíveis, a saber: operações gastrointestinais, como a instalação de tubo de alimentação; intervenções oftalmológicas; e remoção das glândulas salivares [15, 16, 18].

Para além do reconhecimento social, as supostas doenças e deficiências de Gypsy trouxeram uma série de benefícios para mãe e filha, como: viagens custeadas pela fundação *Make-a-Wish*, que é uma organização sem fins lucrativos que busca realizar sonhos de crianças gravemente doentes; hospedagem gratuitas;

uma casa construída e doada pela organização *Habitat for Humanity*; e doações on-line para financiamento dos tratamentos fictícios [15,16, 17, 20].

Não é de se dispensar a impetuosa conjectura de que alguém, em algum momento, poderia ser comunicado acerca da narrativa falaciosa que estava sendo gradualmente alicerçada e construída. A própria Gypsy Rose ventila essa possibilidade:

“Se eu tivesse outra chance de refazer tudo, não sei se voltaria a quando era criança e diria aos meus tios e tias que não estou doente e que a mamãe me deixa doente. Ou, se eu voltasse exatamente ao ponto daquela conversa com Nick e dissesse a ele: ‘Quer saber, vou contar tudo à polícia’,” [17].

É possível que alguém tivesse percebido o que sua mãe fazia a ela [Gypsy], mas provavelmente não antes de seu corpo sucumbir a todos os medicamentos e cirurgias desnecessárias que sua mãe impôs, acrescentou [19].

Ocorre que é sistematicamente demonstrado que o *modus operandi* escolhido por Dee Dee para controlar Gypsy - a despeito do controle físico - era o isolamento social. A genitora não permitia que Gypsy tivesse contato solo com quaisquer outras pessoas (crianças, adultos ou até a própria família) sob o pretexto de que o mundo afora seria extremamente perigoso. A ideia que permeava a psique de Dee Dee era a de que Gypsy não deveria dispor de oportunidades para criar vínculos fora do ambiente doméstico [16].

Desse modo, é possível inferir que a forma e a profundidade que Dee Dee controlava as interações sociais de Gypsy tornava incapaz a percepção e constatação - embora tenha levantado suspeitas, por parte de Rod Blanchard - do emaranhado de mentiras elaboradas aos longo dos anos [15, 16].

Não é de se estranhar, ainda, o fato de que Gypsy foi, segundo seus relatos, alvo de violência física por parte de Dee Dee. A vítima narra, no documentário, que chegou a ser agredida com as mãos e com cabides e, em uma ocasião específica, foi algemada à cama por duas semanas consecutivas como uma medida punitiva [15].

Como uma tentativa de escape da gaiola invisível em que estava presa, Gypsy enxergou a internet e as redes sociais como um suspiro de liberdade e, assim, passou a utilizá-lo com frequência enquanto a mãe dormia [15, 16].

Através da manutenção do hábito constante de estar ativa on-line, Gypsy Rose conheceu Nicholas Godejohn enquanto navegava em um site de namoro cristão, em 2012. Como consequência e não muito tempo depois, ambos resolveram iniciar um namoro virtual, que resultou na eleição de Nicholas enquanto confidente, na medida em que ele passou a estar ciente das mentiras e abusos sofridos por Gypsy [15, 16].

Gypsy empenhou-se em marcar um encontro que pareceria coincidental entre a Dee Dee e Nicholas em um cinema local, para assistir ao live-action do filme da Cinderela. Contudo, a situação como um todo não agradou à genitora, que alegou estranheza em relação ao rapaz, eis que ele teria ido ao cinema, sozinho, para assistir ao longa-metragem. Portanto, ficou clara, aos jovens, a impossibilidade de se apresentarem à Dee Dee enquanto um casal [15].

Nicholas, que já tinha um histórico de crimes e comportamentos preocupantes - embora não fosse de conhecimento de Gypsy -, prometeu proteger e defender a então namorada em quaisquer circunstâncias, fazendo o que fosse preciso. A partir disso, ambos passaram a engendrar o assassinato de Dee Dee enquanto uma forma de libertação de Gypsy [15, 16].

Inclusive, fazendo recorte da atualidade, em entrevista concedida à CNN, Gypsy entende que a sua liberdade só lhe foi concedida a contar do momento que foi presa, assim como pressupõe a ideia de que, caso Dee Dee estivesse viva, os abusos ainda existiriam.

“Para mim, chegar à prisão foi uma oportunidade de começar uma vida para mim mesma em termos de ganhar independência de todos”, disse ela em entrevista à CNN na quinta-feira (4), antes da estreia da série documental da Lifetime, “As Confissões da Prisão de Gypsy Rose Blanchard”. “Poder fazer coisas simples como fazer amigos pela primeira vez, sair ao sol, curtir um dia com os amigos, conviver com outras pessoas da minha idade”, acrescentou. “Foi definitivamente mais liberdade do que jamais senti antes em minha vida morando com minha mãe.” [...]

“Acho que se minha mãe ainda estivesse aqui, eu ainda estaria sob esse abuso médico pelo qual eu passava”, disse ela. “Não acho que haveria um fim à vista para mim” [19].

Regressando à narrativa dos fatos, o plano de assassinato de Dee Dee foi efetivado na data de 14 de junho de 2015, na cidade de Springfield, Missouri, onde mãe e filha residiam. Gypsy e Nicholas estavam mantendo contato on-line para que

aquela abrisse a porta da casa e fosse se esconder no banheiro, ao passo que Nicholas já se direcionaria ao quarto de Dee Dee [15, 17].

Nicholas esfaqueou Dee Dee 17 vezes enquanto ela dormia. Morta aos 48 anos, Dee Dee não teve qualquer possibilidade de defesa, sendo atacada desprevenidamente em um ambiente que julgava ser seguro [15, 16, 17].

Ainda no dia do assassinato, Gypsy fez uma série de publicações perturbadoras em seu perfil no Facebook, dentre as quais diziam que “aquela vadia está morta”, o que levantou suspeitas imediatas da polícia sobre o seu envolvimento. Ademais, após o cometimento do crime, Nicholas e Gypsy se hospedaram em um motel e, ato contínuo, viajaram à cidade em que os pais do rapaz residiam [15, 17].

Tendo descoberto o corpo de Dee Dee e em observância às postagens e ao comportamento suspeito de Gypsy, os policiais logo foram capazes de compreender que ela, de alguma forma, estaria envolvida no assassinato de sua própria mãe. Através do rastreamento do IP do aparelho utilizado pela jovem para a realização das publicações, a polícia rastreou-os e deteve-os, na data de 15 de junho de 2015, no estado de Wisconsin [15, 16, 17].

Inobstante tenha alegado, *a priori*, inocência, Gypsy cedeu à pressão do interrogatório e confessou que estava envolvida no assassinato de Dee Dee - e que fora motivada por vingança -, embora o ato tenha sido efetivado por seu namorado à época, Nicholas Godejohn [15, 17].

Ainda na data de 15 de junho de 2015, Gypsy foi formalmente acusada, pelo sistema jurídico americano, por homicídio em primeiro grau (*first-degree murder*), em que há premeditação. Em 2016, a jovem se declarou culpada e foi indiciada por homicídio em segundo grau (*second-degree murder*), que é intencional mas sem premeditação, recebendo pena de 10 anos de prisão. Nicholas, sob outro enfoque, foi indiciado por homicídio em primeiro grau (*first-degree murder*), recebendo pena de prisão perpétua em 2019 [15, 16, 17].

Nota-se que a pena imputada à Gypsy foi gritantemente inferior àquela aplicada à Nicholas. Isto porque, considerando o histórico de manipulações e abusos sofridos pela vítima, associado à SMP de Dee Dee, a promotoria responsável pelo caso optou por não buscar a pena de morte. Em adição, o júri se compadeceu com as histórias de violência, abuso e falácias apresentadas em juízo,

passando a enxergar Gypsy como vítima de um longo cárcere emocional e físico [15, 16].

Em 18 de dezembro de 2023 e após oito anos e meio encarcerada, Gypsy se deparou com a verdadeira liberdade pela primeira vez. Em entrevista ao canal televisivo CNN, pontuou algo de extrema relevância para o presente trabalho: o falho sistema de proteção à criança e ao adolescente.

Mas ela sente que o sistema falhou: na época, ela se sentia presa, como se sua vida nunca fosse mudar enquanto ela estivesse sob os cuidados da mãe. [...]

“Percebo que existem recursos e coisas que são implementadas para proteger as crianças de passarem pelo que passei”, acrescentou ela. “Infelizmente, todos esses falharam comigo” [19].

A constatação de Gypsy, de fato, é dotada de segura pertinência. A quantidade de vezes que Gypsy foi a hospitais ou a consultas médicas - fora os momentos de aparição pública - nunca levantaram suspeitas suficientes das autoridades para que houvesse uma investigação. Nesse sentido, é irrefutável o reconhecimento de que, inobstante a existência de mecanismos de proteção de crianças e adolescentes, estes não foram efetivos no caso em análise.

Assim sendo, houve uma clara deficiência na atuação dos serviços sociais e de saúde em reconhecer sinais tradicionais de abuso infantil (físico, psicológico), na medida em que foram percebidos históricos familiares e médicos incoerentes, sintomas sazonais que dependiam da presença de Dee Dee e manipulações de exames e sintomas. É justamente em decorrência dessa falha que Gypsy crava a seguinte concepção: “[...] existem recursos e coisas que são implementadas para proteger as crianças de passarem pelo que passei. [...] todos esses falharam comigo” [19].

3.2 A SMP APLICADA AO CASO

Como anteriormente apresentado, a SMP pode ser devidamente explicada se voltarmos nossos olhos à *DSM-5* e à *CID-11*. Para fins de recapitulação e dinamicidade, esclarecer-se-á tais características através de um quadro comparativo em tópicos paralelos.

DSM-5 (Transtorno Factício Imposto a Outro) [7]

- Deturpação ou criação da sintomatologia em terceiro pelo perpetrador;
- Vítima apresentada como constantemente enferma;
- Inexistência de evidentes ganhos primários/secundários para o perpetrador.

CID-11 (6D51 - Transtorno Factício Imposto a Outro) [11]

- Diferencia-se a SM da SMP;
- Perpetrador induz ou agrava sintomatologia em terceiro;
- Perpetrador procura equipe médica e hospitalar para tratamentos e intervenções;
- Denota-se repetição de episódios incoerentes.

É possível constatar, portanto, que a *DSM-5* apresenta critérios formais, ou seja, trata-se de um agrupamento de aspectos que, necessariamente, devem ser preenchidos para que haja diagnóstico. Desse modo, infere-se que a *DMS-5* segue uma linha de raciocínio mais normativa, buscando uniformizar e harmonizar os diagnósticos feitos por diferentes profissionais de saúde.

De outro modo, a *CID-11* busca uma categorização mais específica e mais detalhada, o que pode ser ratificado pela preocupação na diferenciação entre o Transtorno Factício Autoimposto (6D50; SM) e o Transtorno Factício Imposto a Outro (6D51; SMP). Além disso, a *CID-11* se atenta não no preenchimento completo dos aspectos componentes da SMP, mas na percepção aguçada da descrição clínica.

Trazendo aplicabilidade ao entendimento apresentado, o caso concreto escolhido demonstra a facilidade em concluir que Dee Dee Blanchard apresentava muitas das características - sinais de alerta - expostas.

Sintomas contraditórios se comparados aos exame; inúmeras e algumas raras doenças; difícil comprovação; resistência em liberar registros médicos ou acolher contradições dos profissionais de saúde; e sintomas que desapareciam na ausência de Dee Dee: estas são algumas das clarividentes evidências de que todo o enredo apresentado pela perpetradora era falacioso e fabricado.

Ademais, a sufocante investida no isolamento social de Gypsy, acompanhada dos indícios acima postos, era algo de tamanha relevância ao ponto de ser minuciosamente investigado e, conseqüentemente, passível de levantar suspeitas das autoridades locais.

No que tange às falhas - grotescas - da equipe médica, é admissível conceber os seguintes: sujeição superabundante ao relato de Dee Dee enquanto

suporte informacional; desprovisionamento de equipes multidisciplinares; realização de procedimentos cirúrgicos sem um estudo e exames mais aprofundados, a exemplo da remoção das glândulas salivares e da instalação de um tubo de alimentação; necessidade sobre desaparecimento de sintomas na ausência materna; e a irreverente negligência em relação à frequência de consultas e a sintomas ininteligíveis.

3.3 CONSEQUÊNCIAS JURÍDICAS NO SISTEMA DE JUSTIÇA AMERICANO

Conforme exaustivamente reiterado, o julgamento do caso Gypsy Rose e Dee Dee Blanchard ocorreu em território estadunidense.

Antes de prosseguir, e para fins de melhor compreensão, faz-se relevante demonstrar em que residem as fulcrais divergências entre os ordenamentos jurídicos brasileiro e norte-americano, que são a *Civil Law* e a *Common Law*, respectivamente. Para isso, será apresentado um breve contexto histórico.

O sistema de Direito romano-germânico - também conhecido por *Civil Law* - se originou a partir da Revolução Francesa e do surgimento dos burgos, bem como do desenvolvimento do comércio, e da implementação do estudo do direito romano nas universidades presentes na Europa ocidental. Inicialmente, a *Civil Law* era regida por doutrinas, mas estas, a partir do século XIX, se tornaram menos importantes doravante a valorização da lei como principal fonte de direito, o que permitiu a formação de Constituições [22, 23].

Nesse sentido, é seguro afirmar que a lei é a principal fonte do direito da *Civil Law*, a qual é escrita e promove a institucionalização de uma norma (trazendo maior segurança e certeza ao ordenamento jurídico), tornando-a norma jurídica. Tal situação acontece quando uma norma adquire caráter legal ao passar por todo o processo de formação de uma norma jurídica em acordo com a formalidade requerida pelo ordenamento jurídico [22, 23].

Outrossim, a *Civil Law* se faz presente em países - a exemplo do Brasil - que, com o intuito de fundamentar suas respectivas leis, se utilizam do direito romano. Isto posto, as fontes da *Civil Law* são: lei, costume, jurisprudência, doutrina e princípios gerais do direito [22, 23].

Por outro prisma, a *Common Law* surgiu na Inglaterra - durante a Idade Média - e se expandiu para países que podem ser adotantes da língua inglesa. Além disso, tais países são integrantes da *Commonwealth*, que compreende uma aliança voluntária que busca a paz, prosperidade e desenvolvimento social. A *Common Law*, diferentemente da *Civil Law*, não possui como principal fonte do direito as leis, mas sim os costumes e as jurisprudências e, por isso, não apresenta códigos [21, 22, 23].

No que tange à gradação do processo penal enfrentado por Gypsy Rose Blanchard, esta foi inicialmente acusada de homicídio em primeiro grau (*first-degree murder*), que compreende a prática de assassinato intencional e premeditado, podendo ser sentenciada à prisão perpétua.

No decorrer do processo e mediante análise assertiva do caso por parte da promotoria, optou-se pela não propositura da prisão perpétua como medida punitiva, bem como a condenação de Gypsy por homicídio em segundo grau (*second-degree murder*), que se trata de um assassinato deliberado e não premeditado. Desse modo, é pertinente a análise de que os históricos de abusos, a manipulação psicológica e o cárcere emocional de Gypsy foram muito eficazes enquanto atenuantes para o convencimento do juiz e para a realização da dosimetria da pena [15,16].

A posteriori, a ré confessou participação no homicídio de Dee Dee e realizou um acordo de confissão com a promotoria, justamente para que houvesse redução de sua pena. Assim sendo, Gypsy Rose foi condenada a 10 anos de prisão, e, destes, cumpriu aproximadamente 8 anos e 6 meses de reclusão, sendo libertada em 28 de dezembro de 2023 [20].

Ante o exposto, é inequívoco o impacto que o caso em análise trouxe à Justiça americana. Isto porque houve o apontamento de falhas gravíssimas - e duradouras - na proteção e no cuidado de menores por parte dos profissionais de saúde, do Sistema Jurídico como um todo e dos órgãos de proteção infanto-juvenis. Ademais, levantou-se o debate acerca da responsabilização criminal de uma vítima de abuso extremo que reage violentamente às crueldades sofridas, tal como ao possível abrandamento da pena a ser imputada.

Ante o exposto, verificou-se que o caso Dee Dee e Gypsy Rose Blanchard foi capaz de demonstrar, em termos práticos, de que forma a SMP pode ser vista e quais os efeitos causados aos envolvidos. Ratifica-se que foi escolhido

um caso internacional em razão da escassez de registros judicializados em território nacional, reforçando a importância da presente pesquisa.

Nesse sentido, vislumbrou-se o claro controle psicológico e emocional exercido por Dee Dee para com Gypsy Rose, além do isolamento imposto pela genitora para impedir o contato da filha com a sociedade e, consequentemente, permitir que a vítima revelasse a inexistência de quaisquer doenças ou condições. A partir disso, buscou-se encaixar o visto em teoria em um exemplo prático de SMP.

Outrossim, restou evidente a falha tanto das instituições que cuidaram de Gypsy, ao longo dos desnecessários procedimentos e tratamentos e também dos órgãos responsáveis pela proteção de crianças e adolescentes, que foram incapazes de detectar os recorrentes indícios de abuso infantil.

Em razão disto e na tentativa de obtenção de liberdade, Gypsy Rose requisitou ao seu então namorado, Nicholas Godejohn, que assassinasse Dee Dee, o que trouxe à tona debates sobre a responsabilidade criminal em vítimas submetidas a abusos sistemáticos. O sistema de justiça estadunidense levou em consideração as violências sofridas por Gypsy enquanto atenuantes na realização da dosimetria da pena, tanto que a pena de Godejohn foi exorbitantemente maior à da antiga namorada.

Por fim, compreendeu-se, através do caso, que a SMP enfrenta graves deficiências institucionais, tendo em vista que há pouca, ou nenhuma, capacitação para equipes médicas ou para órgãos de proteção de crianças ou adolescentes, a fim de que esses sejam capazes de reconhecer e denunciar sintomas sutis de violência psicológica. Destarte, esta reflexão é essencial enquanto plano de fundo para o aprendizado crítico a ser aplicado no contexto brasileiro, conforme se verifica a seguir.

4 A SMP E A PROTEÇÃO JURÍDICO-SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

No intuito de migrar suavemente àquilo que é tema deste capítulo, utilizou-se o caso exposto no capítulo anterior para meditar acerca da atuação do ordenamento jurídico e dos órgãos de proteção de crianças e adolescentes do Brasil.

Introdutoriamente, é bem sabido que crianças e adolescentes são considerados sujeitos vulneráveis porque estão em processo de socialização, ou seja, estão aprendendo valores, princípios, regras, normas e papéis sociais. Inclusive, o próprio ordenamento jurídico, embora não utilize a expressão “sujeitos vulneráveis”, segue esse entendimento ao disciplinar que crianças e adolescentes se sujeitam à condição peculiar de pessoas em desenvolvimento. Veja-se o artigo 6º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

Art. 6º Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e **a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento** [27, *grifo nosso*].

Para o sociólogo Émile Durkheim, a socialização consiste em um câmbio entre os indivíduos e o meio social, fazendo com que o sujeito seja “humanizado” em função da construção de relacionamentos e, conseqüentemente, da apreensão de conhecimento e do desenvolvimento de sentimentos [25].

Nesse sentido, é correto afirmar que crianças experienciam o processo de socialização primária, que ocorre no berço da vida: a família. É nesta primeira instituição educadora da criança que o infante passa a compreender os valores e princípios, e os comportamentos fulcrais da sociedade, tendo convívio com a linguagem e com regras elementares de convivência. Desse modo, a família tem papel de extrema importância enquanto serve como pontapé inicial para os demais processos de socialização que serão vivenciados pelo sujeito, moldando o caráter daquele que virá a ser um adulto funcional [25].

Sobre a socialização primária e sua relevância no transpasse para a socialização secundária, Silva *et al* [25] afirma o seguinte:

Crianças que recebem uma base sólida de apoio emocional, valores positivos e habilidades sociais tendem a ter uma transição mais suave e bem-sucedida para a escola, estabelecendo bases importantes para seu desenvolvimento escolar e social futuro. Essa forma de socialização é essencial, pois é a base estrutural para a socialização secundária que está ligada a ambientes mais amplos.

Nesse sentido, entende-se que a formação de uma boa base para o desenvolvimento humano na socialização primária é de extrema importância porque promove uma transição mais suave do indivíduo para a escola, além de ser um período em que as crianças recebem apoio emocional, valores e internalizam habilidades sociais rudimentares.

A socialização secundária é vivenciada por crianças e adolescentes, e, por outro lado, desenrola-se na escola, servindo de complementação à socialização primária. Desse modo, essa socialização alarga as concepções do indivíduo, auxiliando-o na construção de sua identidade social e nas habilidades requeridas para a vida adulta, tal qual fazendo-o perceber o contexto social em que está inserido [25].

Crianças e adolescentes ainda estão em processo de formação, começando a aprender o que julgam ser certo e errado, bem como quais valores e princípios irão internalizar e defender ao longo da vida. Portanto, por se tratar de seres humanos em construção, o ordenamento jurídico buscou tutelar os direitos desses indivíduos mediante proteção constitucional e de legislações específicas, que serão melhor explicitadas a posteriori. Desse modo, é inequívoco afirmar que a ocorrência da SMP nada mais é do que uma violação explícita ao positivado resguardo de infantes.

Diante desses fatos, é perceptível que a ocorrência da SMP pode ser entendida enquanto uma drástica violação à socialização primária, já que o perpetrador apresenta ao infante relatos distorcidos - normalmente dotados de opressão e violência psicológica - acerca da sua realidade, ao invés de se preocupar com a transmissibilidade de valores, princípios e de apoio emocional. Há, portanto, subversão do papel familiar enquanto agente responsável pela socialização primária.

4.1 LIÇÕES DO CASO GYPSY ROSE E DEE DEE BLANCHARD

Embora inserido em contexto internacional, o caso que fundamenta o segundo capítulo oferece importantes subsídios para que sejam analisados tanto o funcionamento de redes de proteção de crianças e adolescentes no Brasil quanto a viabilidade da correção de fragilidades no Sistema Judiciário do Brasil.

Relembre-se que a essência do caso Gypsy Rose e Dee Dee Blanchard consiste no fato de que a perpetradora fez a vítima acreditar ser portadora de doenças e condições por toda a vida, permitindo exames e intervenções cirúrgicas desnecessárias. A partir da descoberta de que as enfermidades eram forjadas por Dee Dee - sintoma incontestado da SMP -, Gypsy enxergou o assassinato da mãe enquanto uma forma de conquistar a liberdade [15, 16].

Ocorre que, inobstante a existência de uma rede de proteção a crianças e adolescentes em território americano - dentro da qual existem o Conselho Tutelar, a polícia, os ambientes médicos e hospitalares, entre outros -, ela foi incapaz de identificar e denunciar indícios da disfuncional relação mãe-filha e dos comportamentos incongruentes e manipulativos da genitora. Note-se, ainda, que havia uma crença inquestionável das narrativas e dos históricos médicos apresentados por Dee Dee, sem que Gypsy fosse não só ouvida, mas que a ela fosse concedida voz ativa enquanto sujeito de direitos [15, 16].

Depois do assassinato de Dee Dee Blanchard e da judicialização deste caso, o crime virou alvo de debates e visibilidade, tomando proporção mundial. Por consequência, as histórias de abusos, violências e mentiras vivenciadas por Gypsy Rose também experienciaram grande repercussão, levando à discussão, principalmente nos Estados Unidos, da prevenção e do diagnóstico precoce da SMP.

4.2 A SMP DIANTE DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Diante de exaustiva análise da Constituição Federal, do ECA e do Código Penal (CP), é possível observar a inexistência de norma que tipifique - ou seja, que seja específica para o caso concreto - o cometimento de abusos e violências praticadas por pessoa portadora de SMP.

Apontada a carência de dispositivos típicos para a SMP e para melhor compreensão dessa temática dentro do ordenamento jurídico brasileiro, trabalhou-se com normas análogas, quais sejam, aquelas que podem ser aplicadas pelo

conteúdo semelhante, sendo capazes de abarcar situação não expressamente regulada por lei.

Nessa lógica, a proteção dos direitos de crianças e adolescentes, em uma perspectiva macro, é tutelada pelo artigo 227 da Constituição Federal de 1988 [26].
Veja-se:

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

Com base no dispositivo supra, é patente a prioridade absoluta na proteção integral de crianças e adolescentes, seja em ambiente domiciliar, seja em ambiente escolar, seja na sociedade como um todo. Dessa forma, depreende-se que é dever constitucional de todos a preocupação com a segurança de infantes, buscando a garantia de uma infância e adolescência digna e saudável.

Já em análise ao CP, é possível constatar a existência de artigos que podem ser enquadrados às vítimas de crimes cometidos por sujeitos portadores da SMP, cujos atos podem ser [28]: lesão corporal (art. 129, *caput*, CP), periclitacão (art. 132, *caput*, CP), abandono de incapaz (art. 133, *caput*, CP), omissão de socorro (art. 135, *caput*, CP) e maus-tratos (art. 136, *caput*, CP).

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: [...]

Art. 132 - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente: [...]

Art. 133 - Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono: [...]

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: [...]

Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Partindo para uma análise mais específica, o ECA, promulgado em 1990, permitiu que infantes fossem percebidos enquanto sujeitos de direitos, oferecendo a eles proteção jurídica integral. Nessa lógica, vejamos o que preceitua, em termos introdutórios, o ECA [27].

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.
 Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Assim sendo, verifica-se que, aos olhos do Sistema Jurídico do Brasil, crianças são indivíduos que têm até doze anos de idade e que adolescentes são aqueles que têm entre doze e dezoito anos de idade.

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. [...]
 Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. [...]
 Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor [27].

Ademais, é irrefutável que é concedida, por parte do ordenamento jurídico brasileiro, proteção integral aos infantes, impondo à sociedade a obrigação de zelar desmedidamente pela vida, saúde, lazer e dignidade deles.

Adentrando o mérito da violência e abusos praticados contra crianças e adolescentes, é possível constatar que, muito embora o ECA adote uma postura de complementaridade ao CP na medida que assume uma dimensão mais protetiva e garantista, existem artigos daquele que abrangem responsabilizações frente a situações de agressão aos infantes - seja física ou psicológica.

Art. 13. Os **casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar** da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.[...]
 Art. 98. **As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos** reconhecidos nesta Lei **forem ameaçados ou violados:** [...]
 Art. 232. **Submeter criança ou adolescente** sob sua autoridade, guarda ou vigilância **a vexame ou a constrangimento:**
 Pena - detenção de seis meses a dois anos [27, *grifo nosso*].

Constata-se, portanto, que as sanções previstas pelo ECA a serem aplicadas aos genitores ou responsáveis, em caso de violência infantojuvenil, vão desde o encaminhamento da circunstância ao Conselho Tutelar até a reclusão.

Refletindo acerca destes dispositivos legais à luz da SMP, constata-se que a SMP é delimitada indiretamente mediante tipos penais mais abrangentes, como lesão corporal, maus-tratos, abandono de incapaz ou exposição da vida ou saúde a perigo - inobstante possa haver a resolução através de interpretações analógicas ou de aplicação da hermenêutica jurídica pelos operadores do direito. Dessarte, a existência dessa lacuna jurídica valida o entendimento da invisibilidade do fenômeno da SMP no Sistema Jurídico do Brasil.

4.3 ATUAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO INFANTOJUVENIL

Outra questão essencial para a plena compreensão da temática aqui abordada é a atuação dos órgãos de proteção de crianças e adolescentes, dentre os quais estão o Conselho Tutelar, o Ministério Público (MP) e as equipes multidisciplinares.

As atribuições referentes ao Conselho Tutelar são manifestamente positivadas no ECA, em seu artigo 136. Para fins de melhor compreensão, separou-se o dispositivo legal em blocos de incisos que serão, ato contínuo, devidamente explicados. Analise-se:

Art. 136. **São atribuições do Conselho Tutelar:**

I - **atender as crianças e adolescentes** nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;

II - **atender e aconselhar os pais ou responsável**, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;

III - **promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:**

a) **requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;**

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

IV - **encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;** [27, *grifo nosso*].

Mediante o recorte supra, vê-se que o Conselho Tutelar apresenta caráter duplo na medida em que atende crianças e adolescentes e, concomitantemente, aconselha os pais ou responsáveis. Esse órgão pode, ainda, requisitar serviços públicos essenciais e acionar a autoridade judiciária para informar possíveis descumprimentos. O Conselho Tutelar, portanto, atua orientando e garantindo a efetividade dos direitos infantojuvenis.

[...] XII - **promover e incentivar**, na comunidade e nos grupos profissionais, **ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes**.

XIII - **adotar**, na esfera de sua competência, **ações articuladas e efetivas direcionadas à identificação da agressão, à agilidade no atendimento da criança e do adolescente vítima de violência doméstica e familiar e à responsabilização do agressor**;

XIV - **atender à criança e ao adolescente vítima ou testemunha de violência doméstica e familiar, ou submetido a tratamento cruel ou degradante** ou a formas violentas de educação, correção ou disciplina, a seus familiares e a testemunhas, de forma a prover orientação e aconselhamento acerca de seus direitos e dos encaminhamentos necessários; [27, *grifo nosso*].

Os incisos XII a XIV do ECA apresentam as funções preventivas e protetivas do Conselho Tutelar. Consta-se, dessa forma, que, em teoria, o Conselho Tutelar tem por função a promoção de capacitações de identificação de maus-tratos direcionadas aos profissionais da área e à sociedade. Em circunstâncias em que a violência está instaurada, é incumbência do Conselho agir rápida e integradamente a outros setores, protegendo as vítimas de modo humanizado.

[...] XV - **representar à autoridade judicial ou policial para requerer o afastamento do agressor do lar, do domicílio ou do local de convivência com a vítima** nos casos de violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente;

XVI - **representar à autoridade judicial para requerer a concessão de medida protetiva de urgência à criança ou ao adolescente vítima** ou testemunha de violência doméstica e familiar, bem como a revisão daquelas já concedidas; [...]

XIX - **receber e encaminhar**, quando for o caso, as **informações** reveladas por noticiantes ou denunciante **relativas à prática de violência, ao uso de tratamento cruel ou degradante** ou de formas violentas de educação, correção ou disciplina contra a criança e o adolescente; [27, *grifo nosso*].

Percebe-se, com base no acima posto, que o Conselho Tutelar é composto por duas dimensões de atribuições: a protetiva e a reativa. Sendo assim, o Conselho pode acionar, de forma direta, o Sistema Judiciário ou as autoridades policiais, solicitando o distanciamento do perpetrador e a autorização das medidas protetivas adequadas. Cabe a esse órgão, ainda, o recebimento e encaminhamento de denúncias referentes a situações de violência, visando o rompimento de ciclos de agressão e a preservação da integridade física de crianças e adolescentes.

Em síntese, o Conselho Tutelar tem por finalidade: atender crianças e adolescentes, bem como atender e aconselhar genitores ou responsáveis; adotar ações que tenham como fim a identificação da agressão, a agilidade no atendimento da criança e do adolescente vítima de violência doméstica e familiar e a responsabilização do agressor; promover e incentivar ações que divulguem sintomas de maus-tratos e violência em infantes; solicitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança para crianças e adolescentes; encaminhar ao MP fatos que julgam ser de interesse coletivo.

Quanto às funcionalidades do MP no âmbito do ECA, este as disciplina no artigo 201.

Art. 201. Compete ao Ministério Público: [...]

III - **promover e acompanhar as ações** de alimentos e os procedimentos **de suspensão e destituição do pátrio poder familiar, nomeação e remoção de tutores, curadores e guardiães**, bem como oficiar em todos os demais procedimentos da competência da Justiça da Infância e da Juventude [...]

V - **promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos interesses** individuais, difusos ou coletivos **relativos à infância e à adolescência**, inclusive os definidos no art. 220, § 3º inciso II, da Constituição Federal; [...]

VII - instaurar sindicâncias, **requisitar diligências investigatórias e determinar a instauração de inquérito policial, para apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção à infância e à juventude**; [27, *grifo nosso*].

Infere-se, assim, que são funções do MP na esfera da proteção dos direitos de crianças e adolescentes: promover e acompanhar as ações de suspensão e destituição do poder familiar, assim como a nomeação e remoção de tutores, curadores e guardiães; promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos interesses relativos à infância e à adolescência; requisitar diligências investigatórias e determinar a instauração de inquérito policial, para apuração de infrações às normas de proteção à infância e à juventude.

Em relação à operação das equipes multidisciplinares, se, por um lado, o artigo 150 do ECA afirma que é dever do Poder Judiciário prever recursos para a conservação da equipe interdisciplinar, por outro, o artigo 151 do ECA versa acerca das suas funções, indicando a sua existência enquanto instrumento de apoio técnico ao Judiciário. Analise-se:

Art. 150. **Cabe ao Poder Judiciário**, na elaboração de sua proposta orçamentária, **prever recursos para manutenção de equipe**

interprofissional, destinada a assessorar a Justiça da Infância e da Juventude.

Art. 151. Compete à equipe interprofissional dentre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito, mediante laudos, ou verbalmente, na audiência, e bem assim desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação, encaminhamento, prevenção e outros, tudo sob a imediata subordinação à autoridade judiciária, assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico. [27, grifo nosso].

Em vista disso, percebe-se que é incumbência das equipes multidisciplinares o fornecimento de laudos, o desenvolvimento trabalhos de aconselhamento, de orientação, de encaminhamento e de prevenção aos maus-tratos e a violências em crianças e adolescentes.

Cabe pontuar, antes de prosseguir, que as equipes intersetoriais são componentes do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi instituído através da Lei nº 8.080/90 e complementado através de dispositivo constitucional. Observe-se o que preceitua a CF:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. [26, grifo nosso].

Em análise exclusiva ao previsto na Lei nº 8.088/90, nota-se que um dos objetivos do SUS é, parafraseando o seu artigo 5º, inciso III, a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas [29].

Outrossim, a lei que regulamenta o SUS é direta ao afirmar que há uma universalidade de acesso aos serviços de saúde e que, nesses serviços, deve haver integralidade à assistência conferida. Em outras palavras, dizer que há complementaridade entre os setores é afirmar que se trata de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema [29].

Para coroar o entendimento de que crianças e adolescentes vítimas de quaisquer tipos de abusos e violências recebem atendimento do SUS através de suas equipes intersetoriais, o artigo 7º, inciso XV, da Lei nº 8.080, positiva que é seu dever a “proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes” [29].

Passando a examinar objetivamente os dispositivos que positivam as funções dos órgãos de proteção a infantes, não é impossível ter a compreensão otimista de que não existem lacunas que permitam quaisquer tipos de violência em crianças e adolescentes. Ocorre que, em análise empírica, é bem sabido que a atuação dos órgãos supracitados não ocorre nos exatos termos estabelecidos pelo ordenamento jurídico.

A começar pelo Conselho Tutelar, este, muitas das vezes, não consegue conceder o devido atendimento a todos os casos de violência e maus-tratos denunciados ou, quando consegue, não o faz de forma célere. À vista disso, esse órgão apenas costuma agir quando a violência já está consolidada, impedindo a análise de ações e realização de capacitações preventivas, eis que isso não está no cotidiano de sua atuação - muito embora o ECA preveja a divulgação e treinamento para o reconhecimento de maus-tratos. Ademais, não é incomum a carência do número adequado de conselheiros, transporte e equipe de apoio, os quais são responsáveis por permitir o desempenho apropriado do Conselho Tutelar.

No que concerne ao MP, em razão de um Judiciário afogado em um número exorbitante de processos, este órgão constantemente se depara com a morosidade presente tanto na propositura de ações judiciais que buscam responsabilizar agressores ou proteger infantes em perigo, quanto no próprio decorrer do processo e da consequente prolação de sentença. Outro ponto relevante é que nem sempre os promotores de Varas da Infância e Juventude, antes de assumir o cargo, passam por formações específicas nessa área, o que pode comprometer a análise e identificação de casos mais complexos, a exemplo daqueles que têm, no polo passivo, um sujeito portador da SMP. Em razão disso, há uma baixa visibilidade em temas pouco conhecidos, priorizando ações e políticas públicas que visem violências incontestes.

As equipes intersetoriais (componentes do SUS), do mesmo modo que o Judiciário, experienciam sobrecarga de trabalho ininterrupta - já que atendem diversas áreas, como família, criminal, entre outras -, o que resulta no atraso ou mesmo inviabilidade de análises mais aprofundadas dos casos. Por conseguinte e em desacordo com a urgência das situações de violência infantil, há um retardo na emissão de relatórios e laudos, o que permite o adiamento de situações de agressão vivenciadas por infantes. E, do mesmo modo que o MP, não existem especializações para casos ou transtornos mais raros - como a SMP -, bem como para circunstâncias em que abusos e agressões ocorrem de maneira velada.

Logo, é seguro afirmar que existem lacunas e desafios intrínsecos aos órgãos de proteção a crianças e adolescentes para a identificação, tratamento e prevenção da SMP. Isto porque, além da baixa visibilidade concedida a situações e síndromes mais raras, não há uma capacitação destas temáticas aos profissionais da área; há um distanciamento entre o que é previsto no ECA e o que, de fato, ocorre no cotidiano das instituições responsáveis; há um atraso natural para o ajuizamento e prolação de sentença em decorrência sobrecarga laboral; e há, naturalmente, a dificuldade de enxergar a criança enquanto um sujeito detentor de voz ativa.

À vista do exposto, tem-se que a SMP revela a forma que agressões destinadas ao público infantojuvenil são capazes de ficar às margens da atenção institucional, na medida em existem situações que não apresentam procedimentos de investigação e diagnósticos adequados. Reitera-se, assim, a necessidade de capacitações aos agentes responsáveis por casos de violência infantil, bem como a gênese de procedimentos, nacionalmente, que discutam, especificamente, a síndrome em estudo.

4.4 PROPOSTAS DE FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL

Pontuadas as falhas de atuação dos órgãos de proteção infantojuvenis, é inexorável a propositura de ações capazes de, se não cessar, minimizar o desamparo legal e institucional aos portadores e vítimas da SMP.

De modo mais brando, faz-se imprescindível a realização de capacitações rotineiras de profissionais do Conselho Tutelar, do MP e das equipes

multidisciplinares, visando formações específicas para a identificação de transtornos factícios e violências veladas, bem como treinamentos destinados à escuta qualificada da criança. Feito isto, haverá maior visibilidade da SMP e, conseqüentemente, maior judicialização e proteção de infantes contra abusos.

Quanto ao Conselho Tutelar, é necessário que haja um reforço estrutural e logístico, com a finalidade de aumentar o número de conselheiros e da equipe de apoio, de modo a tornar o atendimento deste órgão mais célere e efetivo. Nesse sentido, com a existência de um Conselho fortalecido, será possível a realização de ações preventivas - e não apenas a atuação contra agressões já instauradas - contra a violência de crianças e adolescentes, permitindo, inclusive, a realização de oficinas regulares destinadas à sociedade.

No que tange ao MP, é notório que deve haver uma especialização destinada aos promotores que atuam em Varas da Infância e Juventude, a fim de que eles estejam cada vez mais capacitados para identificar transtornos e síndromes de pouca visibilidade, como a SMP. Além disso, é necessário que estes operadores do direito valorizem a criança enquanto sujeito de direito, promovendo escuta ativa durante a investigação. Isto sendo feito, tais profissionais serão capazes de conceder o devido encaminhamento e responsabilização - juridicamente embasada - às vítimas e aos portadores da SMP. Além disso, faz-se importante o aperfeiçoamento legislativo e normativo, criando mecanismos de responsabilização aptos a abarcar especificamente a SMP.

Em relação às equipes interdisciplinares, recomenda-se o seu fortalecimento através da contratação de um número suficiente de profissionais, bem como realização de capacitações contínuas, a fim de que seja possível abarcar os casos de SMP com a devida diligência e zelo. Ainda através de equipes multidisciplinares, é imprescindível a realização de campanhas, em seus respectivos setores de atuação, acerca da conscientização sobre a SMP e outras violências veladas, objetivando a participação da sociedade na detecção precoce de síndromes e transtornos tidos como raros.

Ademais, propõe-se uma maior integração entre o SUS, Conselho Tutelar e Poder Judiciário, a fim de que haja a criação de canais eficientes de comunicação, informação e instauração de protocolos. Aconselha-se, nesse sentido, a criação de procedimentos nacionais de diagnóstico e atuação em suspeita da configuração da

SMP, o que deve ser desenvolvido e implementado por profissionais de variadas áreas e setores.

Em face do exposto, tem-se que, em razão da socialização primária se ancorar no seio familiar, esta instituição retrata a base do desenvolvimento ético, social e emocional de crianças, sendo indispensável à formação de adultos funcionais e socialmente integrados. Nesse sentido, violências advindas de portadores da SMP acabam por subverter o papel da família, eis que esta se torna um espaço de vulnerabilidade infantojuvenil, no qual não há a formação adequada dos indivíduos.

Ademais, observa-se que, inobstante o ordenamento jurídico brasileiro reconheça a condição peculiar de crianças e adolescentes enquanto sujeitos em desenvolvimento e estabeleça mecanismos de proteção integral a eles, não há tipificação penal específica para a SMP e não há atuação plena e devidamente integrada dos órgãos responsáveis pela proteção infantojuvenil. Nesse sentido, as responsabilidades do Conselho Tutelar, do MP e das equipes multidisciplinares - apesar de terem previsão legal expressa e detalhada - se deparam com barreiras estruturais e operacionais que afetam a atuação completa de tais órgãos, o que, inevitavelmente, dificulta a prevenção e o atendimento célere à violência de crianças e adolescentes.

Assim sendo, a análise ao caso Gypsy Rose e Dee Dee Blanchard surge enquanto uma demonstração da importância do fortalecimento de redes de proteção infantojuvenis, assim como da escuta ativa e qualificada das vítimas da SMP e da demanda de medidas interdisciplinares que visem identificação e intervenção, pelas autoridades competentes, em circunstâncias que apresentem violências veladas a crianças e adolescentes. Concluiu-se, portanto, que perseveram lacunas práticas entre o previsto pelo ordenamento jurídico e o que, de fato, ocorre nas realidades das instituições de proteção de crianças e adolescentes, a exemplo da ausência de capacitação, sobrecarga laboral e carência de visibilidade a síndromes e transtornos raros.

Desse modo, é evidente que o enfrentamento eficaz à SMP vincula-se à implementação de políticas públicas integralizadas, à capacitação rotineira dos profissionais competentes, ao fortalecimento das instituições responsáveis, à criação

de protocolos nacionais precisos e ao envolvimento ativo da comunidade na proteção de crianças e adolescentes.

Por fim, defende-se que, para a garantia de uma infância protegida, é preciso de um arcabouço jurídico inabalável e de redes de apoio devidamente capacitadas, integradas e humanizadas, as quais devem ser capazes de responder, de modo célere e sensível, às múltiplas formas de vulnerabilidade do público infantojuvenil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, foi possível verificar que a SMP carece de discussões e visibilidade acadêmico-jurídica, o que se demonstrou também pela escassez de doutrinas e artigos científicos que versem acerca dessa síndrome e da sua relação com o Sistema Jurídico do Brasil. Isto pode ser ratificado, ainda, pelo fato de não se ter logrado êxito na localização de um processo nacional que abrangesse, em alguma dimensão, a SMP.

Outrossim, compreendeu-se que a SMP é um transtorno factício em que o perpetrador deliberadamente fabrica sintomas em um terceiro - aqui sendo analisadas crianças e adolescentes enquanto vítimas - a fim de atrair atenção predominantemente médica, embora também vise a sociedade. Observou-se, juntamente, que os portadores da SMP são comumente adultos que experienciaram situações traumáticas na infância.

Como acima posto, a SMP consiste em um transtorno factício, ou seja, é vislumbrada quando o agente propositalmente forja sintomas físicos e psicológicos em outro em busca de reconhecimento, ao passo que tal dissimulação seja pobre tanto em criticidade quanto na cognição dos próprios atos.

Por se tratar de uma síndrome pouco conhecida, é costumeiro que a SMP seja confundida com a Hipocondria ou com a TPA. Todavia, é importante que se tenham as suas principais características em mente, a fim de que não haja confusões conceituais e, por conseguinte, confusões práticas. Nesse sentido, a SMP apresenta atuação deliberada, apesar de pouco crítica; atinge um terceiro vulnerável, que habitualmente é um filho ou alguém dependente; pode exibir aparência de empatia, bem como simulação de zelo; a conduta pode ser repetida ao longo do tempo, principalmente em contextos clínicos; busca-se, intencionalmente, contato com ambientes médicos através da simulação em outrem.

Investigando aspectos sociológicos que fundamentam a SMP, entendeu-se que, quando há a constatação dessa síndrome, o papel da família enquanto instituição de socialização primária é subvertido, eis que se torna um ambiente que não fornece as estruturas necessárias de proteção e de aquisição de habilidades sociais.

Ao longo do estudo sobre a postura do ordenamento jurídico frente à proteção de crianças e adolescentes, constatou-se a existência de lacunas jurídicas na medida em que não há tipificação penal específica para a SMP. Para a solução de casos concretos, é necessário, portanto, que haja a aplicação da hermenêutica jurídica e de analogias, o que acaba por não considerar todos os aspectos sensíveis que rodeiam a síndrome em análise.

Examinando a atuação das instituições responsáveis pela proteção de crianças e adolescentes, depreendeu-se que há - além da baixa ou nenhuma capacitação de profissionais competentes acerca de síndromes e transtornos mais raros, como a SMP - sobrecarga laboral em razão de uma equipe pequena se comparada ao volume de casos de violência infantojuvenil, ausência de protocolos nacionais para o combate a violências veladas a crianças e adolescentes e dificuldade de aplicação prática de escuta ativa das vítimas.

Dessa forma, vê-se a emergente necessidade de implementação de políticas públicas integradas com o fito de que haja uma integração coordenada e harmônica entre as atuações do SUS, do Conselho Tutelar, do MP e do Poder Judiciário. Esta medida visa tanto a realização de ações preventivas quanto o melhor atendimento de vítimas de violência na infância. Nessa lógica, é importante que sejam executadas capacitações rotineiras aos profissionais competentes, campanhas de conscientização e a contratação de agentes capacitados a fim de conceder um esforço estrutural e procedimental aos órgãos de proteção.

Em face do exposto, é factível demonstrar que o objetivo geral do presente trabalho foi atendido, vez que se foram demonstrados e reconhecidos os desafios jurídicos e institucionais enfrentados pela SMP na proteção de crianças e adolescentes do Brasil. Ademais, conforme prevêm os objetivos específicos desta Monografia, foi conceituada a SMP, diferenciando-a de condições aparentemente correlatas; foi examinado o caso Gypsy Rose e Dee Dee Blanchard; foi discutido o enquadramento da SMP no Sistema Jurídico do Brasil; e foram propostos parâmetros de fortalecimento jurídico-institucional para o enfrentamento da síndrome em estudo no Brasil.

É manifesta, portanto, a relevância acadêmica e social do presente estudo, o qual é capaz de contribuir para o até então escasso debate jurídico,

psicológico e social acerca da SMP e dos seus efeitos no âmbito do Direito, buscando incentivar novas pesquisas.

Por fim, a pesquisadora sugere, para pesquisas futuras, a realização de investigações da SMP em contextos outros nacionais, a sua relação com a alienação parental e o aprofundamento do estudo da síndrome em análise em outras especialidades.

REFERÊNCIAS

- 1 - SOARES, Júlia Maria Branco; FAGUNDES, Dennys Lapenda; HORTA, Wagner Gonçalves; LIMA, Romario Yanes De Carvalho; CARVALHO, Mariana De Souza; BARROS, Hevellyn Victoria Dos Santos; BERNARDINO, Amanda de Oliveira. Síndrome de Munchausen e Síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 6, ed. 2, p. 7149-7157, 10 abr. 2023. Acesso em: 23 jun. 2025.

- 2 - SILVA, Altamy; NEVES, Luciana. SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: ESTUDO INTRODUTÓRIO NA PERCEPÇÃO JURÍDICA. **Revista Vox Metropolitana**, [s. l.], ed. 3, 10 ago. 2020. DOI 10.48097/2674-8673.2020n3p10. Disponível em: http://revistavox.metropolitana.edu.br/wp-content/uploads/2020/08/10_OK.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

- 3 - FERREIRA, Giovanna Carolina Cargnin; SCHLEY, Rúbia Guimarães; MÄDER, Bruno Jardini. Síndrome de Munchausen por Procuração: Uma Revisão de Escopo. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, [s. l.], v. 13, ed. 1, p. 15-28, 2024. DOI 10.55388/psicofae.v13n1.431. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/431..> Acesso em: 23 jun. 2025.

- 4 - GONÇALVES, Izabela Machado; PIMENTEL, Tiago De Castro; MOURA, Rafaela Salomão; SIQUEIRA, Bianca Da Rocha; PIMENTEL, Felipe De Castro; FERREIRA, Victor Lucas; GONÇALVES, Sebastião Jorge Da Cunha. O transtorno factício das síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por Procuração: uma revisão narrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 13, ed. 11, p. e9072, 22 nov. 2021. DOI 10.25248/reas.e9072.2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9072..> Acesso em: 25 jun. 2025.

- 5 - LOPES, E.; ANASTÁCIO, Z. Síndrome de Munchausen por Procuração: Uma Revisão Narrativa sobre a Figura Perpetradora. **INFAD Revista de Psicologia**, v. 1, n. 0214-9877, p. 93–100, 22 abr. 2022. Acesso em: 25 jun. 2025.

- 6 - ALBUQUERQUE, Flávia Michelle Pereira. **Políticas públicas de saúde mental como promotoras de cidadania e (re)inserção social: um novo lugar para ser feliz?**. [S. l.]: Editora UFFS, 2022. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kpp66..> Acesso em: 26 jun. 2025.

- 7 - MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. [S. l.]: Artmed, 2021. ISBN 978-85-8271-088-3.. Acesso em: 26 jun. 2025.

- 8 - Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-11**. 1. ed. Genebra: WHO, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#334423054>. Acesso em: 26 jun. 2025.

- 9 - **Ricerca per Síndrome - Treccani - Treccani**. Disponível em: <<https://www.treccani.it/enciclopedia/ricerca/Sindrome/?search=Sindrome>>. Acesso em: 26 jun. 2025.
- 10 - ARANHA, Gustavo Fábio; CARVALHO, Luiza Zonzini Máximo De; GUARNIERO, Francisco Bevilacqua; SOARES, Simone M. De D. Rita. Transtorno factício: um desafio para as diversas especialidades. **Revista de Medicina**, [s. l.], v. 86, ed. 1, p. 14-19, 26 mar. 2007. DOI 10.11606/issn.1679-9836.v86i1p14-19. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59168>.. Acesso em: 27 jun. 2025.
- 11 - AAMARAL, Bruna Vaz Do; NETTO, Carmine Martuscello. OS DESAFIOS DE DIAGNOSTICAR E TRATAR CORRETAMENTE OS PACIENTES COM TRANSTORNO FACTÍCIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, ed. 5, p. 643-652, 31 maio 2022. DOI 10.51891/rease.v8i5.5359. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5359>.. Acesso em: 27 jun. 2025.
- 12 - Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-11**. 1. ed. Genebra: WHO, 2019. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#675329566>>. Acesso em: 27 jun. 2025.
- 13 - MORANA, Hilda C P; STONE, Michael H; ELIAS, Abdalla-Filho. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 28, p. s74-s79, 10 out. 2006. DOI 10.1590/S1516-44462006000600005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 set. 2025.. Acesso em: 27 jun. 2025.
- 14 - Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-11**. 1. ed. Genebra: WHO, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#941859884>. Acesso em: 27 jun. 2025.
- 15 - MAMÃE Morta e querida. Direção: Erin Lee Carr. Produção: Andrew Rossi. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <https://play.hbomax.com/movie/87b41129-1e1e-41ff-b32c-926711b94311>. Acesso em: 30 jun. 2025.
- 16 - TART, J. **Gypsy Rose Blanchard Biography: The Truth Behind the Tragic Tale of Abuse and Healing - The Heartbreaking Journey of Justice and Recovery**. [s.l: s.n.]. p. 1–94. Acesso em 3 jul. 2025.
- 17 - FIGUEIREDO, P. **Gypsy Rose Blanchard: Entenda o caso de abuso e assassinato**. Disponível em: <https://rollingstone.com.br/noticia/gypsy-rose-blanchard-entenda-o-caso-de-abuso-e-assassinato/>. Acesso em 4 jul. 2025.

18 - BASTOS, N. **Gypsy Rose Blanchard é solta após 7 anos de prisão por assassinato da mãe.** Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/entretenimento/gypsy-rose-blanchard-e-solta-apos-7-anos-de-prisao-por-assassinato-da-mae/>. Acesso em: 4 jul. 2025.

19 - WAGMEISTER, E.; KAUR, H. **Gypsy Rose diz que ainda sofreria abusos se a mãe estivesse viva.** Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/entretenimento/gypsy-rose-diz-que-ainda-sofreria-abusos-se-a-mae-estivesse-viva/>. Acesso em: 4 jul. 2025.

20 - CARNEIRO, A. C. **Como está Gypsy Rose, a menina que inspirou a série “The Act”.** Disponível em: <https://ric.com.br/entretenimento/filmes-e-series/como-esta-gypsy-rose-a-menina-que-inspirou-a-serie-the-act/>. Acesso em: 4 jul. 2025.

21 - CSISZAR, G. **O que é a Commonwealth?** Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/o-que-e-a-commonwealth/>. Acesso em: 6 jul. 2025.

22 - REALE, Miguel. **Lições Preliminares de Direito**, 27ª edição. São Paulo: Saraiva, . Ebook. ISBN 9788502136847. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502136847>. Acesso em: 8 jul. 2025.

23 - JR., Tércio Sampaio Ferraz. **Introdução ao Estudo do Direito: Técnica, Decisão, Dominação.** Rio de Janeiro: Atlas, 2023. Ebook. ISBN 9786559773763. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559773763>. Acesso em: 8 jul. 2025.

24 - FONSECA, Franciele Fagundes; SENA, Ramony Kris R.; SANTOS, Rocky Lane A. Dos; DIAS, Orlene Veloso; COSTA, Simone de Melo. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, [s. l.], v. 31, ed. 2, p. 258-264, 2013. DOI 10.1590/S0103-05822013000200019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200019&lng=pt&tlng=pt.. Acesso em: 8 jul. 2025.

25 - SILVA, Edna de Loudes; PRADO, Diana Aparecida; TONIN, Laís Bueno. O DESENVOLVIMENTO DA SOCIALIZAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA NA PERSPECTIVA DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL. **Revista Scientia Alpha**, [S. l.], p. 1-15, 24 set. 2024. Disponível em: <https://revista.alfaumarama.edu.br/index.php/rsa/article/view/103>. Acesso em: 10 jul. 2025.

26 - BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República,. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jul. 2025.

27 - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [S. l.], 13 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 jul. 2025.

28 - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. 7 dez. 1940. Acesso em: 10 ago. 2025.

29 - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 8.080, de 19 de julho de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 jul. 1990. Acesso em: 12 de ago. 2025.

30 - ARAÚJO, Saulo de Freitas. Wilhelm Wundt e a fundação do primeiro centro internacional de formação de psicólogos. **PePsic - Periódicos de Psicologia**, [S. l.], v. 17, p. 1-8, 1 jun. 2010. Acesso em: 3 de set. 2025.