

OS DESAFIOS DE DIAGNOSTICAR E TRATAR CORRETAMENTE OS PACIENTES COM TRANSTORNO FACTÍCIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THE CHALLENGES OF CORRECTLY DIAGNOSING AND TREATING PATIENTS WITH FACTITIOUS DISORDER: A LITERATURE REVIEW

Bruna Vaz do Amaral¹
Carmine Martuscello Netto²

RESUMO: O transtorno factício consiste na apresentação de sinais e sintomas clínicos simulados por paciente que encontra conforto psicológico em assumir o papel de enfermo sem vislumbrar ganhos secundários por tal condição. Dada a variedade de sinais e sintomas, que podem ser simulados, físicos e psicológicos, além da subjetividade dos mesmos, a incidência e prevalência deste transtorno são desconhecidas, e o diagnóstico e manejo desta condição consistem em verdadeiros desafios para as equipes de saúde, sendo que quando realizados de maneira errônea representam um aumento na morbimortalidade dos casos. Esta revisão de literatura visa evidenciar a dificuldade diagnóstica que o transtorno factício impõe, por sua própria natureza, e a importância da discussão acerca dessa patologia entre os profissionais de saúde, de modo a permitir um maior número de condutas acertadas e a consequente diminuição da morbimortalidade desses pacientes.

Palavras-chave: Transtorno factício. Transtornos somatoformes. Síndrome de Munchausen.

ABSTRACT: Factitious disorder consists in the presentation of clinical signs and symptoms simulated by a patient who finds psychological comfort in assuming the role of a sick person without seeing any secondary gains from such condition. Given the variety of signs and symptoms, which can be simulated, physical and psychological, in addition to their subjectivity, the incidence and prevalence of this disorder are unknown, and the diagnosis and management of this condition are real challenges for health teams, being that when performed incorrectly they represent an increase in the morbidity and mortality of cases. This literature review aims to highlights the diagnostic difficulty that factitious disorder imposes, by its very nature, and the importance of the discussion about this pathology among health professionals, in order to allow a greater number of correct conducts and the consequent decrease in the morbidity and mortality of these patients.

Keywords: Factitious disorder. Somatoform disorders. Munchausen syndrome.

¹ Discente do Curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: E-mail: brunaamaral28o@gmail.com.

² Docente da Curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

O transtorno factício, também chamado de síndrome de Munchausen, refere-se à simulação deliberada de sintomas físicos ou psicológicos por um indivíduo para assumir o papel de doente, condição descrita pela primeira vez em 1951 pelo médico inglês Richard Asher¹. A motivação primária é apenas receber cuidados médicos e participar do sistema de saúde, diferenciando-se de simulação, na qual os sintomas também são falsamente relatados, entretanto, a motivação na simulação são incentivos externos, como evitar responsabilidade, obter compensação financeira ou obter substâncias. Existe uma variação da doença que recebe o nome de transtorno factício imposto a outro (anteriormente denominado transtorno factício por procuração), na qual uma pessoa apresenta a outra como doente, com mais frequência mãe e filho². Os pacientes com esses transtornos simulam, induzem ou agravam a doença para receber atenção médica, independentemente de estarem ou não doentes. Por conseguinte, podem infligir lesões dolorosas, deformantes ou até mesmo com perigo de morte a si mesmos, a seus filhos ou a outros dependentes, como hipocalemia pelo consumo excessivo de laxativos³, úlcera estomacal pelo uso de altas dosagens de antiinflamatórios⁴, ou pseudoparaplegia pela presença de agulhas encravadas na coluna lombar, colocadas pelo próprio enfermo⁵.

Os transtornos factícios podem provocar morbidade significativa ou até mesmo mortalidade, portanto, mesmo que as queixas apresentadas sejam falsas, as necessidades clínicas e psiquiátricas desses indivíduos devem ser levadas a sério. Não existem estudos robustos sobre a prevalência destes transtornos, no entanto, no Compêndio de Psiquiatria estima-se que seja de aproximadamente 0,8 a 1% dos pacientes que buscam auxílio psiquiátrico, sendo que muitas dessas pessoas acabam recebendo diagnósticos comórbidos (por exemplo, transtornos do humor, da personalidade ou relacionados ao uso de substâncias) ². A patologia também implica em elevados custos para o sistema de saúde, uma vez que esses pacientes costumam migrar entre os serviços do mesmo. Esta elevação de custos é ocasionada majoritariamente devido a execução de exames e procedimentos dispensáveis e inconcludentes, tratamento de diagnósticos equivocados que podem manifestar-se ao longo do período de relação com essa população, permanência prolongada em acompanhamento profissional devido à ausência de um

diagnóstico real e desenvolvimento rápido de “complicações” em pacientes em que se tem início a investigação, entretanto não há hipótese diagnóstica confirmada⁶.

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma revisão de literatura acerca do transtorno factício e do transtorno factício imposto a outro, além de realizar uma discussão sobre as dificuldades de diagnóstico, tratamento, e acompanhamento dos pacientes com tal transtorno baseado no que a literatura acadêmica evidencia do mesmo.

METODOLOGIA

Foram realizadas buscas de artigos nas plataformas Scielo, PubMed, LILACS e Google Acadêmico nos dias 05/01/22 a 30/01/22, com as palavras-chave “transtorno factício”, “transtornos somatoformes” e “síndrome de Munchausen”, além de consultados o DSM V (manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) e livros acadêmicos da área. Por se tratar de uma patologia pouco estudada e descrita, a margem temporal da busca pelos artigos foi ampliada, compreendendo artigos desde 1994 até 2019.

REVISÃO DE LITERATURA

A manifestação inicial do transtorno factício costuma ocorrer no início da idade adulta, com frequência depois de uma hospitalização em decorrência de uma condição médica ou de um transtorno mental, e quando imposto a outro, o transtorno pode começar depois de uma hospitalização do filho ou de outro dependente da pessoa⁷. Alguns pacientes apresentam sintomas físicos simulados, já outros referem sintomas psiquiátricos que são considerados uma simulação, sendo essa determinação difícil e com frequência só é feita depois de uma investigação prolongada. Dentre os sintomas apresentados pelos pacientes e relatados na literatura científica estão: hipocalemia, lesões cutâneas, pseudoparaplegia, infecções, depressão, alucinações, sintomas dissociativos e conversivos e comportamento bizarro, e uma vez que a condição não melhora depois de administradas as medidas terapêuticas de rotina, o paciente pode receber grandes doses de medicações ou até mesmo submeter-se a cirurgias ou eletroconvulsoterapia¹. O curso da patologia geralmente envolve episódios intermitentes, sendo os episódios únicos e os caracterizados como recorrentes menos comuns. Em indivíduos com episódios recorrentes de falsificação de sinais e sintomas de doença e/ou indução de lesão, esse

padrão de contato fraudulento sucessivo com profissionais da saúde, incluindo hospitalizações, pode tornar-se vitalício².

Os fundamentos psicodinâmicos do transtorno factício são pouco conhecidos porque é difícil engajar os pacientes em um processo psicoterápico exploratório. Eles podem insistir que seus sintomas são físicos e que, portanto, um tratamento psicologicamente orientado é desnecessário. Uma revisão sistemática que envolveu centenas de casos na literatura indicou que muitos dos pacientes sofreram abuso ou privação na infância, resultando em hospitalizações frequentes durante os primeiros anos do desenvolvimento¹⁷. Em tais circunstâncias, uma internação hospitalar pode ter sido considerada uma fuga de uma situação traumática em casa, e o paciente pode ter encontrado uma série de cuidadores (p. ex., médicos, enfermeiros e funcionários do hospital) amáveis e atenciosos. Além do mais, as famílias de origem dos pacientes incluíam uma mãe rejeitadora ou um pai ausente. A história habitual revela que o indivíduo percebe um ou ambos os genitores como figuras de rejeição e incapazes de formar relacionamentos próximos. A reprodução de uma doença genuína, portanto, é usada para recriar o vínculo positivo desejado entre pais e filho. Os transtornos são uma forma de compulsão à repetição, repetindo o conflito básico de necessidade e busca de aceitação e amor, ao mesmo tempo com a expectativa de que isso não vá acontecer².

Em geral, indivíduos com distúrbios factícios relatam histórico de saúde de modo dramático, porém eles são vagos e inconsistentes quando questionados sobre mais detalhes. Estes pacientes frequentemente têm histórico de mentiras patológicas sobre qualquer aspecto de histórico ou sintoma (como pseudologia fantástica) e podem ter grande conhecimento de terminologia médica, rotinas e protocolos hospitalares. Relatos de dor não específica, outros sintomas não específicos e solicitação de analgésico são também muito comuns. Estudantes e profissionais da área da saúde também têm sido descritos como pacientes, e há questionamentos sobre o crescimento da incidência da Síndrome de Munchausen nesta população específica⁸.

Eventualmente, a natureza da fraude dos sinais e sintomas é revelada (por exemplo: o paciente é reconhecido por profissional de saúde que o atendeu anteriormente e/ou outros hospitais confirmam a internação prévia do paciente devido ao mesmo problema de saúde, alertando sobre a possibilidade do diagnóstico de distúrbio factício).

No entanto, quando confrontado com a evidência de que os sintomas são fraudulentos, os indivíduos com este distúrbio normalmente negam ou deixam o hospital sem alta médica. Mais tarde, acabam procurando outro hospital ou serviço de saúde alegando o mesmo quadro⁹.

O diagnóstico de transtorno factício deve ocorrer a partir da ausência de condições médicas reais e distúrbio mental evidente (**Ver tabela 1**).

Tabela 1: Critérios diagnósticos para Transtorno Factício

TRANSTORNO FACTÍCIO - Critérios Diagnósticos
<p>Transtorno Factício Autoimposto</p> <p>A. Deturpação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou invenção de lesão ou doença, relacionada a fraude identificada.</p> <p>B. O indivíduo se exhibe como doente, incapacitado ou lesionado.</p> <p>C. O comportamento fraudulento é notório mesmo sem a presença de recompensas externas óbvias.</p> <p>D. A atitude não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outra condição psicótica.</p> <p>Caracterizar: Episódio único</p> <p>Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de invenção de doença e/ou indução de lesão)</p>
<p>Transtorno Factício Imposto a outro</p> <p>A. Deturpação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou invenção de lesão ou doença, em outro, relacionada a fraude identificada.</p> <p>B. O indivíduo exhibe outro (a vítima) a terceiros como doente, incapacitado ou lesionado.</p> <p>C. O comportamento fraudulento é notório mesmo sem a presença de recompensas externas óbvias.</p>
<p>D. A atitude não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outra condição psicótica.</p> <p>Nota: O agente, e não a vítima, recebe o diagnóstico</p> <p>Caracterizar:</p> <p>Episódio único</p> <p>Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de invenção de doença e/ou indução de lesão)</p>

Fonte: DSM-V⁶

A suspeita por possível distúrbio factício deve aparecer quando qualquer arranjo dos fatores a seguir é observada no paciente hospitalizado ou ambulatorialmente: apresentação atípica que não é classificada como condição médica geral ou distúrbio mental identificado, sintomas ou comportamentos presentes somente quando o

indivíduo está sob observação, pseudologia fantástica, comportamento atípico na enfermaria ou no consultório (por exemplo: desrespeito às regras do hospital e discussão excessiva com profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado), compreensão incomum da nomenclatura médica e rotinas hospitalares, utilização velada de substâncias, evidência de tratamento múltiplos (cirurgias múltiplas e estímulos repetitivos de terapia eletroconvulsiva), histórico de muitas viagens, pouca ou nenhuma visita durante a hospitalização, flutuação clínica, e desenvolvimento de nova “doença” nos pacientes em que a investigação inicial foi negativa. A percepção de tais fatores é dificultada pela subjetividade dos mesmos, tornando a realização do diagnóstico muito difícil, de modo que poucos profissionais de saúde (comumente psiquiatras) são capazes de fazê-lo assertivamente¹⁰.

Nenhuma terapia específica tem sido efetiva no tratamento de transtornos factícios. É um paradoxo clínico que pacientes com esses transtornos simulem doença grave e procurem e se submetam a um tratamento desnecessário, ao mesmo tempo que negam a si mesmos e aos outros sua verdadeira doença e, assim, evitam um tratamento possível para ela. Dessa forma é comum os pacientes fugirem das terapias, deixando o hospital de repente ou não comparecendo às consultas de acompanhamento, de modo que motivar o mesmo a participar das medidas terapêuticas se torna um verdadeiro desafio¹¹. O tratamento, assim, é mais bem focado no manejo em vez de na cura, e deve ser realizado por equipe multidisciplinar de saúde mental¹². Os três objetivos principais são: reduzir o risco de morbidade e mortalidade, abordar as necessidades emocionais subjacentes ou o diagnóstico psiquiátrico subjacente ao comportamento de doença factícia e estar atento às questões éticas e legais. Talvez, o fator mais importante no manejo bem-sucedido seja um reconhecimento precoce do transtorno por parte dos médicos, pois dessa forma podem prevenir inúmeros procedimentos diagnósticos dolorosos e potencialmente perigosos para esses pacientes. A farmacoterapia dos transtornos factícios é de uso limitado e em todos os casos a medicação deve ser administrada com cautela, devido ao potencial do paciente para abuso de substâncias. Os ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) podem ser úteis na redução do comportamento impulsivo quando este é um componente maior na atuação do comportamento factício².

DISCUSSÃO

A síndrome de Munchausen e a síndrome de Munchausen por procuração são termos bem estabelecidos para descrever subtipos dos distúrbios factícios descritos na literatura médica desde 1950¹. A maioria dos estudos sobre o tema é de relato de caso e revisões sistemáticas da literatura. Poucos estudos sistemáticos consistentes têm procurado investigar questões básicas, como epidemiologia ou mesmo gerenciamento psicológico dos distúrbios factícios. A falta de estudos epidemiológicos confiáveis relacionados a estes distúrbios é atribuída ao fato de que os pacientes, quando diagnosticados, geralmente não aceitam o diagnóstico e negam adesão a qualquer tratamento, além de geralmente continuarem a procurar outros hospitais e serviços de saúde. O fato de os pacientes frequentemente não aderirem e não cooperam com o tratamento, ou mesmo negarem que possuem um distúrbio psiquiátrico, ao invés de uma patologia clínica, indiscutivelmente dificulta a realização de estudos epidemiológicos ou ensaios clínicos envolvendo modalidades terapêuticas, como psicoterapia e farmacoterapia¹³.

O transtorno factício e o transtorno factício por procuração estão associados com alta morbidade e mortalidade, sendo que esta última tem sido relatada em algumas publicações. É importante enfatizar que pacientes com este transtorno consomem

recursos e tempo das equipes de saúde que os assistem, devido a avaliações e procedimentos desnecessários, de modo que é considerado iatrogenia se o distúrbio factício não for detectado pelos médicos ou pela equipe de saúde multidisciplinar no hospital ou ambiente ambulatorial. Quando os pacientes com distúrbios factícios são reconhecidos, o que não ocorre com frequência, eles costumam ser rejeitados pelos profissionais de saúde, de tal forma que é importante observar as situações de contratransferência destes últimos, pois podem permitir um maior entendimento acerca dos motivos dessas rejeições. Em geral, os profissionais de saúde discutem tais situações com as equipes multidisciplinares ou mesmo durante consultas psiquiátricas ou psicológicas¹⁴.

Transtornos factícios devem ser distinguidos de simulação. Os simuladores têm um objetivo ambiental óbvio e reconhecível na produção dos sinais e sintomas. Eles podem procurar hospitalização para obter uma indenização financeira, fugir da polícia,

evitar o trabalho ou meramente obter cama e comida grátis para a noite, mas sempre têm um fim aparente para seu comportamento. Além do mais, esses pacientes costumam conseguir parar de produzir seus sinais e sintomas quanto não são mais considerados tão proveitosos ou quando o risco se torna grande demais². O ambiente hospitalar geral, no qual o paciente é hospitalizado e assistido por equipe multidisciplinar de cuidados intensivos, teoricamente é o ideal para identificar o distúrbio, iniciar tratamento e tomar medidas adequadas, especialmente em caso de abuso de criança, idoso ou pessoa com deficiência. Portanto, reconhecer, gerenciar e encaminhar adequadamente pacientes com distúrbios factícios é fundamental para bom prognóstico e redução de lesões e eventos crônicos durante a hospitalização⁸.

CONCLUSÕES

Diagnosticar o transtorno factício representa um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, tendo em vista a variedade de sintomas que podem ser simulados, físicos e psicológicos¹⁵, além da extensa lista de diagnósticos diferenciais possíveis dentro da psiquiatria¹⁶. Outro fator que corrobora para essa dificuldade é o fato de que tal transtorno é pouco conhecido, mesmo no meio médico, o que ocasiona em uma série de diagnósticos errados e de tratamentos dispensáveis, que provocam um aumento da morbimortalidade e prejuízo funcional aos pacientes com esta doença, além de gerar gastos desnecessários dos recursos dos sistemas de saúde. Feito o diagnóstico correto, outro grande problema consiste na adesão dos pacientes ao tratamento, haja vista que estes dificilmente aceitam serem portadores do transtorno, comumente associando a ocorrência dos sintomas apresentados a possíveis patologias orgânicas¹⁷.

O sucesso diagnóstico e terapêutico dos casos somente é possível se os profissionais envolvidos no cuidado tiverem conhecimento referente à doença e à ocorrência da mesma, principalmente em ambientes hospitalares. O tratamento, principalmente quando o transtorno é diagnosticado no início, poupa o paciente de uma vida estigmatizada, alheia a muitos processos sociais, de visitas frequentes aos serviços de saúde ou até mesmo de internação em instituição psiquiátrica, que em sua maioria encontram-se em precárias condições de funcionamento no país¹⁸. Tal fato evidencia a importância da divulgação do tema nos meios acadêmicos e científicos, de modo a

permitir que cada vez mais profissionais estejam aptos a identificar a presença do transtorno factício. Tendo em vista que quanto mais tardio for o reconhecimento da patologia, maior será sua morbimortalidade. Cada diagnóstico corretamente realizado pode ser considerado como de grande importância para a vida pessoal e para os contextos familiar e social nos quais o paciente está envolvido.

REFERÊNCIAS

1. MENEZES APT, Holanda EM, Silveira VAL, Oliveira KCS, Oliveira FGM. Síndrome de Munchausen: relato de caso e revisão da literatura. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002 June; 24(2):83-85.
2. SADOCK BJ, Sadock VA; RUIZ P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
3. MARTRANA MR, McDonald PF, Rostlund E. Severe hypokalemia and hematuria: A case of Munchausen's syndrome. *J La State Med Soc.* 2011 jan/fev; 163: 21-5.
4. AMERATUNGA R, Casey P, Parry S, Kenedi C. Hypogammaglobulinemia factitia- Munchausen syndrome masquerading as common variable immunodeficiency. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2013 Sept; 9(1).
5. ARTEAGA-RODRÍGUEZ C, Hernández-fustes OJ, Silva LF, Aguiar LR, Teixeira MAB. Síndrome de Munchausen e pseudoparaplegia: relato de caso. *Arquivos de Neuro- Psiquiatria.* 1999;57(3B):881-885.
6. PEREIRA AV, Molina-Basto CG, Gonçalves MR, Goulart BNG. Transtorno Factício e a Equipe Interdisciplinar: identificação de sinais e fatores de risco. *CoDAS* 2019 Fev; 31(1).
7. AMERICAN psychiatric association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
8. SOUSA Filho D, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. *einstein (São Paulo).* 2017;15(4):516-21. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017MD3746>
9. CHENG TO. Munchausen syndrome. *J Intern Med.* 1999 May;245(5):544-5. PMID: 10363757.
10. FILHO DS, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf NA. Síndrome de Munchausen e síndrome de Munchausen por procuração: uma revisão narrativa. *Einstein* 2017 Dez; 15(4):516-521.
11. GATTAZ WF, Dressing H, Hewer W, Nunes P. Síndrome de Münchhausen: diagnóstico e manejo clínico. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2003 Jun;49(2):220-224.

12. ZIVLAK-RADULOVIC N, Miskovic M, Popovic V, Zoric D, Banjac V. The necessity of an interdisciplinary approach in the treatment of personality disorder – Munchausen syndrome. *European Psychiatry* 2015 Mar;30(1):28-31.
13. ANDO T, Nomura T, Sejiyama SY, Shin T, Mori K, Sumino Y, Sato F, Mimata H. Munchausen syndrome in the act of creating and enacting macroscopic hematuria. *Urol Int.* 2014;93(3):371-2. doi: 10.1159/000357919. Epub 2014 Feb 27. PMID: 24576852.
14. WILLENBERG H. Countertransference in factitious disorder. *Psychother Psychosom.* 1994;62(1-2):129-34. doi: 10.1159/000288913. PMID: 7984761.
15. ARANHA G, Carvalho L, Guarniero F, Soares S. Transtorno factício: um desafio para as diversas especialidades. *Revista De Medicina* 2007 Mar;86(1):14-19.
16. CATANI J, Souza MA. Sofrimento psíquico e corpo: perspectivas de trabalho multidisciplinar no tratamento de pacientes com Transtornos Somatoformes. *Rev. SBPH* 2015 Dez;18(2):05-21.
17. YATES GR, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2016 jul/ago; 40:20-28.
18. PROCURADORIA Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal. *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional.* Brasília: MPF; 2019.
19. JASPERS K. *Psicopatologia Geral.* Livraria Atheneu. Rio de Janeiro: v.1, v.2, 1973.
- 20- 1- Foucault M. *A história da loucura.* II. ed. São Paulo (SP): Perspectiva; 2018.
20. DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
21. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Mental em Dados. Versão 10.* Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2012.
22. ARBEX D. *Holocausto Brasileiro: 50 anos sem punição.* Juiz de Fora: Tribuna de Minas; 2011.
23. PESSOA JJ, Santos RC, Clementino FS, Oliveira KD, Miranda FA. *A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas.* Rio de Janeiro: Escola Anna Nery; 2016.
24. 8- PORTARIA n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasil: Ministério da Saúde do Brasil; 2002.