

Capítulo 08

TRANSTORNO FACTÍCIO AUTOIMPOSTO

GIOVANNA PACHECO DE MAGALHÃES FRÓES¹
JULIA PEIXOTO VICENTE ARAUJO¹
JULIANA GONZAGA ARAÚJO CLARK¹
IZABELA OLIVEIRA CERQUEIRA CALDAS²

1. Discente - Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Minas Gerais;
2. Discente - Universidade Nove de Julho (UNINOVE - VERGUEIRO), São Paulo.

Palavras Chave: Síndrome de Münchhausen; Transtorno factício; Transtorno factício autoimposto



INTRODUÇÃO

Anteriormente denominado Síndrome de Münchhausen, o Transtorno Factício foi descrito pela primeira vez em 1951, em referência aos pacientes que inventavam sintomas próprios para procurar atendimento médico, sendo informalmente conhecido por “dependência hospitalar” e “síndrome do vício hospitalar”, sendo estes achados, quando impostos a outra pessoa, denominados “Síndrome de Münchhausen por transferência”. Os termos caíram em desuso, sendo hoje a doença definida pela 11ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) como Transtorno Factício, que é referenciado como duas desordens diferentes, a de número 6D50, identificada como Transtorno Factício imposto a si mesmo e a 6D51, Transtorno Factício Imposto a Outro. Já os critérios e características diagnósticas, características associadas, prevalência, desenvolvimento, curso e diagnóstico diferencial são abordados pelo Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, na 5ª edição (DSM-5), que o engloba dentro da categoria de transtornos de sintomas somáticos e transtornos associados (APA, 2014).

O objetivo do estudo foi descrever o Transtorno em questão, de modo a abordar aspectos qualitativos e reflexivos, com foco no subtipo autoimposto da doença.

MÉTODO

A matriz metodológica adotada foi a de revisão bibliográfica narrativa não sistemática da literatura. O material tem como referência maior o manual diagnóstico da American Psychiatric Association, o DSM-5, e é também composto de citações e análises críticas de 13 artigos que possuem dados literários relevantes,

apresentando informações a respeito dos transtornos somáticos, com enfoque no Transtorno Factício Autoimposto. Para isso, optou-se por artigos publicados no período de 1983 a 2020, presentes em pesquisas realizadas nas bases de dados KARGER, SciELO, PubMed e Google Acadêmico e em jornais acadêmicos como *The Lancet e The American Journal of Psychiatry*. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos nos idiomas inglês e português e foram utilizados os descritores: Síndrome de Münchhausen; Transtorno factício; Transtorno factício autoimposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

A respeito do grupo de doenças somáticas, que engloba o transtorno em discussão, as possibilidades diagnósticas são vastas. Estudos afirmam que até 30% dos pacientes atendidos em serviços de atenção primária preenchem critérios para uma doença psiquiátrica, dentre os quais, mais da metade possuem manifestações somáticas (KESSLER *et al.*, 1985).

O Transtorno Factício não tem prevalência estabelecida, e é mais estudado em ambiente hospitalar, em oposição às doenças somáticas em geral supracitadas. Existe uma estimativa, relatada pelo DSM-5, de que cerca de 1% dos indivíduos hospitalizados atendam aos critérios diagnósticos estabelecidos no mesmo manual. Outro estudo relatou incidência de 0,8% em um centro médico terciário, com base em 10 pacientes encaminhados à psiquiatria em 1.288 consultas psiquiátricas, em que, dentre eles, 70% eram do sexo feminino (SUTHERLAND & RODIN, 1990), sendo 95% a incidência de mulheres em outro estudo (REICH & GOTTFRIED, 1983). Outra população muito afetada pelo transtorno são os profissionais de saúde, um estudo afirma um número de 47,3% do total

(KRAHN & O'CONNOR, 2003), e outro 68%, sendo este realizado em uma experiência de 10 anos com 41 pacientes, que também estabeleceu a idade média dos pacientes de 33 anos (REICH & GOTTFRIED, 1983).

Definição

O Transtorno Factício tem como característica essencial a falsificação de sinais e sintomas físicos ou psicológicos, podendo ser acompanhada de indução de lesões ou doenças para que sejam diagnosticadas e abordadas. Para diagnóstico, segundo o DSM-5, é necessária esta característica de falsificação, comprovando-se a fraude e a auto apresentação do paciente como incapacitado, doente. Não pode haver, também, a evidência de uma recompensa externa que motive o paciente à fraude ou indução e deve-se realizar a pesquisa de diagnósticos diferenciados como transtorno delirante ou outra condição psicótica, que poderiam explicar o comportamento citado.

O DSM-5 exemplifica o transtorno com casos hipotéticos e comuns na prática clínica, como manipulação de um exame de urina, acrescentando substâncias a ele com finalidade de que apresente alteração no resultado, relatos de convulsões, tonturas e desmaios que geralmente não têm características que apoiem o diagnóstico, bem como resultados de exames que os justifiquem. Outros estudos caracterizam pacientes com dores, principalmente abdominais e inespecíficas e que falsificam seus registros médicos eletrônicos para criar um relatório fictício, como, por exemplo, de um câncer (BASS & HALLIGAN, 2014).

Como concluído na análise epidemiológica, existe uma predisposição de que pacientes da área da saúde o desenvolvam. Esse fato traz à tona outra discussão sobre o tema, que diz respeito ao conhecimento do paciente sobre as apresentações das doenças falseadas por eles, o que dificulta o diagnóstico precoce, visto que

esses sintomas podem ser fabricados e relatados de modo a ser o mais parecido com o sintoma real, para que sejam confundidos e tratados como tal. Pacientes com frequência falsificam prontuários e relatórios médicos, resultados de exames, entre outros documentos semelhantes, e, se realizados com acurácia e conhecimento prévio, podem ser confundidos como um documento original, alterando o curso do atendimento, tanto em ambiente hospitalar como ambulatorial, favorecendo receituários, pedidos de exames e internações desnecessários.

Outro fator pode favorecer a falsificação de sintomas com grande semelhança ao sintoma real, que diz respeito ao acesso à internet. Nela, o paciente é posto à disposição de conhecimentos médicos por pesquisa e por intercâmbio de informações, por meio de grupos de apoio em redes sociais, em que pessoas com uma doença real compartilham seus sintomas e desenvolvimento de uma doença específica, fortalecendo a capacidade do paciente de repassar sintomas fictícios que se assemelham com os reais (SOUSA FILHO *et al.*, 2017).

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial, inicialmente, deve ser feito com a doença que o indivíduo está relatando ter, ou a que os sintomas do paciente indicam haver. Esta fase da avaliação e a propedêutica a se seguir deve depender da suspeição do médico acerca da veracidade dos sintomas (JONES, 1999). Dessa forma, o diagnóstico precoce, em um primeiro atendimento em um serviço sem documentação anterior do paciente que possa indicar ou relatar um diagnóstico prévio de Transtorno Factício se torna difícil, estendendo o tempo de doença, aumentando prejuízos iatrogênicos e o desperdício de serviço e recursos médicos. O diagnóstico, na maioria das vezes, ocorre após observação prolongada, envolvendo uma equipe de diferentes profissionais, de modo a criar uma visão integral e

longitudinal do paciente (PEREIRA *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que, dentre os critérios diagnósticos, existe um que diz respeito à exclusão de outras condições psiquiátricas causando o comportamento de falsificação de sintomas e doenças. Por conseguinte, após a primeira exclusão do diagnóstico diferencial de doença física relacionada à sintomatologia, deve-se seguir, de acordo com o DSM-5, o enfoque no diagnóstico diferencial com psicoses e delírios, estes presentes em doenças como transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, lúpus, entre outras diversas que cursam com quadros de comprometimento da capacidade do indivíduo de diferenciar o que é real ou não.

Por fim, deve-se levar em consideração as outras desordens somáticas supracitadas, pela semelhança da causa e possível semelhança do quadro clínico. O DSM-5 enumera 6 outras, além do transtorno em questão, que são classificadas no mesmo grupo de doenças somáticas: Transtorno de Sintomas Somáticos, Transtorno de Ansiedade de Doença, Transtorno Conversivo, Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas, Outro Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Especificado e Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Não Especificado.

Curso e prognóstico

A ocorrência do transtorno pode ser episódica, e este é um tipo de acometimento menos comum. Geralmente o curso é intermitente, criando-se um padrão de contato sucessivo do paciente com profissionais e instituições de saúde, com múltiplas internações em curtos espaços de tempo, troca de serviço com frequência (GONÇALVES *et al.*, 2020).

O prognóstico, em geral, não é bem estabelecido, mas existem relatos de caso com desfechos desfavoráveis, dentre eles morte e danos irreversíveis por iatrogenia e, mesmo os pacien-

tes que não desenvolvem lesão grave, têm seu cotidiano e relações interpessoais prejudicadas pelo transtorno (KRAHN & O'CONNOR, 2003).

Tratamento

O transtorno ainda é pouco estudado e sua documentação é baseada principalmente em relatos de casos, revisões bibliográficas e estudos de média e pequena abrangência. O manejo do paciente, por consequência, não é padronizado e necessita de uma abordagem particular em cada caso. Inicialmente, é necessário empatia, boas técnicas de comunicação e cautela para não se estabelecer uma relação de contrarreferência, está sendo muito comum após identificado o transtorno, visto que o paciente acaba por consumir demasiadamente o tempo dos profissionais da saúde e recursos do hospital, sem uma necessidade real para o manejo clínico, salvo o psiquiátrico, e isso pode desencadear sentimentos negativos do médico em relação ao paciente, como, por exemplo, sentimento de indignação e raiva.

Não é ideal que o confronto dos sintomas falsificados pelo paciente seja imediato, visto que muitos não aceitam o diagnóstico e cria-se uma relação médico-paciente ruim, dificultando o manejo posterior (GONÇALVES *et al.*, 2020). Em casos em que o paciente se expõe a lesão iatrogênica ou lesão induzida para falsificar doenças e exames, porém, a conduta de evitar enfrentamento do paciente pode ser mais flexível, de modo a impedir desfechos desfavoráveis. Quanto à postura do paciente, é comum a negação do diagnóstico e continuidade da procura por atendimento, notada por estudos pela evasão de internações, procura de outro serviço médico, ameaça ou realização de processos judiciais contra as instituições, recusa de alta, entre outros (KRAHN & O'CONNOR, 2003).

Além da cautela com a comunicação e manejo do paciente, deve-se iniciar um acompa-

nhamento com a psiquiatria e psicologia, com busca diagnóstica de outra condição psiquiátrica e posterior tratamento específico, se necessário, além de início de psicoterapia, principalmente a terapia cognitivo comportamental. Este acompanhamento multidisciplinar tem de ser gradual e com foco em induzir o paciente a desistir dos comportamentos presentes no transtorno (GONÇALVES *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

O Transtorno Factício Autoimposto, uma desordem classificada como somática, requer

um manejo cuidadoso devido suas particularidades e difícil abordagem. Seu diagnóstico é integralmente clínico e deve ser realizado idealmente em ambiente hospitalar, quando o paciente procura atendimento por doença falseada, além de que deve ser abordado de forma multidisciplinar e integral, com finalidade de evitar erros diagnósticos e desfechos desfavoráveis secundários à iatrogenia. Se não realizado sistematicamente e de forma precoce, pode levar a injúrias físicas e psicológicas aos pacientes, além do consumo desnecessário de tempo e recursos dos profissionais e sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5a ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014. Sessão III, p. 309, 2014.

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

GONÇALVES, B.M. *et al.* Síndrome de Munchausen relacionada à calculose urinária não metabólica: um relato de caso. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 7, n. 2, p. 41, 2020.

JONES, R.M. Transtornos Factícios. In: KAPLAN, H.J. & SADOCK, B.J. - *Tratado de Psiquiatria* 6ª Ed, v. 2, Porto Alegre, p. 1382, 1999.

KESSLER, L.G. *et al.* Psychiatric disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, v. 42, n. 6, p. 583, 1985.

KRAHN, L.E. *et al.* Patients Who Strive to Be Ill: Factitious Disorder With Physical Symptoms. *American Journal of Psychiatry*, v. 160, n. 6, p. 1163, 2003.

PEREIRA, A.V. *et al.* Transtorno Factício e a Equipe Interdisciplinar: identificação de sinais e fatores de risco. *CoDAS*, v. 31, n. 1, p. e20180173, 2019.

REICH, P. & GOTTFRIED, L.A. Factitious disorders in a teaching hospital. *Annals of internal medicine*, v. 99, n. 2, p. 240, 1983.

SUTHERLAND A.J. & RODIN, G.M. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics*, v. 31, n. 4, p. 392, 1990.

SOUSA FILHO, D. *et al.* Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (São Paulo)*, v. 15, n. 4, p. 516, 2017.