

Germano Silva Dutra¹
https://orcid.org/0000-0002-7878-199X

Alexandre Martins Valença¹
https://orcid.org/0000-0002-5744-2112

Transtorno factício autoimposto e imposto a outro: um relato de caso

Factitious disorder imposed on self and imposed on another: a case report

J Bras Psiquiatr. 2024;73(2):e20240046
https://doi.org/10.1590/0047-2085-2024-0046

RESUMO

Objetivo: Descrever o caso de uma paciente com Transtorno Factício (Síndrome de Munchausen), que apresentou tanto a forma autoimposta quanto imposta a outro, além de comorbidades. Destacam-se os desafios envolvidos no diagnóstico e manejo clínico desse transtorno em um serviço de psiquiatria especializado. **Método:** As informações foram obtidas por meio da revisão do prontuário, entrevistas sequenciais com a paciente, discussões com equipes clínicas responsáveis pelo caso e uma extensa revisão da literatura, incluindo ao fim 14 artigos científicos de duas plataformas científicas diferentes, publicados nos últimos 10 anos, e a utilização de um livro texto referência. **Resultados:** A presente revisão evidencia a importância do tema no contexto da prática clínica, considerando suas implicações financeiras e legais no manejo de cada caso. Ademais, foi possível delinear o perfil clínico dos indivíduos afetados por essa patologia, constatando-se uma prevalência acentuada entre mulheres jovens, casadas e, predominantemente, profissionais de saúde. Relativamente aos perpetradores, a análise revela que a maioria consiste em mães e/ou cuidadoras, que exercem sua influência de modo a impor essa condição a outros indivíduos. **Conclusões:** A associação de ambas as formas do transtorno tem um impacto significativo nos gastos públicos e na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, além das implicações legais oriundas do abuso de menores.

PALAVRAS-CHAVE

Transtorno factício; Síndrome de Munchausen, Transtorno factício imposto ao outro; Síndrome de Munchausen imposto ao outro; Simulação.

ABSTRACT

Objective: To describe the case of a patient with Factitious Disorder (Munchausen Syndrome), who presented both the self-imposed and imposed-on-others forms, along with comorbidities. The challenges involved in the diagnosis and clinical management of this disorder in a specialized psychiatric service are highlighted. **Method:** Information was gathered through a review of the medical record, sequential interviews with the patient, discussions with the clinical teams responsible for the case, and an extensive literature review, including 14 scientific articles from two different scientific platforms, published in the last 10 years and a reference textbook. **Results:** This review underscores the importance of the topic in clinical practice, considering its financial and legal implications in the management of each case. Additionally, it was possible to delineate the clinical profile of individuals affected by this condition, revealing a marked prevalence among young, married women, predominantly healthcare professionals. Regarding perpetrators, the analysis shows that most are mothers and/or caregivers who exert their influence to impose this condition on others. **Conclusions:** The association of both forms of the disorder has a significant impact on public spending and the quality of life of the patient and their families, as well as the legal implications arising from child abuse.

KEYWORDS

Factitious disorder; Munchausen syndrome ; Factitious disorder imposed on another; Munchausen syndrome imposed on the other; Malingering.

Received: Oct/04/2024. Approved: Oct/07/2024.

¹ Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Address for correspondence: Germano Dutra. Av Venceslau Braz, 71 – 21941-853 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: germanos.dutra@hotmail.com



INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez em 1951 por Asher, a Síndrome de Munchausen (S.M), variante do transtorno factício, foi descrita como uma condição clínica que inicialmente se assemelhava à simulação. Contudo, após acompanhamento e investigação de série de casos, verificou-se que a origem dos sinais e sintomas relatados, no geral autoprovocados, não possuíam um objetivo claro ou ganho específico esperado. Fator que a diferencia da simulação (entidade não classificada como transtorno psiquiátrico) e do transtorno somatoforme¹⁻³.

Devido a sua apresentação atípica e curso flutuante, além de dificuldade quanto à exclusão de fatores confundidores para a definição nosológica, estima-se um significativo número de casos subdiagnosticados. Estudos realizados apontam para uma incidência estimada de 5,3%, com uma prevalência maior entre mulheres (cerca de 97,6%), principalmente mães casadas (75,8%), e profissionais da saúde (sendo responsáveis por 45,6% da amostra)^{1,4-7}.

Contudo, vale ressaltar que em estudo realizado em 2019 na Noruega encontrou uma frequência maior entre homens, sendo estes 58% da amostra². Dado que contrasta com as demais análises populacionais já realizadas acerca do tema.

Quando verificada a incidência comórbida de S.M e S.M por procuração, nota-se que uma grande parcela é composta por mães jovens e casadas, muitas com histórico pessoal de maus tratos na infância e/ou complicações obstétricas prévias, fatores estes diretamente relacionados ao aumento de chances de sua ocorrência^{4-6,8}.

No campo psiquiátrico, o diagnóstico desta condição torna-se ainda mais desafiador, uma vez que a relação terapêutica estabelecida, baseia-se na confiança mútua entre médico e paciente, estando o profissional suscetível às informações fornecidas. Embora seja reconhecida a produção consciente de sintomas físicos e/ou psíquicos, a motivação por trás desses atos muitas vezes permanece desconhecida, sendo muitas vezes nunca identificada^{4,9,10}. O ganho secundário mais comumente associado é a busca por atenção e cuidados, seja em ambientes clínicos, psiquiátricos, hospitais ou no contexto familiar e social¹¹.

Em avaliações dessa população, é possível identificar uma alta prevalência de casos de abuso sexual (variando de 21 a 79% da amostra feminina)^{3,7}. Além disso, a ocorrência concomitante de alguns transtornos psiquiátricos é condição bastante prevalente, sendo mais frequentes o Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Transtorno somatoforme^{7,11-13}.

Um aspecto singular nessa patologia é que apenas através da investigação etiológica minuciosa e exclusão de comorbidades clínicas prováveis se consegue fazer a construção de um diagnóstico sólido e a elaboração de

técnicas adequadas de manejo. É comum nesses casos o emprego de diversos métodos clínicos, em grande parte com uso de técnicas invasivas, que tendem sempre a ter respostas inconclusivas e/ou frustrantes, que ao fim apenas oneram desnecessariamente o serviço de saúde ao qual o paciente está ligado^{12,14,15}.

Outro aspecto importante, e que sempre deve ser notado, é que as vítimas da Síndrome de Munchausen por procuração, apresentam um risco significativamente maior de reproduzir esses comportamentos com idosos e/ou crianças sob seus cuidados, tornando-se assim perpetradores dessa sutil forma de violência^{4,8}.

Por todas essas questões, nosso objetivo é descrever, através da técnica de relato de caso, uma paciente que apresentou Transtorno Factício na sua forma autoimposta e imposta a outros dentro do contexto da prática clínica psiquiátrica.

RELATO DO CASO

Maria, 46 anos, divorciada, mãe de dois filhos. Possui graduação universitária completa em biologia, atualmente desempregada. Seu acompanhamento no Instituto de Psiquiatria da UFRJ – Rio de Janeiro, Brasil (IPUB/UFRJ) iniciou no ano de 2016, através do serviço de transtornos alimentares, devido a quadro de “anorexia nervosa”. Nessa ocasião, alega que já realizava acompanhamento de forma irregular com o serviço de psiquiatria há cerca de 4 anos em serviço externo, privado, devido a episódio de “depressão”.

A paciente afirma ser portadora de Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF), com trombose de membros inferiores de forma bilateral, possuir marca-passo cardíaco, devido a complicação pós febre reumática, e hipertensão arterial sistêmica.

Desde seu ingresso, em sucessivas consultas, apresentava sempre queixas intermitentes, flutuantes e multifacetadas relacionadas à saúde mental. Queixava-se de irritabilidade exacerbada, dificuldade de concentração, insônia tanto de indução quanto de manutenção, dificuldade em realizar atividades diárias, baixa energia e produtividade, além de uso abusivo de tabaco.

Em entrevistas, mantinha atitude pouco colaborativa e por vezes desafiadoras. Mencionava diversas medicações de uso regular, sem conseguir fornecer informações claras sobre esquema prescrito, como posologia e dosagens exatas. Além disso, questionava ativamente seus diagnósticos prévios, especialmente o diagnóstico de “esquizofrenia” que afirmava ter recebido, no IPUB-UFRJ. No entanto, uma revisão cuidadosa dos registros médicos anteriores e análise do prontuário não confirmaram essa hipótese recorrentemente alegada por Maria.

Durante o seguimento, a paciente frequentemente expressava seu descontentamento com o tratamento, alegando falta de eficácia das medicações prescritas ou resistência do seu organismo a elas, especialmente os benzodiazepínicos. Quando novos tratamentos eram sugeridos, ela mostrava grande resistência, argumentando que já havia experimentado essas medicações e que necessitava de abordagens diferentes, como novos medicamentos ou tratamentos mais potentes.

Além das queixas psíquicas, a paciente também manifestava preocupações com sua saúde física, especialmente as relacionadas aos problemas de coagulação sanguínea. Ela relatava episódios de sangramento excessivo e dizia estar em uso regular de vitamina K em alguns momentos, enquanto em outros mencionava a ocorrência de trombozes recorrentes, justificando o uso de antiagregantes plaquetários, como a varfarina. No entanto, quando era solicitada a fornecer um diagnóstico específico de sua condição hematológica, emitido por médicos assistentes de cada área descrita, não conseguia oferecer uma resposta conclusiva, limitando-se a descrever o problema como uma “questão de coagulação”. Nunca apresentou nenhum documento que comprovasse seu tratamento para a condição de trombose.

A paciente compartilhou com a equipe médica que reside com seu pai e seu filho mais novo. Ela descreveu sua relação com seu pai como distante e caracterizada por uma comunicação frequentemente violenta e pouco afetiva. Além disso, mencionou que seu filho mais novo é autista e requer cuidados integrais, já que não se comunica verbalmente de forma efetiva com familiares e cuidadores. No entanto, durante discussões com a equipe de psiquiatria infantil do mesmo instituto, as suspeitas diagnósticas levantadas pela mãe não eram consistentes com os relatos e observações da equipe assistente. Uma análise retrospectiva do prontuário físico do filho indicava que a mãe frequentemente fornecia informações imprecisas sobre sua própria saúde mental e sobre a do seu filho, queixa relatada por ele, transcrita por equipe do serviço de infância e adolescência.

Após uma revisão minuciosa dos registros médicos e das consultas realizadas entre os anos de 2016 e 2022, foi identificado que Maria já obteve 13 diagnósticos clínicos e psiquiátricos somados, sendo os últimos Transtorno de personalidade Borderline e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Verificou-se ainda o uso de 32 tipos diferentes de medicamentos (sendo destes 17 psicotrópicos e demais de outras classes farmacológicas). Vale ressaltar a grande relutância e dificuldade da paciente em aderir de forma adequada ao tratamento, especialmente no que se refere ao uso correto e conforme prescrito em consultas, como medicamentos inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS), antipsicóticos em baixas doses e estabilizadores de humor.

Durante investigação retrospectiva de abordagens diagnósticas clínicas, foram identificados inúmeros exames e procedimentos invasivos e não invasivos, como exames de imagem (tomografia e ultrassonografia), eletroneuromiografia e arteriografia, sendo todas com resultado normal (ou dentro da faixa de normalidade). Sobre exames específicos para avaliação da cascata de coagulação, foi verificado apenas um exame laboratorial único com valor de INR (International Normalized Ratio), que se encontrava alargado (INR 2,58), constatando-se nesta ocasião que se encontrava em uso de varfarina.

Em oportunidade de internação em hospital clínico, devido a alterações hematológicas, quando apresentou aumento no tempo de coagulação e suspeita clínica de trombose (porém hipótese fora descartada durante esta internação) a paciente não consentiu que fosse realizado contato com a equipe de hematologia/oncologia assistente. Posteriormente, após suspeições, sempre que solicitado pareceres e interconsultas com demais especialidades médicas, nunca retornava com pareceres/relatórios médicos destes serviços descrevendo suas condições clínicas, cardiológicas e/ou hematológicas.

Por fim, após uma junta médica, na qual foram revisados dados autobiográficos e história patológica pregressa da paciente, ela informou sua decisão de não retornar ao tratamento na unidade de saúde referida, argumentando que não havia recebido nenhum ganho significativo em seu quadro psicopatológico e por tal motivo não necessitava mais dos cuidados oferecidos neste local.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Munchausen ou Transtorno Factício é caracterizada pela produção intencional de sintomas físicos e/ou psicológicos na ausência de um ganho externo claro, que a diferencia da simulação e do transtorno somatoforme^{7,10}. O principal desejo do paciente nesta patologia é receber a atenção médica.

A paciente do caso relatado ilustra a complexidade e os desafios do diagnóstico e tratamento desta síndrome. Durante seu acompanhamento no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, apresentou múltiplos diagnósticos psiquiátricos e clínicos, muitos dos quais não puderam ser confirmados mesmo após a realização de exames diagnósticos objetivos, sendo muitos destes exames invasivos (com certo grau de risco à integridade física) e de alto custo financeiro ao serviço de saúde. A falta de evidências objetivas como sinais e sintomas claros e coerentes clinicamente e temporalmente com a patologia, aliada à inconsistência nos relatos verbais da paciente, levou à suspeita de transtorno factício.

Mediante análise do perfil epidemiológico e das características demográficas de tal patologia, é possível notar a intersecção de diversos fatores de risco, conforme os citados por Yates e Bass⁸, com o caso em tela. Este e outros estudos indicam que a prevalência é maior entre mulheres adultas jovens, entre a 2ª e 3ª décadas de vida, especialmente aquelas envolvidas na área da saúde, como observado por Schrader et al.². Além disso, nos casos em que são impostos a outros, 95% dos perpetradores são reconhecidamente a mãe da vítima⁸. Seguindo para a análise da apresentação clínica de sinais e sintomas, conforme descritos por Yates e Feldman³ nota-se que a maioria das queixas que motiva a busca aos serviços de saúde são cardiológicas, dermatológicas, endócrinas, gástricas e hematológicas.

Yates e Bass⁸ apontam, ainda que mães jovens e casadas com histórico de maus-tratos na infância, são mais propensas a desenvolver a Síndrome de Munchausen por procuração. Destaca-se a importância dos fatores de risco psicossociais, muitas vezes negligenciados e pouco relatados espontaneamente aos profissionais assistentes, na etiologia do transtorno^{4,8}. No mesmo estudo⁸, foi também relatado que as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes na forma autoimposta são os transtornos de personalidade, principalmente personalidade borderline, motivos pelo qual a paciente era acompanhada no serviço de psiquiatria.

No caso descrito ocorre concomitantemente a forma autoimposta e imposta a outro, fato curioso, contudo não raro. Segundo Yates e Bass⁸, essa correlação de ambas as formas do transtorno pode acontecer em cerca de 30% dos casos, dado descoberto após a análise retrospectiva do perfil dos perpetradores de maus-tratos infantil.

A literatura corrobora tais achados, e conforme Galli e colaboradores¹⁰ sugerem que a Síndrome de Munchausen pode ser entendida como um continuum, que inclui também os transtornos de conversão e simulação, mas cada um com nuances clínicas distintas¹⁰. Bass e Wade⁷ destacam a importância de diferenciar transtorno factício de simulação, sendo no transtorno factício autoimposto, a motivação por trás dos sinais e sintomas não está ligada a ganhos externos claros, como no presente caso.

Além disso, em seu estudo Baig¹³ mostra que a Síndrome de Munchausen pode se manifestar de formas clínicas extremamente variadas, incluindo tanto sintomas subjetivos, como os psiquiátricos, até sintomas de diversas doenças médicas, complicando ainda mais o diagnóstico. Corroborando com esses complicadores, Yates e Bass⁸ detalham que cerca de 45% dos relatos de sintomas autoimpostos são apenas mediante relatos verbais e 57% fisicamente autoinduzidos. Isso demonstra as dificuldades da investigação etiológica, como no caso descrito, uma vez que a relação terapêutica dentro da esfera da psiquiatria se baseia na confiança mútua das

informações fornecidas, a fim de se ter o sucesso desejado no tratamento psiquiátrico^{3,8}.

Após estudo retrospectivo de série de casos, a fim de melhor acurácia e identificação, estudos destacam características comportamentais e psicológicas importantes que frequentemente acompanham o transtorno factício, como a resistência ao tratamento proposto e inconsistência nas histórias clínicas, com flutuações inesperadas e em desacordo com a terapêutica adotada, o que é evidente neste caso^{6,7}. Além disso, os custos para o sistema de saúde, seja ele público ou privado, devido a procedimentos diagnósticos repetidos e muitas vezes desnecessários são significativos, uma vez que devido às várias lacunas deixadas no raciocínio clínico, os profissionais tendem a solicitar mais exames na tentativa de cobrir tais pendências. Assim como Baig e colaboradores¹³ relataram, pacientes com transtornos factícios frequentemente passam por múltiplas intervenções médicas que não trazem benefícios clínicos, mais uma vez vemos a expressão de fenômeno semelhante neste caso, onde houve a hiper utilização de diversos serviços terciários de saúde^{7,13}.

A falta de acompanhamento contínuo e a relutância da paciente em aderir aos tratamentos recomendados dificultaram a obtenção de dados mais completos e algumas lacunas em sua história patológica pregressa. Schrader e demais pesquisadores², em estudo realizado em 2019, ressaltam a importância de uma abordagem diagnóstica sistematizada e uma suspeição clínica alta e acurada para diferenciar entre transtornos factícios, somatoformes e simulação².

Futuras pesquisas devem focar em estratégias eficazes para o manejo de pacientes com Síndrome de Munchausen autoimposto e/ou imposto ao outro, incluindo abordagens terapêuticas que melhorem principalmente a adesão, a redução na realização de procedimentos médicos desnecessários, e a perpetuação dos maus-tratos. Haja visto que a após a comprovação com a produção de sintomas (de forma voluntária e/ou involuntária), assim como ter sido vítima de maus-tratos, essa amostra populacional torna-se mais suscetível a desenvolver transtorno factício autoimposto e imposto ao outro no futuro^{4,6}.

Para um manejo clínico desse transtorno, Yates e Bass⁸, ressaltam a delicadeza de se abordar os traumas vividos no passado, haja vista que história de abuso sexual e sofrimento obstétricos são recorrentes nesse perfil. Além disso, a importância do estabelecimento de um bom vínculo terapêutico, se faz necessária devido ao fato de que cerca de 8,6% dos pacientes que induzem sintomas em outros, tentam suicídio após serem confrontados^{7,8}.

Mediante análise de todas essas dificuldades, Ross¹² ressalta que a abordagem diagnóstica atual dos transtornos factícios, conforme descrita no DSM-5, pode não captar

completamente a complexidade do transtorno, sugerindo a necessidade de revisões e melhorias nos critérios diagnósticos de ambas as formas da síndrome. A implementação de programas de treinamento para profissionais de saúde sobre o reconhecimento e abordagem inicial, assim como a integração de dados clínicos em base de dados unificadas, também pode ser uma estratégia eficaz para melhorar o sucesso da terapêutica instituída e reduzir os custos de saúde associados.

CONCLUSÃO

Este estudo de caso ilustra a complexidade e os diversos desafios envolvidos no diagnóstico e tratamento do Transtorno Factício autoimposto. A apresentação desse transtorno com diferentes expressões, tanto clínicas quanto psiquiátricas, e a resistência e dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos pacientes ilustram de forma clara a necessidade de uma abordagem interdisciplinar firme e cuidadosa. Além disso, deve-se recordar da importância das implicações jurídicas envolvidas sob a forma imposta a outros, que ameaçam a integridade de crianças e idosos. Por isso, o reconhecimento precoce e o manejo adequado e integrado desses casos são essenciais para minimizar os impactos negativos na vida dos pacientes e de suas vítimas (quando imposto a outros), além de evitar a sobrecarga de recursos humanos e financeiros dos sistemas de saúde assistenciais.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Germano Silva Dutra: concepção e desenho do estudo, seleção e busca do referencial teórico, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final para publicação.

Alexandre Martins Valença: concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, e aprovação da versão final para publicação.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores deste manuscrito declaram que não há conflitos de interesses de ordem pessoal, comercial, acadêmica, político e/ou financeira, no processo de apreciação e publicação do artigo referido.

REFERÊNCIAS

1. Taborda JG V, Soares Barros AJ, Mattos P. Simulação.
2. Schrader H, Böhmer T, Aasly J. The incidence of diagnosis of Munchausen syndrome, other factitious disorders, and malingering. *Behavioural Neurology*. 2019;2019.
3. Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: A systematic review of 455 cases in the professional literature. Vol. 41, *General Hospital Psychiatry*. Elsevier Inc.; 2016. p. 20–8.
4. Sousa Filho D de, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. Vol. 15, *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. 2017. p. 516–21.
5. Wise MG, Ford C V. Factitious disorders. *Primary Care - Clinics in Office Practice*. 1999;26(2):315–26.
6. Bérar A, Bouzillé G, Jégo P, Allain JS. A descriptive, retrospective case series of patients with factitious disorder imposed on self. *BMC Psychiatry*. 1º de dezembro de 2021;21(1).
7. Bass C, Wade DT. Malingering and factitious disorder. Vol. 19, *Practical Neurology*. BMJ Publishing Group; 2019. p. 96–105.
8. Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. Vol. 72, *Child Abuse and Neglect*. Elsevier Ltd; 2017. p. 45–53.
9. Elias Abdalla-Filho, Miguel Chalub, Lisieux E. de Borba Telles. *Psiquiatria Forense de Taborda*. 3ª ed. José G. V. Taborda, Alcina Juliana Soares Barros, Paulo Mattos, organizadores. 2016. 852–876 p.
10. Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, Aybek S. Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum? *Front Neurol Neurosci*. 2017;42:72–80.
11. Mannarino VS, Pereira DCS, Gurgel WS, Costa CBF, Valença AM, Fontenelle LF, et al. Self-Embedding Behavior in Adults: A Report of Two Cases and a Systematic Review. *J Forensic Sci*. 1º de julho de 2017;62(4):953–61.
12. Ross CA. Problems With Factitious Disorder, Malingering, and Somatic Symptoms in DSM-5. Vol. 60, *Psychosomatics*. Elsevier Inc.; 2019. p. 432–3.
13. Baig MR, Levin TT, Lichtenthal WG, Boland PJ, Breitbart WS. Factitious disorder (Munchausen's syndrome) in oncology: case report and literature review. *Psychooncology*. 1º de junho de 2016;707–11.
14. Niforatos JD, Chaitoff A. Factitious disorder commonly presents as dermatitis factitia: A U.S. population-based study. Vol. 64, *General Hospital Psychiatry*. Elsevier Inc.; 2020. p. 129–30.
15. Evans RL, Tew JC, Yates GP, Feldman M. Factitious Disorder (Munchausen Syndrome) in Plastic Surgery: A Systematic Review of 42 Cases. Vol. 86, *Annals of Plastic Surgery*. Lippincott Williams and Wilkins; 2021. p. E1–6.