

Aline Vianna Pereira<sup>1</sup>  
Cynthia Goulart Molina-Bastos<sup>1,2</sup>  
Marcelo Rodrigues Gonçalves<sup>1</sup>  
Bárbara Niegia Garcia de Goulart<sup>1</sup>

## Transtorno Factício e a Equipe Interdisciplinar: identificação de sinais e fatores de risco

### *Factitious Disorder and the Interdisciplinary Team: identification of signs and risk factors*

Durante as últimas décadas, houve um aumento considerável de publicações relacionadas às análises de diagnósticos e seus impactos na clínica, especialmente em virtude da demanda por minimizar o número de exames, erros diagnósticos, sobrediagnóstico e intervenções desnecessárias. Tal aumento parece estar relacionado ao desejo de atender a comunidade médica e profissões correlatas para aspectos a serem observados durante a avaliação clínica objetiva e subjetiva da saúde do paciente e de seu entorno<sup>(1)</sup>. O detalhamento do problema, bem como o ambiente em que esse emerge, é cada vez mais visto como crucial para fundamentar o entendimento de doenças, agravos e seu manejo.

No campo fonoaudiológico, essa necessidade ativa de buscar pormenores da história clínica e do meio em que o paciente está inserido não é novidade. É sabido que fonoaudiólogos, assim como outros profissionais da área da saúde em geral, que assumem para si o papel terapêutico, devem direcionar a sua escuta para os problemas das pessoas nas suas complexidades, com uma abordagem integral<sup>(2)</sup>. Considerando que esse profissional geralmente tem contato semanal, criando vínculo terapêutico e afetivo com seus pacientes, é extremamente importante que busque compreender as particularidades e transtornos (inclusive conhecendo sinais, sintomas e fatores de risco) e encaminhar, sempre que necessário, tornando-se inclusive um elo entre o paciente e o profissional médico assistente.

Entretanto, tem ocorrido um aumento também de casos relatados e publicados sobre transtornos e síndromes, muitas vezes psiquiátricas, que se assemelham a casos de pacientes simuladores<sup>(3)</sup> e conversivos. Com isso, torna-se cada vez mais clara a importância de profissionais fonoaudiólogos conhecerem tais transtornos, sinais, sintomas e fatores de risco que possam sinalizar a necessidade de encaminhamento e que, ao serem constatados, possam influenciar positivamente a tomada de decisão quanto ao diagnóstico e prognóstico destes pacientes. Uma das síndromes que caminha nesse sentido e sobre a qual tem-se falado é a síndrome do Transtorno Factício.

Tal síndrome é classificada como um transtorno em que há a fabricação ou indução de sinais e sintomas de forma consciente e intencional de um distúrbio físico, emocional ou cognitivo, podendo haver a adulteração, inclusive, de exames laboratoriais<sup>(4,5)</sup>. Tais fabricações são realizadas a fim de obter atendimento, medicamentos e/ou internações, entretanto, diferente de casos de pacientes simuladores que apresentam interesses financeiros ou pessoais nas internações e medicalização, os casos relatados dessa síndrome parecem apresentar apenas motivação interna e inconsciente em que há uma necessidade de manter-se sob cuidado profissional, de receber atenção médica e cuidados de profissionais da equipe de saúde.

O Transtorno Factício Autoimposto ou Síndrome de Münchhausen, como era conhecido anteriormente, foi descrito pela primeira vez em 1951 por Richard Asher ao analisar indivíduos

#### Endereço para correspondência:

Bárbara Niegia Garcia de Goulart  
Ramiro Barcelos, 2400, Santa  
Cecília, Porto Alegre (RS), Brasil.  
CEP: 90035-004.  
E-mail: bngoulart@gmail.com

Recebido em: Julho 18, 2018

Aceito em: Setembro 25, 2018

Trabalho realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Luterana do Brasil – ULBRA - Canoas (RS), Brasil.

**Fonte de financiamento:** nada a declarar.

**Conflito de interesses:** nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

que propositalmente inventavam sintomas de determinadas doenças para buscar acompanhamento especializado<sup>(4,5)</sup>. Este transtorno foi intitulado “Síndrome de Münchhausen” em homenagem ao Barão Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von Münchhausen que, após juntar-se às forças armadas russas, ficou conhecido por contar histórias fantásticas e fantasmagóricas sobre as batalhas de que participou contra os turcos otomanos<sup>(4,6)</sup>. O transtorno é também conhecido como “dependência hospitalar”, “síndrome do paciente profissional”, “síndrome do vício hospitalar” e “síndrome de *hopper* hospitalar”.

Posteriormente, em 1977, o termo foi ressignificado, para melhor descrever os casos de crianças cujos pais referiam doenças e sintomas que, ao serem analisados, verificou-se serem fabricados; para isso, criou-se a nomenclatura, naquele momento, de “Síndrome de Münchhausen por transferência” (Münchhausen syndrome by proxy), atualmente conhecido como “Transtorno Factício Imposto a Outro”<sup>(7)</sup>. O transtorno factício imposto a outro é considerado uma forma de abuso psíquico na infância segundo a classificação proposta pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM V)<sup>(8)</sup>.

Neste, é o cuidador quem perpetua a condição sintomática do paciente, adulterando ou produzindo histórias clínicas, evidências laboratoriais e/ou lesões físicas que levem a hospitalizações e medicações desnecessárias, procedimentos terapêuticos e cirúrgicos, e diagnósticos errôneos<sup>(7,9)</sup>. Tal perpetrador comumente é identificado como a mãe, entretanto, há casos em que é possível observar a participação simbiótica do filho<sup>(6,10)</sup>.

Neste contexto, existem sinais citados na literatura aos quais os fonoaudiólogos devem manter-se atentos, sendo os mais comuns a narração frequente de intoxicações alimentares (vômitos intermitentes), diarreias, crises convulsivas, apneias; pacientes que frequentemente são observados durante depressão do sistema nervoso central (sob efeito de analgésicos e sedativos); constantes lesões cutâneas, sangramentos, comportamentos patológicos presentes apenas quando há observadores presentes e que constantemente negam-se a aceitar a alta terapêutica (criando novas demandas)<sup>(5,6,10)</sup>. Além disso, é necessário ficar atento a fatores de risco que podem ser comumente verificados, como é o caso de conjuntos de sintomas sem explicações, recorrentes internações e cuidadores que apresentam demasiado conhecimento da área da saúde, muitas vezes, conhecendo terminologias e etapas detalhadas de procedimentos da rotina médica.

Quando da suspeita de Transtorno Factício Autoimposto e/ou Transtorno Factício Imposto a Outro, essa deve ser reportada para toda a equipe assistente e o monitoramento do paciente e daqueles que com ele convivem, especialmente crianças, deve ser muito próximo e de caráter intervencionista, visto que o prognóstico é reservado.

O Transtorno Factício não tem prevalência conhecida, entretanto, estima-se que cerca de 1% de casos de indivíduos hospitalizados atendam aos critérios diagnósticos<sup>(8)</sup>. Este transtorno, mesmo que de baixa ocorrência, tem alto impacto na vida do sujeito afetado e das pessoas ao seu redor, além de altos custos para os sistemas que o atendem, uma vez que esses pacientes costumam migrar entre os serviços<sup>(7,9)</sup>. Tal aumento de custo é gerado principalmente em função da realização de exames e procedimentos desnecessários e inconclusivos, tratamento de subdiagnósticos e diagnósticos errôneos que podem surgir durante o período de interação com essa população, permanência

prolongada em acompanhamento profissional por não haver um diagnóstico concreto e desenvolvimento rápido de “complicações” em pacientes em que se inicia a investigação, porém não há hipótese diagnóstica confirmada.

O diagnóstico de Transtorno Factício se dá a partir da combinação da avaliação e observação de diferentes profissionais, inclusive em momentos e situações diversas, o que põe em evidência a importância e necessidade de interconsultas e de uma atuação interdisciplinar a fim de complementar o entendimento integral do caso. Todavia, tal diagnóstico também deve ser extremamente ponderado, visto que uma vez identificado, descrito e aceito (ou não) pela família, irremediáveis consequências poderão surgir.

Assim sendo, torna-se evidente a relevância e importância de fonoaudiólogos terem conhecimento da existência desta síndrome e de como proceder ao se depararem com tais pacientes. Além disso, o papel desse profissional, seja nas avaliações, reavaliações ou consultorias, assim como o de outros profissionais de vínculo terapêutico, é cada vez mais visto como essencial para um diagnóstico preciso e diferenciado, uma vez que proporciona uma interessante troca de informações e impressões entre profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Graber ML. The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(Suppl 2):ii21-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001615>. PMID:23771902.
2. Mesquita A, Carvalho E. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1127-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>. PMID:25626514.
3. Rodrigues DB, Freitas GA, Farias AEM, Amorim-Gaudêncio C. Simulação de sintomas e transtornos mentais: Uma revisão crítica do fenômeno para a psicologia. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2016;21(2):134-45.
4. Sousa D Fo, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf A No. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo)*. 2017;15(4):516-21. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017md3746>. PMID:29364370.
5. Oner E, Unlu M, Solgun B, Kocuyigit H, Cimen P. A case of factitious bleeding: munchausen s syndrome. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2015;4(48), 8416-19. <http://dx.doi.org/10.14260/jemds/2015/1219>.
6. Mehl AL, Coble L, Johnson S. Munchausen syndrome by proxy: a family affair. *Child Abuse Negl*. 1990;14(4):577-85. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90105-3](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(90)90105-3). PMID:2289187.
7. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 1987;11(4):547-63. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90081-0](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(87)90081-0). PMID:3322516.
8. APA: American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. 5th ed. Arlington: APA; 2013.
9. Wittkowski H, Hinze C, Häfner-Harms S, Oji V, Masjosthusmann K, Monninger M, et al. Munchausen by proxy syndrome mimicking systemic autoinflammatory disease: case report and review of the literature. *Pediatric Rheumatology*. 2017;15(1):19. <http://dx.doi.org/10.1186/s12969-017-0152-6>. PMID:28381287.
10. Lacey SR, Cooper C, Runyan DK, Azizkhan RG. Munchausen syndrome by proxy: patterns of presentation to pediatric surgeons. *J Pediatr Surg*. 1993;28(6):827-32. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3468\(93\)90337-K](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3468(93)90337-K). PMID:8331513.

## Contribuição dos autores

AVP, CGMB, MRG e BNGG idealizaram a carta ao editor, discutiram, analisaram e redigiram a carta. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final da carta.