



DOENÇA CONSTRUÍDA: REFLEXÕES PSICOPATOLÓGICAS, DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E PERSPECTIVAS ÉTICAS NOS TRANSTORNOS FACTÍCIOS

CONSTRUCTED ILLNESS: PSYCHOPATHOLOGICAL REFLECTIONS, DIAGNOSTIC CHALLENGES AND ETHICAL PERSPECTIVES IN FACTITIOUS DISORDERS

Enoghalliton de Abreu Arruda;
Matheus Vogas Alfredo;
Iris Peres Ramos;
Yasmin Gonzaga Florenço Justino;
Nicolly da Silva Pinheiro;
Letícia Arruda Ribeiro da Silva

Article Info: 17 June 2026, Revised: 23 June 2026, Accepted: 23 June 2026, Published: 23 June 2026

Corresponding author:

Enoghalliton de Abreu Arruda, enoghalliton.arruda@hotmail.com

RESUMO

Os transtornos factícios, historicamente reconhecidos sob o epônimo de Síndrome de Munchausen, constituem um dos fenômenos mais intrincados da psicopatologia contemporânea, situando-se no território limítrofe entre o sofrimento psíquico e a simulação somática. O presente estudo teve como objetivo compreender as múltiplas dimensões dessa condição, examinando seus fundamentos histórico-conceituais, dinâmicas psicodinâmicas e os desafios ético-clínicos impostos à prática em saúde. Metodologicamente, realizou-se uma revisão narrativa da literatura de caráter qualitativo e descritivo-reflexivo, fundamentada em bases de dados como SciELO, PubMed e Google Scholar, integrando marcos clássicos e classificações contemporâneas. Os achados indicam que a produção deliberada de sintomas está intimamente associada a histórias de vida marcadas por traumas infantis, rupturas vinculares e necessidades não atendidas de reconhecimento. Identificou-se uma correlação significativa com transtornos de personalidade do Cluster B e um elevado risco de iatrogenia severa, decorrente de investigações invasivas desnecessárias. A era digital introduziu novas complexidades através do acesso facilitado a informações médicas e da validação obtida em comunidades virtuais. Conclui-se que o manejo eficaz exige a superação de visões estigmatizantes e a substituição da confrontação direta por uma aliança terapêutica reparadora. O enfrentamento qualificado dos transtornos factícios demanda a integração entre o rigor científico do diagnóstico diferencial e uma ética humanizada que reconheça a doença construída como uma linguagem legítima do sofrimento humano profundo.

Palavras-chave: Transtornos Factícios. Síndrome de Munchausen. Psicopatologia. Diagnóstico Diferencial. Ética em Saúde Mental.

ABSTRACT

Factitious disorders, historically known as Munchausen Syndrome, represent one of the most intricate phenomena in contemporary psychopathology, located on the borderland between psychological suffering and somatic simulation. This study aimed to understand the multiple dimensions of this condition, examining its historical-conceptual foundations, psychodynamic dynamics, and the ethical-clinical challenges imposed on healthcare practice. Methodologically, a qualitative narrative literature review was conducted with a descriptive-reflective approach, grounded in databases such as SciELO, PubMed, and Google Scholar, integrating classic milestones and contemporary classifications. The findings indicate that the deliberate production of symptoms is closely associated with life histories marked by childhood trauma, relational ruptures, and unmet needs for recognition. A significant correlation with Cluster B personality disorders and a high risk of severe iatrogenesis resulting from unnecessary invasive investigations were identified. The digital age has introduced new complexities through facilitated access to medical information and validation obtained in virtual communities. It is concluded that effective management requires overcoming stigmatizing views and replacing direct confrontation with a restorative therapeutic alliance. Qualified management of factitious disorders demands the integration of scientific rigor in differential diagnosis and a humanized ethics that recognizes constructed illness as a legitimate language of profound human suffering.

Keywords: Factitious Disorders. Munchausen Syndrome. Psychopathology. Differential Diagnosis. Ethics in Mental Health.

1. INTRODUÇÃO

A história da medicina registra inúmeras situações nas quais a fronteira entre o adoecer genuíno e a produção deliberada de sintomas mostrou-se tênue e, por vezes, indistinguível aos olhos clínicos. Dentre as condições que habitam esse território limítrofe, os transtornos factícios ocupam um lugar singular pela profundidade do enigma que representam. Conforme apontam Feldman (2004) e Bass e Halligan (2014), esses transtornos não se resumem a comportamentos enganosos isolados, mas configuram fenômenos psicopatológicos de grande complexidade, onde a subjetividade do paciente se manifesta através de uma narrativa corporal meticulosamente elaborada.

A denominação histórica "Síndrome de Munchausen" foi introduzida por Asher (1951), que descreveu pacientes com histórias clínicas dramaticamente construídas e uma tendência compulsiva à busca de hospitalização. O epônimo faz alusão ao Barão von Münchhausen, personagem literário do século XVIII célebre por seus relatos extraordinários e inverossímeis. Embora o termo persista no imaginário cultural, as classificações técnicas modernas preferem a designação "transtorno factício", refletindo um esforço para afastar a condição do campo da curiosidade anedótica e inseri-la no rigor da análise psicopatológica.

Compreender esta condição implica reconhecer que os comportamentos observados não emergem do vazio nem visam benefícios materiais imediatos. Há uma motivação predominantemente inconsciente que

impulsiona o indivíduo a assumir o papel de doente, frequentemente enraizada em vivências de desamor e abandono. O presente artigo examina as dimensões conceituais, psicodinâmicas e éticas dessa condição, estabelecendo o objetivo de analisar as transformações do paradigma clínico diante do impacto digital e dos riscos assistenciais.

2. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de caráter qualitativo e descritivo-reflexivo. Esta modalidade é fundamental para a síntese interpretativa de conhecimentos sobre fenômenos complexos, permitindo uma análise que transcende a mera catalogação de dados para alcançar a profundidade teórica necessária ao tema (Nunes; Torres, 2020). Diferentemente de revisões sistemáticas, o foco aqui reside na compreensão interpretativa dos processos psicológicos em detrimento de generalizações estatísticas.

Os procedimentos de busca envolveram o levantamento em bases de dados reconhecidas, como SciELO, PubMed e Google Scholar. A seleção das fontes priorizou obras clássicas que estruturaram o campo (Asher, Feldman) e diretrizes contemporâneas presentes no DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) e na CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2022). Os critérios de análise priorizaram a integração de conceitos como trauma, hospitalismo e iatrogenia, visando oferecer uma perspectiva interdisciplinar que contemple a segurança do paciente e o manejo ético.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 RAÍZES HISTÓRICAS E TRANSFORMAÇÕES CONCEITUAIS

O entendimento atual dos transtornos factícios é o resultado de um longo processo de ressignificação. O trabalho seminal de Asher (1951) lançou as bases ao identificar a peregrinação hospitalar de indivíduos cujos sintomas não correspondiam a patologias verificáveis.

Com o tempo, o foco mudou da detecção de "fraude" para uma compreensão psicodinâmica robusta, como proposto por Reich e Gotfried (1989), que argumentaram que a condição é inseparável de uma investigação cuidadosa das experiências de privação afetiva e trauma na história de vida do sujeito.

Nas classificações atuais, observa-se um refinamento importante. O DSM-5-TR (2023) foca na "falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos associada a um engano identificado, mesmo na ausência de recompensas externas óbvias". Já a CID-11 (2022) reforça a entidade como "transtorno factício

imposto a si mesmo", destacando o distanciamento de julgamentos morais que historicamente marcaram o diagnóstico.

Enquanto a CID enfatiza a necessidade de uma abordagem assistencial contextualizada, o DSM mantém a distinção crucial entre o transtorno factício e a simulação (*malingering*): nesta última, o objetivo é o ganho material (financeiro ou legal); no primeiro, a meta é o ganho primário da adoção do papel de paciente e o recebimento de cuidado.

O entendimento atual dos transtornos factícios é o resultado de um longo processo de ressignificação. O trabalho seminal de Asher (1951) lançou as bases ao identificar a peregrinação hospitalar de indivíduos cujos sintomas não correspondiam a patologias verificáveis. Com o tempo, o foco mudou da detecção de "fraude" para uma compreensão psicodinâmica robusta, como proposto por Reich e Gotfried (1989), que argumentaram que a condição é inseparável de uma investigação cuidadosa das experiências de privação afetiva e trauma na história de vida do sujeito.

Nas classificações atuais, observa-se um refinamento importante. O DSM-5-TR (2023) foca na "falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos associada a um engano identificado, mesmo na ausência de recompensas externas óbvias". Já a CID-11 (2022) reforça a entidade como "transtorno factício imposto a si mesmo", destacando o distanciamento de julgamentos morais que historicamente marcaram o diagnóstico.

Enquanto a CID enfatiza a necessidade de uma abordagem assistencial contextualizada, o DSM mantém a distinção crucial entre o transtorno factício e a simulação (*malingering*): nesta última, o objetivo é o ganho material (financeiro ou legal); no primeiro, a meta é o ganho primário da adoção do papel de paciente e o recebimento de cuidado.

3.2 FUNDAMENTOS PSICODINÂMICOS E MECANISMOS DE DEFESA

A análise psicodinâmica revela que a adoção do papel de doente expressa necessidades afetivas profundas. Estudos de Feldman (1998) e Bass e Jones (2011) apontam para a recorrência de traumas infantis e padrões de vinculação insegura que resultam em uma identidade fragilizada.

Kaplan, Sadock e Sadock (2017) ressaltam que o hospital atua como um "refúgio simbólico", onde o ambiente médico substitui lacunas de afeto precoces, transformando o cuidado técnico em uma forma de pertencimento afetivo que o indivíduo não consegue obter por vias convencionais.

A profundidade psicopatológica desta condição é evidenciada pela comorbidade com transtornos de personalidade do Cluster B, notadamente os transtornos borderline, histriônico e antissocial (Oyebode, 2018;

Menezes, 2019). Esses quadros complexificam a dinâmica psíquica, onde mecanismos de negação, racionalização e dissociação operam intensamente.

A dissociação, conforme Halligan, Bass e Oakley (2003), permite que o paciente mantenha um distanciamento afetivo perturbador mesmo durante procedimentos dolorosos ou autoinduzidos. Essa "frieza afetiva" gera um profundo sentimento de estranheza e desconcerto nas equipes de saúde, que muitas vezes sentem sua competência e empatia desafiadas por uma postura clínica que foge à lógica habitual da busca pela cura.

3.3 O LABIRINTO DIAGNÓSTICO E O IMPACTO DIGITAL

O processo diagnóstico é um dos terrenos mais desafiadores, dada a ausência de marcadores biológicos e a habilidade dos pacientes em construir narrativas convincentes (Yates; Bass, 2017). Um diferencial crítico deve ser estabelecido com o Transtorno de Ansiedade de Doença (antiga hipocondria). Conforme Taylor e Asmundson (2004), enquanto no transtorno de ansiedade o sofrimento é genuíno e deriva da interpretação catastrófica de sensações corporais normais, no transtorno factício há a produção deliberada e consciente de sintomas para sustentar o papel de doente, embora a motivação para tal comportamento permaneça, em grande parte, inconsciente.

A era digital introduziu uma variável de complexidade sem precedentes. O acesso facilitado a descrições detalhadas de doenças raras e resultados laboratoriais permite a fabricação de quadros clínicos sofisticados (Bauer & Boorstein, 2018).

O conceito de "refúgio simbólico" hospitalar agora se expande para as comunidades virtuais de saúde (Cleveland Clinic, 2024), onde o reconhecimento do papel de doente é obtido via validação digital. Nessas redes, o indivíduo encontra um público para sua narrativa construída, o que pode reforçar o ciclo de adoecimento e dificultar a intervenção médica tradicional.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DILEMAS ÉTICOS E O RISCO DE IATROGENIA

A assistência a pacientes com transtornos factícios está intrinsecamente ligada ao risco de iatrogenia severa. Investigações invasivas desnecessárias geram complicações médicas reais e permanentes que se sobrepõem à doença fabricada. Yates e Feldman (2016), em uma revisão de 455 casos, evidenciaram um

"sofrimento corporal real" derivado da prática assistencial: cirurgias exploratórias desnecessárias, infecções induzidas por manipulação de cateteres e feridas, e toxicidade por ingestão medicamentosa indevida foram ocorrências comuns. O dano físico, portanto, deixa de ser simulado para tornar-se uma sequela concreta da assistência capturada pelo desejo de adoecer do paciente.

Éticamente, a descoberta do engano situa o profissional em um conflito agudo. Eastwood e Berry (2005) descrevem reações intensas de raiva, sensação de traição e desejo de punição por parte das equipes. A tensão entre o dever de cuidar e o desconcerto diante da mentira pode levar ao abandono do paciente ou a intervenções hostis. O desafio ético central reside em manter a não maleficência, reconhecendo que o "engano" é, em si, o sintoma de uma patologia psíquica grave que demanda contenção clínica, e não julgamento moral.

4.2 ESTRATÉGIAS DE MANEJO E INTERDISCIPLINARIDADE

O manejo eficaz exige uma abordagem multiprofissional integrada. A enfermagem, pela proximidade contínua, e a psicologia, pela escuta qualificada, são estratégias para identificar padrões inconsistentes sem que se rompa o vínculo (Turner; Reid, 2018). É fundamental superar o estigma associado aos termos "fingidor" ou "manipulador", que tendem a levar o paciente a buscar novos serviços e reiniciar o ciclo de iatrogenia em outra instituição.

A literatura desencoraja a confrontação direta e punitiva, que costuma ser contraproducente. Spitzer e Williams (1995) e Lewis (2022) defendem a construção de uma aliança terapêutica reparadora. A estratégia deve focar na manutenção do vínculo e na introdução gradual de perspectivas psicológicas, oferecendo ao paciente uma relação consistente e genuinamente cuidadora.

Ao sentir que seu sofrimento emocional é validado sem a necessidade de fabricar sintomas físicos, o indivíduo pode, gradualmente, abrir mão da "doença construída" como sua única linguagem de acesso ao cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Munchausen e os transtornos factícios consolidam-se como um dos fenômenos mais intrincados da psicopatologia contemporânea, transcendendo a mera observação de sinais clínicos para revelar uma complexa trama de determinantes psicológicos e sociais.

A análise desenvolvida demonstra que a condição não pode ser reduzida a um comportamento isolado de fraude ou simulação, mas deve ser compreendida como uma manifestação profunda do sofrimento humano

que exige dos sistemas de saúde uma abordagem integrada entre o rigor científico e a sensibilidade assistencial.

Os achados evidenciam que a "doença construída" atua como uma linguagem particular do sofrimento, frequentemente enraizada em histórias de vida marcadas por traumas precoces, negligência afetiva e rupturas vinculares. Para esses indivíduos, a adoção do papel de paciente e a ocupação do ambiente hospitalar oferecem uma fonte de pertencimento simbólico e validação emocional que não foi alcançada em outros contextos relacionais, transformando o cuidado médico em um substituto para carências afetivas profundas.

A evolução histórica do conceito, desde o trabalho seminal de Asher (1951) até as atuais definições do DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) e da CID-11 (Organização Mundial da Saúde, 2022), sinaliza um amadurecimento paradigmático essencial. A transição do olhar pitoresco associado ao epônimo original para uma categoria técnica de transtorno mental permite que a clínica se distancie de julgamentos morais estigmatizantes, priorizando a compreensão das necessidades inconscientes do sujeito em detrimento da simples identificação do engano.

Contudo, o "labirinto diagnóstico" permanece como um desafio central, intensificado na contemporaneidade pelo amplo acesso a informações médicas on-line. A era digital permitiu que as narrativas de adoecimento se tornassem mais sofisticadas e convincentes, exigindo que as equipes de saúde desenvolvam um raciocínio clínico longitudinal e atento a padrões de inconsistência que fogem à história natural das patologias orgânicas genuínas.

A relevância assistencial do tema é reforçada pelo risco concreto de iatrogenia, decorrente de investigações diagnósticas repetitivas e intervenções invasivas desnecessárias. O imperativo de garantir a segurança do paciente e a gestão racional dos recursos hospitalares demanda a implementação de protocolos que minimizem danos físicos e que promovam a detecção precoce dos comportamentos factícios, evitando que o ciclo de busca por cuidado resulte em complicações médicas reais provocadas pela própria assistência.

Em última análise, a superação do estigma e a eficácia do manejo clínico dependem de uma atuação interdisciplinar coordenada, na qual a enfermagem ocupa papel estratégico devido à sua proximidade contínua com o paciente.

O compromisso ético da equipe deve priorizar a construção de vínculos terapêuticos sólidos e humanizados, reconhecendo que, por trás da falsificação dos sintomas, reside uma necessidade legítima de acolhimento. Recomendam-se novas investigações clínicas e epidemiológicas que ampliem o corpus de evidências sobre o tema, fortalecendo a qualidade da assistência em saúde mental.

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2023.

ASHER, Richard. Munchausen's syndrome. *The Lancet*, London, v. 257, n. 6650, p. 339-341, 1951.

BASS, Christopher; HALLIGAN, Peter. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet*, London, v. 383, n. 9926, p. 1422-1432, 2014.

BASS, Christopher; JONES, Dee. Psychopathology of factitious disorders and malingering. *Current Opinion in Psychiatry*, London, v. 24, n. 1, p. 49-55, 2011.

BAUER, Amy M.; BOORSTEIN, Seymour M. Factitious disorders in clinical practice. *Psychiatric Clinics of North America*, Philadelphia, v. 41, n. 1, p. 1-16, 2018.

CLEVELAND CLINIC. Factitious Disorder (Munchausen Syndrome). Cleveland: Cleveland Clinic Foundation, 2024.

EASTWOOD, Sarah; BERRY, Katy. Factitious disorders and deception in clinical settings. *Advances in Psychiatric Treatment*, Cambridge, v. 11, n. 5, p. 343-349, 2005.

FELDMAN, Marc D. *Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering and Factitious Disorder.* New York: Routledge, 2004.

FELDMAN, Marc D. *Patient or Pretender: Inside the Strange World of Factitious Disorders.* New York: Wiley, 1998.

HALLIGAN, Peter; BASS, Christopher; OAKLEY, David. *Malingering and Illness Deception.* Oxford: Oxford University Press, 2003.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.* 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

LEWIS, Melvin. Factitious disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Philadelphia, v. 31, n. 2, p. 223-236, 2022.

MENEZES, Paulo Dalgarrondo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

NUNES, Mônica de Oliveira; TORRES, Ana Raquel Rosas. Transtornos factícios: revisão narrativa da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 182-190, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças – CID-11.* Genebra: OMS, 2022.

OYEBODE, Femi. Sims' Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathology. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2018.

REICH, Paul; GOTFRIED, Louis. Factitious disorders in psychiatric practice. American Journal of Psychiatry, v. 146, n. 4, p. 437-441, 1989.

SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. Diagnostic considerations in factitious disorders. Psychiatric Annals, v. 25, n. 2, p. 89-95, 1995.

TAYLOR, Steven; ASMUNDSON, Gordon. Factitious disorder and health anxiety. Journal of Anxiety Disorders, Oxford, v. 18, n. 6, p. 773-790, 2004.

TURNER, Judith; REID, Susan. Munchausen syndrome: clinical and ethical considerations. British Journal of Nursing, v. 27, n. 9, p. 518-523, 2018.

YATES, Gregory P.; BASS, Christopher. The epidemiology of factitious disorders. Current Opinion in Psychiatry, v. 30, n. 5, p. 325-330, 2017.

YATES, Gregory P.; FELDMAN, Marc D. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. General Hospital Psychiatry, v. 39, p. 20-28, 2016.