RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

ARTIGO DE REVISÃO

Transtorno factício: manifestações clínicas e achados de alerta – uma revisão sistemática

Factitious disorder: clinical manifestations and warning findings – a systematic review

Thaynan Fontes Novais[1], Vitor de Oliveira Alves[1], Thiago Lucio Ferreira Félix[1], Paulo Henrique Souza Oton[1], Arnaldo Santos Leite[1]

RESUMO

Introdução: O Transtorno Factício (TF) é definido pela fabricação ou exagero intencional de sintomas por parte do paciente, sem incentivos motivacionais externos evidentes, frequentemente acompanhado por fraude claramente identificável. Os critérios diagnósticos atuais para o TF apresentam baixa sensibilidade. **Objetivo:** Identificar os principais sinais de alerta associados ao TF para auxiliar na precisão do diagnóstico. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática em conformidade com as diretrizes do PRISMA. As buscas foram feitas em seis bases de dados utilizando uma combinação de termos, incluindo "transtorno factício", "apresentação clínica", "sinais e sintomas", "sinais de alerta" e "diagnóstico diferencial." A triagem de títulos e a extração de dados foram realizadas por pares independentes de revisores que analisaram os textos completos dos artigos elegíveis. Estudos publicados nos últimos 25 anos que descrevem os achados de alerta do TF foram incluídos. **Resultados:** A revisão identificou 423 títulos, dos quais 56 artigos foram selecionados para leitura do texto completo, resultando na inclusão de 45 artigos. Um total de 528 achados de alerta foi identificado em 31 especialidades médicas e 16 sistemas afetados. As manifestações clínicas foram divididas em duas categorias: achados subjetivos e objetivos. Psiquiatria foi a especialidade médica mais frequentemente mencionada, enquanto o sistema tegumentar foi o mais afetado. Os achados de alerta citados com frequência incluíram: histórico de múltiplas hospitalizações, procedimentos médicos e consultas; histórias clínicas inconsistentes ou atípicas; sintomas inexplicáveis; conhecimento médico incomum; relações com profissionais de saúde; e resultados normais em testes, apesar dos sintomas relatados. **Conclusão:** O TF apresenta manifestações diversas, necessitando de maior conscientização e capacitação especializada dos profissionais de saúde para garantir o diagnóstico precoce, o manejo eficaz e a prevenção de intervenções desnecessárias ou potencialmente nocivas.

Palavras-chave: Transtorno factício; Síndrome de Munchausen; Sinais de alerta; *Red flags*; Manifestações clínicas; Diagnóstico diferencial.

[1] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Editor Associado Responsável:
Frederico Duarte Garcia
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte/MG, Brasil.

Autor correspondente:
Arnaldo Santos Leite
Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: asleite.medicina.ufmg@gmail.com

Fontes apoiadoras:
Não há.

Conflito de Interesses:
Não há.

Recebido em: 1º Novembro 2025.
Aprovado em: 26 Abril 2026.
Data de Publicação: 10 Agosto 2026.

DOI: 10.5935/2238-3182.2026e36207

ABSTRACT

Introduction: Factitious Disorder (FD) is defined by the intentional fabrication or exaggeration of symptoms by the patient without obvious external motivational incentives, often accompanied by clearly identifiable fraud. Current diagnostic criteria for FD have low sensitivity. **Objective:** To identify key warning findings associated with FD to assist in accurate diagnosis. **Methods:** A systematic review was conducted in adherence to PRISMA guidelines. Searches were performed across six indexing databases using a combination of terms, including "factitious disorder," "clinical presentation," "signs and symptoms," "warning signs," and "differential diagnosis." Title screening and data extraction were carried out by independent pairs of reviewers who analyzed the full texts of eligible articles. Studies published within the last 25 years describing warning findings of FD were included. **Results:** The review identified 423 titles, of which 56 articles were selected for full-text reading, ultimately including 45 articles. A total of 528 warning findings were noted across 31 medical specialties and 16 affected systems. The clinical manifestations were divided into two categories: subjective and objective findings. Psychiatry was the medical specialty most frequently mentioned, while the integumentary system was the most affected. Frequently cited warning findings included: a history of multiple hospitalizations, medical procedures, and consultations; inconsistent or atypical clinical histories; unexplained symptoms; unusual medical knowledge; relationships with healthcare professionals; and normal test results despite reported symptoms. **Conclusion:** FD presents with diverse manifestations, necessitating heightened awareness and specialized training for health professionals to ensure early diagnosis, effective management, and the avoidance of unnecessary or potentially harmful interventions.

Keywords: Factitious disorder; Munchausen syndrome; Warning signs; Red flags; Clinical manifestations; Differential diagnosis.

Introdução

A síndrome de Munchausen, descrita pela primeira vez em 1951[1], refere-se a uma condição na qual os indivíduos exageram ou fabricam seus próprios sintomas, sendo comparados ao personagem literário Barão de Münchhausen, famoso por suas mentiras e exageros[2]. No entanto, o uso desse termo tem sido amplamente contestado por profissionais de saúde, que consideram "Munchausen" desrespeitoso e inadequado para capturar a gravidade dos transtornos, que podem levar a consequências fatais[3]. Em resposta, instituições médicas como a Associação Americana de Psiquiatria (AAP) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) distanciaram-se dessa terminologia, adotando "transtorno factício" (TF) em suas classificações mais recentes[4].

A prevalência do TF é estimada entre 0,5% e 2%[5]. A etiologia dos comportamentos observados no TF ainda carece de adequada compreensão, e não foi estabelecido um fator etológico comum confiável, o que complica seu diagnóstico[3].

Os critérios diagnósticos mais recentes para o TF, de acordo com o DSM-5, incluem a falsificação de sinais ou sintomas psicológicos ou físicos, ou a indução de doença ou lesão (incuindo lesão por procuração ou imposta ao outro), associados a uma fraude claramente identificada. Adicionalmente, o indivíduo apresenta-se para os outros como ferido, doente ou incapacitado. Esse comportamento enganoso persiste mesmo na ausência de incentivos externos evidentes e não pode ser mais bem explicado por outro transtorno mental[3].

Embora os critérios diagnósticos do DSM-5 forneçam uma base conceitual adequada para o TF, sua aplicação prática apresenta limitações[3]. Critérios como "falsificação de sinais ou sintomas" e "comportamento enganoso na ausência de incentivos externos" são de difícil verificação objetiva no contexto clínico[6]. Na prática, a intencionalidade do comportamento raramente é diretamente observável, muitas vezes dependendo de inferências baseadas na evolução do caso. Por exemplo, pacientes podem apresentar quadros clínicos inconsistentes, com exames repetidamente inconclusivos ou incompatíveis com a história relatada, além de múltiplas internações prévias em diferentes serviços, o que levanta suspeita, mas não preenche, de forma isolada, critérios diagnósticos formais. Assim, o clínico frequentemente carece de ferramentas mais objetivas que orientem o reconhecimento precoce do transtorno[7,8].

Diante desse cenário, o objetivo desta revisão sistemática é identificar os principais achados de alerta do TF, examinando aspectos clínicos e evidências comportamentais que possam representar fatores de risco ou indicar a presença da condição, contribuindo para seu reconhecimento adequado. Foram feitos esforços para reunir elementos que sustentem os critérios do DSM-5, fornecendo subsídios para médicos generalistas e especialistas reconhecerem achados subjetivos e objetivos identificáveis na história médica, exame físico e exames complementares, indicando o TF como hipótese diagnóstica ou diagnóstico diferencial, especialmente em apresentações clínicas com manifestações incomuns ou sem correspondência com achados propedêuticos típicos. Finalmente, considerando a ampla variedade de apresentações clínicas do TF, este estudo também buscou descrever as especialidades médicas envolvidas no manejo desses pacientes, bem como os sistemas orgânicos afetados.

Métodos

O objetivo do estudo foi definido utilizando a estratégia SPIDER[9], conforme apresentado na Tabela 1. Uma revisão sistemática foi então conduzida de acordo com os princípios das diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA)[10]. Este estudo foi registrado no *International prospective register of systematic reviews* (PROSPERO) sob o número de identificação CRD42024588689.

A busca por artigos foi realizada em 11 de setembro de 2024, utilizando as bases de indexação científica Lilacs, SciELO, PubMed, Web of Science, Scopus e Embase. Descritores de assuntos e palavras-chave relacionadas a "transtorno factício", "apresentação clínica", "sinais e sintomas", "sinais de alerta" e "diagnóstico diferencial" foram utilizados, todos extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para textos em português e do *Medical Subject Headings* (MeSH) para textos em inglês. Os termos exatos de busca estão apresentados na Tabela 2. As chaves de busca para cada base estão descritas na Tabela 3.

Após a busca nas bases de dados, os artigos encontrados foram organizados na ferramenta eletrônica Rayyan[11] com a eliminação de artigos duplicados. Os revisores TFN e PHSO analisaram, independentemente, os títulos e resumos com vistas à inclusão para leitura do texto completo, sendo os conflitos resolvidos por consenso. Qualquer conflito persistente foi resolvido por ASL. Estudos publicados em inglês, espanhol ou português que abordaram TF, descreveram seus achados de alerta e foram publicados a partir do ano 2000 foram selecionados para leitura completa. Os critérios de inclusão e exclusão utilizados são descritos abaixo:

Critérios de inclusão

Artigos que abordem TF e seus achados de alerta; estudos observacionais ou experimentais; pesquisa qualitativa e/ou quantitativa. Relatos de casos de adolescentes ou adultos (com 13 anos ou mais); artigos de revisão; revisões sistemáticas ou estudos de coorte foram incluídos.

Critérios de exclusão

Artigos em idiomas diferentes de inglês, português ou espanhol foram excluídos, bem como artigos que não envolvessem estudos com humanos, publicações em revistas pediátricas, artigos que analisassem pacientes pediátricos (indivíduos com menos de 13 anos), apresentações em eventos científicos pediátricos e artigos publicados antes do ano 2000.

A leitura dos textos completos dos artigos foi realizada por duas duplas de revisores (TFN e PHSO / VOA e TLFF), de forma cega e independente, sendo os artigos para inclusão na revisão selecionados conforme os mesmos critérios de inclusão da etapa anterior. As mesmas duplas de revisores realizaram a extração de dados dos artigos incluídos, que foram consolidados em uma planilha EXCEL. Discrepâncias foram resolvidas por consenso entre as duplas de revisores. Os seguintes dados foram coletados: título do artigo;

Tabela 1. Estratégia SPIDER.

S – Amostra – pacientes adultos suspeitos ou diagnosticados com transtorno factício
PI – Fenômeno de interesse – manifestações clínicas de pacientes suspeitos ou diagnosticados com transfono factício, principais diagnósticos diferenciais e sinais de alarme que sugerem transtorno factício
D – Desenho – revisões, revisões sistemáticas e relatos de casos de pacientes diagnosticados com transtorno factício
E – Avaliação – identificação de sinais de alarmes e padrões de comportamento de pacientes com transtorno factício
R – Tipo de estudo – pesquisa qualitativa e estudos observacionais.

Fonte: Preparado pelos autores.

autor(es); periódico de publicação; ano de publicação; país de publicação; tipo de estudo; classificação do TF (por procuração?); número de participantes (casos relatados no artigo); dados dos casos relatados (gênero, idade, principal sistema afetado, principal especialidade envolvida, profissão e outras informações relevantes); principais sistemas afetados; especialidade(s) médica(s) envolvida(s); manifestações clínicas; e achados de alerta indicados pelos autores.

As manifestações clínicas identificadas foram classificadas em duas categorias: achados subjetivos, que correspondem às informações obtidas durante a anamnese, e achados objetivos, que são aqueles verificados por meio de exame físico ou exames complementares. Finalmente, foi realizada uma síntese narrativa dos dados coletados visando a responder aos objetivos propostos na revisão.

Tabela 2. Palavras-chaves.

EM INGLÊS	1) "Munchausen syndrome" 2) "factitious disorder" 3) "alarm signs" 4) "red flags" 5) "warning signs" 6) "clinical indicators" 7) "diagnostic criteria"
EM PORTUGUÊS	1) "Síndrome de Munchausen" 2) "transtorno factício" 3) "sinais de alarme" 4) "sinais de alerta" 5) "indicadores clínicos" 6) "comportamento enganoso"
EM ESPANHOL	1) "Síndrome de Munchausen" 2) "trastorno facticio" 3) "señales de alarma" 4) "señales de alerta" 5) "banderas rojas" 6) "indicadores clínicos"

Fonte: Preparado pelos autores.

Resultados

A busca nas bases de indexação resultou na identificação de 423 títulos, dos quais 150 foram excluídos por duplicidade. Entre os 273 títulos e resumos analisados, 56 artigos foram selecionados para leitura do texto completo, resultando, ao final, na inclusão de 45 artigos para análise (Figura 1). Algumas características dos artigos incluídos na revisão sistemática estão apresentadas na Tabela 4.

Sistemas afetados

Na análise dos principais sistemas afetados em pacientes com TF, 7 artigos (15,55%) não permitiram classificação em um sistema específico. Nos demais artigos (84,44%), foi possível identificar 16 sistemas diferentes afetados. Os sistemas mais frequentemente afetados foram: tegumentar (16,67%), digestivo (10,61%), mental (10,61%) e endócrino (9,09%). A distribuição dos sistemas afetados está descrita na Tabela 5.

Tabela 3. Chaves de Busca.

BASE DE DADOS	CHAVES DE BUSCA
SCIELO	("Munchausen syndrome" OR "factitious disorder" OR "Síndrome de Munchausen" OR "trastorno facticio" OR "síndrome de Munchausen")
LILACS	("Sindrome de Munchausen" OR "Transtorno Factício") AND ("sinais e sintomas" OR "sinais de alerta" OR "diagnostico clinico" OR "diagnostico diferencial")
SCOPOUS	(TITLE-ABS-KEY ("Factitious Disorder" OR "Munchausen Syndrome") AND TITLE-ABS-KEY ("alarm signs" OR "red flags" OR "warning signs" OR "warning signals" OR "clinical indicators" OR "diagnostic criteria")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))
PUBMED	((Factitious Disorder[Title/Abstract]) OR (Munchausen Syndrome[MeSH Terms])) AND ((alarm signs) OR (red flags) OR (warning signs) OR (warning signals) OR (clinical indicators) OR (diagnostic criteria))
WEB OF SCIENCE	(Factitious Disorder) OR (Munchausen Syndrome) (Topic) AND (alarm signs) OR (red flags) OR (warning signs) OR (warning signals) OR (clinical indicators) OR (diagnostic criteria) (Topic) and English or Spanish (Languages)
EMBASE	('factitious disorder'/exp OR 'factitious disorder' OR (factitious AND ('disorder'/exp OR disorder)) OR 'munchausen syndrome'/exp OR 'munchausen syndrome' OR (munchausen AND ('syndrome'/exp OR syndrome))) AND ('alarm signs' OR (alarm AND signs) OR 'red flags' OR (('red'/exp OR red) AND flags) OR 'warning signs' OR (('warning'/exp OR warning) AND signs) OR 'warning signals' OR (('warning'/exp OR warning) AND signals) OR 'clinical indicators' OR (('clinical'/exp OR clinical) AND ('indicators'/exp OR indicators)) OR 'diagnostic criteria'/exp OR 'diagnostic criteria' OR (('diagnostic'/exp OR diagnostic) AND criteria))

Fonte: Preparado pelos autores.

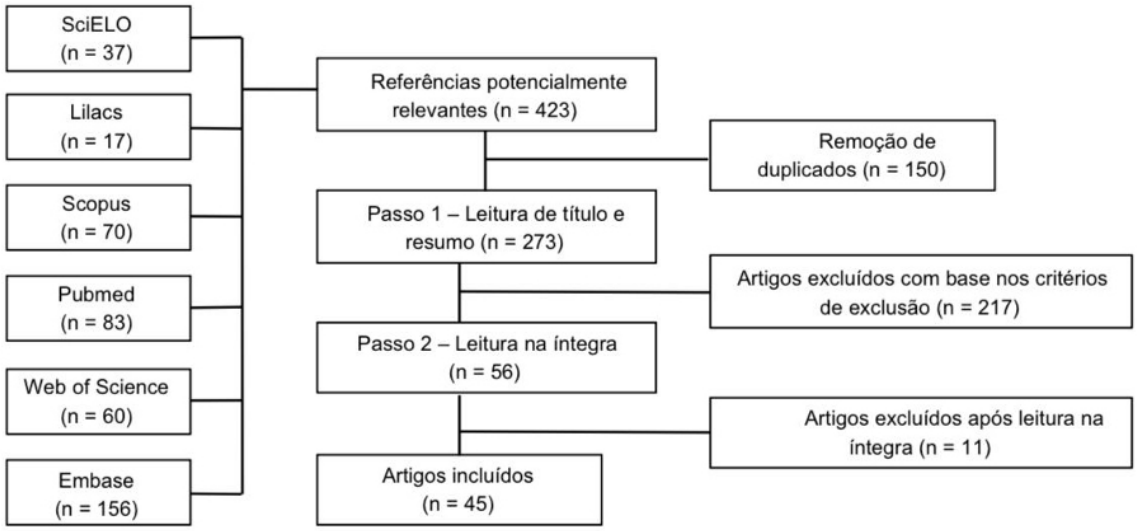


Figura 1. Resultados de busca de acordo com o protocolo PRISMA.

Fonte: Preparado pelos autores.

Tabela 4. Características dos artigos incluídos na revisão.

Autor	Revista	Ano de publicação	País de publicação	Tipo de estudo	Número de casos
Franco et al.[12]	Revista Latino Americana de Bioética	2020	Colômbia	Revisão Narrativa	0
Cruz-Portelles et al.[13]	Nefrología (Madrid)	2012	Espanha	Relato de Caso(s)e Revisão	1
Gattaz et al.[14]	Revista da Associação Médica Brasileira	2003	Brasil	Relato de Caso(s) e Revisão	1
Caselli et al.[3]	Psychology Research and Behavior Managemen	2017	Reino Unido	Revisão	0
Krahn et al.[15]	American Journal of Psychiatry	2003	Estados Unidos	Revisão	0
Oviedo et al.[16]	Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba	2002	Argentina	Relato de Caso	1
Silva et al.[17]	Anais Brasileiros de Dermatologia	2010	Brasil	Relato de Caso	1
Birman et al.[18]	Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons	2012	Estados Unidos	Revisão	0
Steinwender et al.[19]	Wien Klin Wochenschr	2005	Áustria	Relato de Caso	1
Girolami et al.[20]	Hematology	2014	Itália	Revisão Sistemática	0
Gao et al.[21]	Chest Journal	2020	Estados Unidos	Relato de Caso	1
Tlacuilo-Parra et al.[22]	Clinical and experimental rheumatology	2000	Itália	Série de Casos	8
Mailis-Gagnon et al.[23]	The Clinical journal of pain	2008	Estados Unidos	Relato de Caso	4
Comoglu et al.[24]	Brazilian Journal of Otorhinolaryngology	2020	Brasil	Relato de Caso	1
Pereira et al.[25]	CoDAS	2019	Brasil	Carta ao Editor	0
Pedrosa et al.[26]	Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia	2005	Brasil	Relato de Caso(s) e Revisão	1
De Oliveira et al.[27]	Revista Brasileira de Ortopedia	2013	Brasil	Relato de Caso	2

continua...

... continuação Tabela 4

Autor	Revista	Ano de publicação	País de publicação	Tipo de estudo	Número de casos
Schnellbacher et al.[28]	Current psychiatry reports	2016	Estados Unidos	Revisão	0
Bonamonte et al.[29]	Italian journal of dermatology and venereology	2022	Itália	Revisão	0
Alinejad et al.[30]	Innovations in clinical neuroscience	2011	Estados Unidos	Relato de Caso(s) e Revisão	1
Menezes et al.[31]	Brazilian Journal of Psychiatry	2002	Brasil	Relato de Caso(s) e Revisão	1
Maldonado [32]	The American Journal of Forensic Psychiatry	2002	Estados Unidos	Revisão	0
Abeln et al.[33]	The Nursing clinics of North America	2018	Estados Unidos	Revisão	0
Teixeira-Jr et al.[34]	Arquivos de Neuro-Psiquiatria	2005	Brasil	Relato de Caso	1
Aranha et al.[35]	Revista de Medicina (São Paulo)	2007	Brasil	Relato de Caso	1
Santino et al.[36]	Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology	2021	Portugal	Relato de Caso(s) e Revisão	1
Molano et al.[37]	Revista Colombiana de Psiquiatría	2012	Colômbia	Relato de Caso	1
Kinns et al.[6]	Annals of clinical biochemistry	2013	Inglaterra	Revisão	0
Commentz et al.[38]	Revista chilena de neuro-psiquiatría	2022	Chile	Relato de Caso(s) e Revisão	1
Diaz-Puentes et al.[39]	Iatreia	2019	Colômbia	Relato de Caso	1
Hausteiner-Wiehle et al.[7]	Deutsches Ärzteblatt International	2020	Alemanha	Revisão	0
Alfeld et al.[40]	Australasian Journal of Dermatology	2021	Nova Zelândia	Relato de Caso	1
Bérar et al.[8]	BMC psychiatry	2021	Inglaterra	Série de Casos	0
Ameratunga et al.[41]	Allergy, asthma, and clinical immunology	2013	Inglaterra	Relato de Caso	1
San Miguel et al.[42]	Actas Españolas de Psiquiatría	2003	Espanha	Relato de Caso	2
Filho et a.l[2]	Einstein (São Paulo)	2017	Brasil	Revisão Narrativa	0
Andrade et al.[43]	Jornal Brasileiro de Pneumologia	2005	Brasil	Relato de Caso	1
Brito et al.[44]	Revista Cubana de Medicina	2000	Cuba	Revisão Narrativa	0
Amr et al.[5]	Advances in Skin & Wound Care	2017	Estados Unidos	Série de Casos	3
Fischer et al.[45]	Journal of forensic sciences	2017	Estados Unidos	Relato de Caso	1
Aparicio-Turbay et al.[46]	Acta Medica Colombiana	2019	Colômbia	Relato de Caso	1
Kawada[47]	Hong Kong Journal of Emergency Medicine	2022	Japão	Relato de Caso	1
Rivera [48]	Psychosomatic Medicine	2012	Estados Unidos	Relato de Caso	1
Alicandri-Ciufelli et al.[49]	The Laryngoscope	2012	Estados Unidos	Revisão Sistemática	0
Chafetz et al.[50]	The Clinical Neuropsychologist	2020	Inglaterra	Revisão	0

Fonte: Preparado pelos autores.

Especialidades médicas envolvidas

Na análise das principais especialidades médicas envolvidas no cuidado de pacientes com TF, 6 artigos (13,33%) não permitiram classificação em especialidade específica. Nos demais artigos (84,44%), foram identificadas 31 especialidades médicas diferentes. As especialidades mais frequentemente relatadas foram: Psiquiatria (18,18%), Medicina de Emergência (7,79%), Neurologia (7,79%) e Endocrinologia (6,49%) (Tabela 6).

Caracterização dos pacientes relatados

Dos 45 artigos analisados, 28 (62,22%) continham relatos de casos e informações sobre pacientes com TF, identificando um total de 42 pacientes (73,80% mulheres). As idades variaram de 14 a 61 anos, com uma média de 32,28 anos. Em 3 casos, as idades não foram especificadas. As profissões dos pacientes incluíam: 8 da área da saúde (4 enfermeiros, 1 médico, 1 técnico de laboratório, 1 agente de saúde, 1 profissional da saúde), 1 funcionário de biblioteca médica, 1 servidor público municipal, 1 professor e funcionário público, 1 agente de segurança, 2 estudantes, 1 dona de casa e 1 pessoa desempregada. Em 25 casos, a profissão não foi especificada.

Manifestações clínicas

Um total de 528 manifestações clínicas (MC) relacionadas ao diagnóstico de TF foram identificadas. Dessas, 492 (93,18%) puderam ser agrupadas em 71 grupos distintos com base na similaridade semântica. Dos 71 grupos formados, 17 continham mais de 7 MCs cada, representando 326 das MCs agrupadas (61,74% do total). As 202 MCs restantes (38,26%) foram distribuídas entre os grupos menores, incluindo 36 MCs não agrupadas devido a insuficiente similaridade. Dos 17 agrupamentos principais, 9 foram classificados como achados subjetivos (216 MCs) e 8 como achados objetivos (110 MCs). Por "subjetivo", refere-se às conclusões que geralmente são obtidas por meio da anamnese. Lista com as MCs categorizadas em achados subjetivos e objetivos encontra-se publicada como material suplementar (Anexo Suplementar 1 - Material Suplementar*).

Os achados subjetivos mais frequentes incluíram: histórico de múltiplas admissões, internações, procedimentos e consultas médicas; histórico clínico inconsistente e sintomas atípicos; conhecimento médico incomum e relação com a área da saúde; histórico de doenças psiquiátricas e transtornos de personalidade; histórico de abuso, negligência ou ambiente familiar disfuncional; recusa ou resistência ao tratamento psiquiátrico; mentiras patológicas, fabricação de sintomas e manipulação de exames; comportamento evasivo, agressivo ou irritadiço; abandono abrupto do tratamento e fuga hospitalar.

Os achados objetivos mais frequentes incluíram: exames normais apesar dos sintomas relatados; busca persistente por procedimentos diagnósticos e terapêuticos; sintomas recorrentes resistentes ao tratamento e surgimento de novos sintomas; melhora sob observação e piora sem supervisão; ausência de resposta ao tratamento ou reações inesperadas; lesões cutâneas atípicas; lesões que pioram ou persistem sem explicação; achados laboratoriais incomuns ou suspeitos.

Tabela 5. Distribuição dos Sistemas Envolvidos em pacientes diagnosticados com Transtorno Factício.

Sistema Acometido	Número de artigos	Porcentagem (%)
Tegumentar	11	16,67%
Digestivo	7	10,60%
Mental	7	10,60%
Endócrino	6	9,09%
Sistema Nervoso Central	5	7,58%
Geniturinário	5	7,58%
Musculoesquelético	5	7,58%
Respiratório	5	7,58%
Outros	15	22,72%

Fonte: Preparado pelos autores.

Tabela 6. Distribuição das Especialidades Médicas envolvidas no manejo de pacientes diagnosticados com Transtorno Factício.

Especialidade	Número de artigos	Porcentagem (%)
Psiquiatria	14	18,18%
Urgência e emergência	6	7,79%
Neurologia	6	7,79%
Endocrinologia	5	6,49%
Clíncia médica	4	5,19%
Pneumolgoia	3	3,90%
Cirurgia Geral	3	3,90%
Dermatologia	3	3,90%
Gastroenterologia	3	3,90%
Outros	30	38,96%

Fonte: Preparado pelos autores.

É importante destacar que os grupos "Lesões cutâneas atípicas" e "Lesões que pioram ou persistem sem explicação" foram identificados como altamente sugestivos de TF em contextos dermatológicos, destacando a importância de atenção clínica específica nesta especialidade. De forma semelhante, os agrupamentos relacionados ao histórico psiquiátrico, abuso, resistência ao tratamento psiquiátrico e comportamento manipulador foram considerados altamente sugestivos de TF em pacientes sob acompanhamento psiquiátrico.

Discussão

Diversas especialidades médicas podem se deparar com pacientes com TF, tornando evidente a necessidade de

* Acesse o Anexo Suplementar 1 na página do artigo no site da RMMG.

colaboração interdisciplinar entre diferentes profissionais. Apesar do crescente entendimento sobre o transtorno, desafios diagnósticos e a falta de consenso sobre critérios específicos continuam sendo obstáculos para um diagnóstico eficaz e manejo clínico. TF pode se manifestar mimetizando sinais e sintomas em vários sistemas orgânicos, refletindo a natureza multifacetada do transtorno. Esta revisão identificou 16 sistemas diferentes afetados, sendo os sistemas tegumentar (16,67%) e digestivo (10,61%) os mais frequentemente envolvidos.

A presença de achados em múltiplos sistemas em um único paciente sugere que o TF não está restrito a um único campo clínico, mas se apresenta de forma interdisciplinar. Essa abrangência exige que os profissionais de saúde mantenham um alto nível de suspeita diante de achados de alerta para TF, dado que os sintomas podem ser facilmente confundidos com outras condições orgânicas.

A diversidade de especialidades médicas envolvidas no manejo de TF foi notável. A psiquiatria foi a especialidade mais frequentemente citada, com 18,18% dos artigos destacando a importância desta área na compreensão do transtorno. A alta taxa de comorbidades entre TF e transtornos psiquiátricos, como transtornos de personalidade, reforça a centralidade da psiquiatria no diagnóstico e tratamento de TF.

A necessidade de uma abordagem multidisciplinar torna-se clara ao observar que o TF não está confinado a uma única especialidade, mas requer colaboração entre diversos profissionais de saúde. A literatura indica que, para um diagnóstico eficaz, os médicos devem estar familiarizados não somente com os achados físicos e psicológicos, mas também com as dinâmicas comportamentais que caracterizam o TF, como histórico de múltiplas admissões, procedimentos e consultas médicas[13], além de histórico de busca por diversos hospitais para internação[14].

As informações sobre o perfil dos pacientes indicam que o TF afeta predominantemente mulheres e é mais prevalente entre jovens e adultos de meia-idade. A predominância feminina é consistente com estudos anteriores, que apontam uma maior prevalência de TF entre mulheres, embora a razão para essa disparidade ainda não seja totalmente compreendida[7,8,13,14,16,22-24,28,33,38].

Um aspecto interessante é a alta taxa de indivíduos da área da saúde entre pacientes com TF (19,05%), levantando a hipótese de que o conhecimento médico pode facilitar a simulação de sintomas ou a manipulação de exames. A associação entre profissões relacionadas à saúde e a maior probabilidade de apresentar TF foi observada em diversos estudos[2,6,8,13,14,20,22,25,28-33,35,41,43,44,49]. Este fator deve ser considerado pelos médicos e outros profissionais de saúde, que podem enfrentar dificuldades na identificação do transtorno em pacientes com formação ou experiência médica, aumentando, consequentemente, o grau de manipulação dos dados clínicos. Pacientes com experiência ou envolvimento na área da saúde têm maior facilidade em manipular os sistemas de saúde a seu favor, seja induzindo sintomas, seja controlando diagnósticos e tratamentos[6,8,13,31-33,41,44]. Esses indivíduos interpretam bem os exames laboratoriais, conhecem sinais vitais e outros achados de exame físico, e entendem como suas condições podem ser percebidas pelos médicos, tornando-se mais habilidosos na simulação ou exagero de doenças[6,8,13,31-33,41,44]. Essa associação reforça a necessidade de maior vigilância por parte dos profissionais de saúde em relação a pacientes com histórico ou treinamento na área médica, pois podem dificultar ainda mais a identificação da verdadeira natureza do transtorno.

A categorização e agrupamento das manifestações clínicas foi um dos principais objetivos desta revisão. Foram identificadas 528 manifestações clínicas, das quais 492 foram agrupadas em 71 categorias distintas. A divisão entre achados subjetivos (66,26%) e objetivos (33,74%) foi um dado relevante, indicando que o diagnóstico de TF muitas vezes depende de achados subjetivos, como histórico médico inconsistente e múltiplas hospitalizações. A identificação de achados objetivos, como exames normais, apesar de sintomas persistentes, também foi significativa, pois podem ser cruciais para levantar suspeitas de que o transtorno não tem origem orgânica. Achados de lesões cutâneas atípicas, por exemplo, têm valor diagnóstico substancial, devido à associação frequente com autolesões.

Apesar do sucesso do estudo na classificação de dados objetivos e subjetivos, um desafio significativo foi observado na falta de clareza dos critérios diagnósticos do DSM-5 para TF. Os critérios de diagnóstico permanecem vagos e pouco definidos, dificultando a padronização do diagnóstico entre os profissionais de saúde[3]. A ausência de um conjunto amplamente aceito de critérios para identificação de TF é uma das maiores barreiras para um diagnóstico precoce e eficaz.

Adicionalmente, é importante enfatizar que existem vários subtipos de TF[4]. Por exemplo, indivíduos afetados podem induzir sinais clínicos através da manipulação inadequada de fluidos corporais, como sangue e fezes, ou pelo abuso de medicamentos[4]. A literatura médica documenta vários casos relacionados a essa prática, incluindo o uso clandestino de substâncias como tiroxina, esteroides, uso inadequado de insulina (manifestando-se como "hipoglicemia factícia"), e até adrenalina[4]. Outro aspecto desafiador no diagnóstico de TF é que os sintomas físicos podem ser, em grande parte, indistinguíveis das manifestações clínicas de doenças reais[48]. A análise de sintomas psiquiátricos concomitantes tem utilidade limitada devido à sua alta prevalência em casos não factícios[48]. No entanto, um histórico detalhado do paciente pode oferecer pistas sobre a presença de TF[48].

O diagnóstico de TF é de extrema importância, pois a síndrome pode simular doenças genuínas, resultando em intervenções desnecessárias e potencialmente prejudiciais[48]. Os métodos empregados pelos pacientes para induzir sintomas frequentemente levam a complicações graves, como lesões cerebrais, coma e até morte[4]. Por outro lado, os procedimentos de investigação e tratamento podem causar morbidade significativa e até mortalidade, devido a intervenções desnecessárias e, muitas vezes, iatrogênicas, como pancreatectomias, laparotomias, remoção das glândulas adrenais ou ressecção de tumores hipofisários[4].

Apesar dos riscos associados, os pacientes frequentemente demonstram disposição em enfrentar dificuldades consideráveis para manter a ilusão de doença[7]. Como resultado, o TF frequentemente culmina em admissões repetidas em hospitais, períodos prolongados de hospitalização e aumento da pressão sobre sistemas de saúde já sobrecarregados[2,3]. O aumento nos custos é gerado principalmente pela realização de testes e procedimentos desnecessários e inconclusivos. Ainda mais preocupante é a intervenção terapêutica inadequada em pacientes com diagnósticos errôneos, frequentemente acarretando hospitalizações prolongadas[25]. Além disso, quando a natureza factícia do transtorno se torna evidente, é comum que a equipe médica experimente uma contratransferência negativa, marcada por sentimentos de angústia, raiva e conflito entre a equipe, o paciente e seus familiares[35].

A dificuldade dos médicos em diagnosticar o TF é uma questão complexa com implicações éticas, legais e práticas. A hesitação em rotular pacientes com esse transtorno pode se justificar pela preocupação com a judicialização e pelo desejo de proteger a relação médico-paciente. Médicos podem temer que um diagnóstico de TF abale a credibilidade do paciente e, em consequência, leve a ações legais. Dilemas éticos também desempenham um papel crucial na resistência ao diagnóstico. Diagnosticar um transtorno que envolve fraude pode ser visto como uma violação do princípio de não maleficência. Essa apreensão em diagnosticar formalmente o TF frequentemente se traduz em uma redução do registro de casos em prontuários médicos. A subnotificação leva a uma escassez de publicações sobre o tema na literatura médica.

Esta revisão sistemática apresenta várias limitações. Houve uma escassez de artigos sobre TF publicados após 2015, o que restringe a atualização do tema e impede que as descobertas mais recentes sobre diagnóstico e manejo sejam amplamente aplicadas. Além disso, a dificuldade em determinar com precisão qual profissional atendeu o paciente em vários estudos revisados representa desafios para compreender como diferentes especialidades colaboram no diagnóstico e manejo do TF. Também é relevante destacar a falta de estudos longitudinais e de coorte sobre TF, que seriam essenciais para rastrear a evolução do transtorno ao longo do tempo, bem como para identificar fatores de risco, opções terapêuticas e prognóstico. Além disso, a exclusão de publicações relacionadas a populações pediátricas no presente trabalho subestimou a ocorrência do TF por procuração, que é mais comum entre crianças[2].

Um ponto forte deste estudo é que ele é a primeira revisão sistemática a abordar estruturalmente a distribuição dos sistemas afetados, as especialidades médicas envolvidas, os perfis clínico-demográficos dos pacientes e os achados de alerta descritos na literatura. A categorização dos achados em objetivos e subjetivos também representa uma metodologia interessante, que pode auxiliar trabalhos futuros na definição de critérios diagnósticos mais precisos e aplicáveis à prática clínica.

Conclusão

Os achados desta revisão sistemática ampliam o entendimento clínico sobre TF, destacando a diversidade de suas manifestações, a multiplicidade de especialidades médicas envolvidas e a ocorrência de achados de alerta subjetivos e objetivos. A análise de 45 artigos revelou 528 diferentes manifestações clínicas, organizadas em agrupamentos temáticos que podem auxiliar no reconhecimento precoce da condição, contribuindo para a redução de procedimentos desnecessários e de iatrogenia. A predominância de pacientes jovens do sexo feminino com vínculo à área da saúde ressalta a importância de um histórico médico detalhado em meio a um elevado grau de suspeição em casos que se apresentam como estranhos e desviam do comportamento usual. A categorização estruturada de achados subjetivos e objetivos representa um avanço metodológico que pode orientar futuras diretrizes para o diagnóstico e o manejo clínico do TF.

Destaques

- Foram identificadas 528 manifestações clínicas, organizadas em 71 grupos temáticos.
- Predominância de achados subjetivos, como múltiplas admissões hospitalares e histórico inconsistente.
- Pacientes da área da saúde representaram 19% dos casos relatados.
- A psiquiatria e o sistema tegumentar foram os mais frequentemente envolvidos.
- A organização dos achados por sistemas afetados, achados objetivos e achados subjetivos pode apoiar a criação de protocolos clínicos mais eficazes para o reconhecimento do TF.

Agradecimentos

Os Materiais Suplementares podem ser acessados na página do artigo em nosso site. Acesse o site em: https://rmmg.org/.

Contribuição dos Autores

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo:

Conceptualização: TF Novais; PHS Oton. *Investigação*: TF Novais; V de O Alves; TLF Félix; PHS Oton. *Metodologia*: AS Leite. *Visualização & Escrita – análise e edição*: TF Novais; PHS Oton; AS Leite. *Administração do Projeto, Supervisão & Escrita – rascunho original*: AS Leite. *Curadoria de Dados*: TF Novais; V de O Alves.

Copyright

Copyright© 2025 Novais et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Referências

1. Asher R. Munchausen's Syndrome. Lancet. 1951;1(6650):339-41.
2. Sousa Filho DF, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen Syndrome by proxy: a narrative review. Einstein (Sao Paulo). 2017;15(4):516–21.
3. Caselli I, Poloni N, Ielmini M, diurni M, Callegari C. Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of Factitious disorders in DSM-5. Psychol Res Behav Manag. 2017;10:387-94.
4. Kyriacou H, Duggleby W, Hatoum A, Khan T, Manley G, Filippidou M. Factitious hypoglycaemia: a case report and literature review. Psychiatr Danub. 2020;32(Suppl 1):S121–S129.
5. Amr A, Schmitt C, Kuipers T, Schoeller T, Eckhardt-Henn A, Werdin F, et al. Identifying and managing patients with factitious wounds. Adv Skin Wound Care. 2017;30(12):1–7.
6. Kinns H, Housley D, Freedman DB. Munchausen syndrome and Factitious Disorder: the role of the laboratory in its detection and diagnosis. Ann Clin Biochem. 2013;50(Pt 3):194-203.
7. Hausteiner-Wiehle C, Hungerer S. Factitious disorders in everyday clinical practice. Dtsch Arztebl Int. 2020;117(26):452-9.
8. Bérar A, Bouzillé G, Jego P, et al. A descriptive, retrospective case series of patients with Factitious disorder imposed on self. BMC Psychiatry. 2021;21(1):588. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-02103582-8.
9. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. Qual Health Res. 2012;22(10):1435–43.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71.
11. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016;5(1):210. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4.
12. Franco J de OB, Batistão R da S, dos Santos DC, Ferreira, WF da S, CR de Vasconcelos. Bioética e sociedade: transtorno factício autoimposto e imposto a outro. Rev Latinoam Bioét. 2020;20(1):49–66.
13. Cruz-Portelles A, Fernández-Chelala BE, Peña-Castillo Y. Mujer de 31 años con síndrome de Munchausen en hemodiálisis: reporte de un caso y revisión de la literatura. Nefrología (Madrid). 2012;32(4):552-4.
14. Gattaz WF, Dressing H, Hewer W, Nunes P. Münchhausen syndrome: diagnosis and management. Rev Assoc Med Bras (1992). 2003;49(2):220-4.
15. Krahn LE, Li H, O'Connor MK. Patients who strive to be ill: Factitious disorder with physical symptoms. Am J Psychiatry. 2003;160(6):1163-8.
16. Oviedo B, Savini S, Bauducco G, Blangino K. Munchausen syndrome. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Córdoba). 2002;59:125-9.
17. Silva NMR e, Petrucci GW, Palitot EB, Azzouz MA, Azzouz S dE F. Dermatite factícia desencadeada pela síndrome de Münchausen. An Bras Dermatol. 2010;85(1):77-9.
18. Birman MV, Lee DH. Factitious disorders of the upper extremity. J Am Acad Orthop Surg. 2012;20(2):78-85.
19. Steinwender C, Hofmann R, Kypta A, Leisch F. Recurrent symptomatic bradycardia due to secret ingestion of beta-blockers - a rare manifestation of cardiac Munchhausen syndrome. Wien Klin Wochenschr. 2005;117(18):647-50.
20. Girolami A, Bertozzi I, Tasinato V, Sambado L, Treleani M. Bleeding manifestations apparently unrelated to coagulation or other organic disorders: a tentative classification and diagnostic clues. Hematology. 2014;19(5):293–8.
21. Gao C, Schroedl C. Recurrent hemoptysis: when to suspect something more. Chest. 2020;158:A1967.
22. Tlacuilo-Parra JA, Guevara-Gutierrez E, Garcia-De La Torre I. Factitious disorders mimicking systemic lupus erythematosus. Clin Exp Rheumatol. 2000;18(1):89-93.
23. Mailis-Gagnon A, Nicholson K, Blumberger D, Zurowski M. Characteristics and period prevalence of self-induced disorder in patients referred to a pain clinic with the diagnosis of complex regional pain syndrome. Clin J Pain. 2008;24(2):176-85.
24. Comoglu S, Enver N, Sen C, Aydemir L. Migration of a foreign object to the parapharyngeal space: an unusual Factitious disorder. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86(2):261-3.
25. Pereira AV, Molina-Bastos CG, Gonçalves MR, Goulart BNG de. Transtorno factício e a equipe interdisciplinar: identificação de sinais e fatores de risco. CoDAS. 2019;31(1):1-2.
26. Pedrosa W, Santana G. [Pseudomalabsorption of levothyroxine: a case report]. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2005;49(2):308-13.
27. de Oliveira RK, Bayer LR, Lauxen D, Roth F, Serrano PD, Ruschel PH. Factitious lesions of the hand. Rev Bras Ortop. 2013;48(4):381–6.
28. Schnellbacher S, O'Mara H. Identifying and managing malingering and Factitious disorder in the military. Curr Psychiatry Rep. 2016;18(11):105.
29. Bonamonte D, Foti C, Marco A de, Hansel K, Cecchini E, Filoni A, et al. Self-inflicted pathological cutaneous disorders. Part I. Ital J Dermatol Venereol. 2022;157(6):480-8.
30. Alinejad NA, Oettel DJ. Factitious disorder as repeated diabetic ketoacidosis: a case report. Innov Clin Neurosci. 2011;8(2):41-7.
31. Menezes APT de, Holanda É de M, Silveira VAL, Oliveira KC da S de, Oliveira FGM. Síndrome de Munchausen: relato de caso e revisão da literatura. Braz J Psychiatry. 2002;24(2):83-5.
32. Maldonado JR. When patients deceive doctors: A review of factitious disorders. American Journal of Forensic Psychiatry. 2002;23:29-58.
33. Abeln B, Love R. An overview of Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy. Nurs Clin North Am. 2018;53(3):375-84.

34. Teixeira Jr AL, Cardoso F. Factitious disorder mimicking addiction to levodopa in a patient with advanced Parkinson's disease. Arq Neuropsiquiatr. 2005;63(2A):324-6.

35. Aranha GF, Carvalho LZM de, Guarniero FB, Soares SM de SR. Transtorno factício: um desafio para as diversas especialidades. Revista de Medicina. 2007;86(1):14-9.

36. Santino MFF, Fernandes NC, Quintella DC, Cuzzi T. Perturbação factícia bolhosa simulando penfigoide bolhoso: relato de caso e revisão da literatura. Rev Soc Port Dermatol Venereol. 2021;79(2): 163-7.

37. Molano JC, Cortés N, Noguera E. Trastorno facticio en obstetricia: reporte de caso. Rev Colomb Psiquiatr. 2012;41(2):429-35.

38. Commentz AN, Jara LR. Trastorno facticio en adultos: a propósito de un caso y revisión de literatura. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2022;60(3):355-60.

39. Diaz-Puentes M, Colon CA, Rosselli D. A case report of type 1 diabetes mellitus and factitious hypoglycemia in a patient with Munchausen syndrome. Iatreia. 2019;32(3):232-5.

40. Alfeld K, Mahon C. A case of Sweet turned sour. Australas J Dermatol. 2021;62:e620.

41. Ameratunga R, Casey P, Parry S, Kenedi C. Hypogammaglobulinemia factitia- Munchausen syndrome masquerading as common variable immune deficiency. All Asth Clin Immun 2013;9(1):36.

42. San Miguel PS, Lledó JB, Crespo RC, Aldana LL. Familiar Munchausen syndrome: an unusual presentation. Actas Esp Psiquiatr. 2003;31(5):302-5.

43. Andrade TLES, Pereira-Silva JL. Hemoptise fictícia na síndrome de Munchhausen: uma entidade a ser considerada no diagnóstico diferencial. J Bras Pneumol. 2005;31(3):265-8.

44. Espinosa Brito AD, Figueiras Ramos B, Mendilahaxon López JB, Espinosa Roca AA. Síndrome de munchausen: un reto para el clínico. Rev Cubana Med. 2000;39(4):228-37.

45. Fischer CA, Beckson M, Dietz P. Factitious disorder in a patient claiming to be a sexually sadistic serial killer. J Forensic Sci. 2017;62(3):822-6.

46. Aparicio-Turbay S, Alvarado-Castro C, Noguera-Alfonso E. Síndrome de Münchhausen. Acta Méd Colomb. 2019;44(1):43-6.

47. Kawada S. A case report for desaturated factitious disorder in emergency room. Hong Kong J Emerg Med. 2022;29:30S.

48. Rivera TB. No pain no gain: the complicated course of malingering, factitious disorder and conversion disorder. Psychosom Med. 2012;74:A71.

49. Alicandri-Ciufelli M, Moretti V, Ruberto M, Monzani D, Chiarini L, Presutti L. Otolaryngology fantastica: the ear, nose, and throat manifestations of Munchausen's syndrome. Laryngoscope. 2012;122(1):51-7.

50. Chafetz MD, Bauer RM, Haley PS. The other face of illness-deception: diagnostic criteria for factitious disorder with proposed standards for clinical practice and research. Clin Neuropsychol. 2020;34(3):454-76.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.