

### COMO OS MÉDICOS SÃO PRESSIONADOS A PRESCREVER

Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressure general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004; 328:1057.

Provavelmente a decisão clínica mais vacilante e ambígua da nossa prática clínica surge quando os doentes apresentam sintomas físicos não explicáveis por doença somática. Apesar da convicção do clínico, vulgarmente são prescritos

medicamentos e ECD, frequentemente ineficazes e por vezes iatrogénicos, justificados pela pressão imposta pelos pacientes. Com o objectivo de compreender como os médicos se sentem influenciados neste processo de decisão clínica, investigadores ingleses desenharam um estudo qualitativo utilizando a análise de consultas audio-gravadas, de sete unidades de saúde no contexto dos CSP. Foram incluídos no estudo aqueles pacientes que imediatamente após a consulta cumpriam quatro critérios identificados pelo médico: 1) apresentação de um sintoma físico; 2) sintomas que existiam há pelo menos três meses; 3) sintomas que provocaram incómodo ou perturbação ao doente e 4) sintomas que não podiam ser explicados por doença física reconhecida.

Procurou-se, então, identificar todas as formas de abordagem do doente, mesmo as mais subtis, que poderiam provocar pressão sobre os médicos na decisão clínica.

Analisaram-se transcrições de consultas de 36 pacientes (34 europeus caucasianos e 26 mulheres), que apresentaram entre um a sete sintomas, sendo os mais comuns: queixas abdominais (10), dor nos membros (9) e cefaleias (7). Foram sujeitos a prescrição (27), investigação com ECD (12), referenciados a outro especialista (4), «baixa» (5) e apenas dois indivíduos não receberam qualquer intervenção. 24 pacientes referiram repetidamente que os sintomas alteravam a sua vida profissional e social, embora nenhum tenha pedido de forma explícita qualquer investigação clínica ou referência, e dez solicitaram medicação.

Na análise da comunicação verbal estabelecida, foram identificados como fontes potenciais de pressão

sobre o médico: os efeitos negativos das queixas no quotidiano do paciente; o uso de linguagem emotiva e metafórica; as explicações biomédicas; a perturbação emocional causada pelos sintomas; a crítica e a negação; a apresentação complexa dos sintomas; e a autoridade externa, ao citar outros indivíduos, habitualmente familiares que atestam a gravidade das suas queixas. Dado que estas estratégias de eventual influência sobre o médico, não põe em causa a autoridade do médico no processo de decisão clínica, o que leva, então, os prestadores a intervir sintomaticamente mesmo sem acreditarem na existência de uma doença física que justifique as queixas inexplicáveis da maioria dos pacientes? Os autores apontam, por um lado, que o sentimento de pressão e pedido de ajuda poderá ser suficiente, por outro, a resposta prática habitual dos CG é intervir sintomaticamente, indo ao encontro do desejo implícito do paciente. Não há, contudo, qualquer evidência que apoie esta atitude clínica em relação ao desejo tácito dos pacientes, contrariando mesmo duas evidências: 1) os doentes procuram no médico preferencialmente explicações e apoio mais do que intervenção sintomática; 2) os CG são ineficientes na detecção das intenções dos doentes.

Mário Santos  
CS Oeiras