

Ups! Será que é MUPS?

JAIME CORREIA DE SOUSA*

Todos os médicos de família viveram já a experiência de consultas em que o paciente refere queixas múltiplas, imprecisas e repetidas, para algumas das quais não é possível determinar uma causa biológica, psicológica ou social¹ nem fornecer ao doente uma explicação credível que o ajude a compreender os seus problemas e a lidar com eles e em que nenhum conselho ou medicação parece fazer efeito.

Os doentes que apresentam este tipo de sintomas podem despertar nos médicos sentimentos de desconforto, sensação de frustração ou mesmo irritação e muitos confessam que, nestas consultas, não sabem muito bem o que fazer. As queixas que não permitem aos médicos uma conclusão diagnóstica são frequentemente chamadas de «vagas». Mas, do ponto de vista do paciente, elas são bem reais e eles podem apenas ter algum grau de dificuldade de expressarem o que sentem, a natureza da queixa, a localização do sintoma no corpo ou a incapacidade que lhes provocam. Os médicos é que não conseguem colocá-las numa categoria diagnóstica e é por isso que lhes chamam «**Clinicamente não explicáveis**». Na literatura médica de língua inglesa um dos acrónimos utilizados é **MUPS** (*Medically Unexplained Physical Symptoms*), designação que se adopta neste editorial.

As queixas clinicamente não explicáveis podem provocar desconforto nos médicos pelo receio de que seja um sintoma inicial de doença grave ou pela dificuldade de assumir que não sabem ou ainda não sabem explicar o que o doente tem. Esta imprecisão e a prática de medicina defensiva leva os médicos a pedir numerosos exames complementares de diagnóstico que acabam por detectar alterações analíticas nem sem-

pre relacionadas com as queixas e que vão implicar novos exames cada vez mais diferenciados, invasivos e dispendiosos, com o consequente aumento da referenciação.² Uma vez no hospital, estes doentes são novamente submetidos a investigações exaustivas e dispendiosas, circulam de especialidade em especialidade e acabam muitas vezes sem qualquer diagnóstico. Outras vezes são encontradas alterações físicas em fase assintomática, por vezes sem grandes consequências para a saúde futura do doente ou numa fase muito precoce da história natural da doença e que nada têm que ver com os sintomas e queixas apresentados e não ajudam o médico de família a explicar ao doente o que tem.

De regresso à consulta de medicina geral e familiar é o médico de família que irá ter que lidar com este doente que, para além de não ter obtido uma explicação credível para as suas queixas físicas, para ele bem reais, pode ter ficado convencido de que tem uma doença grave dada a quantidade de exames e tratamentos a que foi submetido mas que os médicos especialistas do hospital não conseguiram detectar. Por vezes o doente mantém as mesmas queixas mas, entretanto, adquiriu hábitos de investigar agressivamente todo e qualquer sintoma até à exclusão de doença grave. Uma vez iniciado o ciclo, é difícil de o parar, pelo que toda a atenção da MGF deve ser colocada na identificação precoce de uma provável **MUPS** e nas estratégias para lidar com a situação de forma adequada.

O principal obstáculo reside, por um lado, na dificuldade sentida por muitos médicos na compreensão das crenças e expectativas dos doentes, em lidar com a incerteza ou num ênfase insuficiente na relação médico-doente e, por outro lado, na pressão tecnológica, no

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

mito de que exames sofisticados e o recurso a especialistas são a solução para esclarecer a origem dos sintomas e para chegar a um diagnóstico.

As queixas não explicáveis são frequentes em MGF.³ As estimativas de sintomas clinicamente não explicáveis variam entre 10 a 20 % de todos os motivos de consulta.² Em muitas consultas não é possível estabelecer uma causa somática. As queixas podem corresponder a estádios iniciais menos desenvolvidos das doenças, tratar-se de um quadro de perturbação somatoforme, classificável segundo a DSM IV⁴ ou ser uma situação de **MUPS**.

Na taxonomia clássica, uma doença é definida como um conjunto de sinais ou sintomas inter-relacionados com um enquadramento etiológico específico, uma via fisiológica característica, uma história natural previsível e a necessidade de uma terapêutica própria. Na prática clínica diária, no entanto, essas doenças acontecem apenas em alguns pacientes. Consideram-se queixas não explicáveis (MUPS) quando após uma colheita da história e exame físico adequados, tomando em consideração as circunstâncias psicológicas e sociais, não se pode retirar qualquer conclusão concreta.⁵

Os sintomas são geralmente inespecíficos, ou a combinação de sintomas aponta o diagnóstico para várias direções. Os sintomas iniciais de certas doenças são atípicos e partilhados com outras doenças mas, muitas vezes, surgem vários sinais e sintomas incaracterísticos no mesmo doente, sem qualquer explicação etiológica ou fisiológica.

O aumento de prevalência de agrupamento de sinais e sintomas inespecíficos (ou síndromas) no mesmo doente de forma crónica veio criar novas entidades diagnósticas tais como o Síndrome de Fadiga Crónica, a Fibromialgia ou o Síndrome do Cólon Irritável,^{6,7} entre outras. De acordo com a definição, nenhum deles é verdadeiramente uma

doença. O facto de as definições destes síndromas serem apenas descritivas permite concluir que ainda são doenças mal definidas. No entanto, têm sido objecto de inúmeras publicações científicas e começa já a aparecer uma tendência para sub-especialização nas pessoas que se dedicam ao seu estudo sem contudo serem ainda capazes de propor um modelo explicativo fisiopatológico, critérios de diagnóstico bem definidos ou um tratamento eficaz.

Em última análise é o médico de família que tem que desempenhar um papel decisivo na gestão da incerteza associada a MUPS. Uma relação de confiança médico-paciente pode permitir ao doente aceitar permanecer mais tempo sem um diagnóstico.⁸⁻¹⁰ Têm sido propostos alguns modelos para gerir **MUPS** na consulta; entre eles destaca-se o modelo P-P-P (factores Predisponentes, Precipitantes e Perpetuantes) em que se procura compreender a diferença entre doença e dorlência (enfermidade)⁸ e a técnica BATHE (**B**ackground, **A**ffect, **T**rouble, **H**andle, **E**mpathy),¹⁰ por serem sobretudo destinados à consulta de MGF.

A utilização do acrónimo **MUPS** revela uma perspectiva algo medicocêntrica mas, como está a surgir na literatura médica nos últimos tempos com alguma frequência e enquanto não acordarmos num termo mais centrado no paciente, sugere-se a sua utilização para designar genericamente esta área do conhecimento.¹¹ O acrónimo em português para designar os *Sintomas Físicos Clinicamente Não Explicáveis* resultaria em SFCNE; como não parece oferecer uma alternativa adequada, sugere-se a utilização do acrónimo de língua inglesa **MUPS**.

O tema do diagnóstico em situações indiferenciadas e, dentro deste, dos problemas clinicamente não explicáveis, sendo frequente em medicina geral e familiar, requer da parte do médico a aquisição de determinadas competên-

cias que lhe permitam compreender e responder adequadamente aos pedidos de ajuda que o doente lhe traz. Na realidade a formação que a maior parte dos médicos teve sobre diagnóstico em situações indiferenciadas foi insuficiente ou mesmo inexistente. O treino em problemas clinicamente não explicáveis não tem feito parte dos currículos da maior parte das faculdades de medicina e na formação complementar específica não tem sido tratado com profundidade suficiente. Apesar do já considerável número de publicações existentes o assunto é frequentemente abordado na literatura científica de forma imprecisa e ainda com grande diversidade de modelos de explicação ou mesmo de nomenclatura.

Queixas não explicáveis e síndromas mal definidos formam em conjunto o grupo de incerteza de diagnóstico. É necessária muito mais investigação para aumentar a compreensão do enquadramento e da gestão dos diagnósticos em situações indiferenciadas. É importante que o tema comece a fazer parte das reuniões científicas, das publicações e do ensino pré e pós-graduado em MGF, preparando melhor os futuros médicos de família para lidar com a gestão da incerteza de forma adequada, prevenindo a medicalização, o excesso de exames complementares, de medicação e de referência e contribuindo, de facto, para ajudar os doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butler CC, Evans M, Greaves D, Simpson S. Medically unexplained symptoms: the biopsychosocial model found wanting. *J R Soc Med* 2004 May;97 (5):219-22.
2. Dinant GJ. Undifferentiated illness and uncertainty in diagnosis and management. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al, editors. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. New York: Oxford University Press, 2004. p. 201-02.
3. Komaroff AL. Symptoms: in the head or in the brain? *Ann Intern Med* 2001;134:783-5.
4. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Sirbu C, Dwamena FC, Hodges A, et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2005 Jan-Feb; 67 (1): 123-9.
5. van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, Grol R, Bindels PJE, Dinant GJ. Blood test ordering for unexplained complaints in general practice: the VAMPIRE randomised clinical trial protocol. *BMC Fam Pract* 2006 Mar 22; 7 (1): 20.
6. Sharpe M, Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001 May 1; 134 (9 Pt 2):926-30.
7. Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med* 2001 May 1; 134 (9 Pt 2): 803-8.
8. Walker EA, Unutzer J, Katon WJ. Understanding and caring for the distressed patient with multiple medically unexplained symptoms. *J Am Board Fam Pract* 1998 Sep-Oct; 11 (5): 347-56.
9. Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients: part I. Practical diagnosis. *Am Fam Physician* 2000 Feb 15; 61(4):1073-8.
10. Servan-Schreiber D, Tabas G, Kolb R. Somatizing patients: part II. Practical management. *Am Fam Physician* 2000 Mar 1; 61 (5): 1423-8, 1431-2.
11. Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ* 2002 DEC 21; 325 (7378): 1449-50.