

Senhor Director da RPCG

Felicito-o pelo seu Editorial “Ups! Será que é MUPS?”¹ não só pelo seu rigor como pela pertinência do tema, particularmente em Medicina Geral e Familiar (MGF). Com efeito, é de estranhar que seja o primeiro autor que eu vejo abordar este assunto, em português, apesar de ser um problema frequente nas consultas de MGF, provavelmente o mais frequente, o maior responsável pela hiperutilização e insatisfação com os serviços, por parte dos utentes, e de frustração nos profissionais.

Peveler e outros,² no Reino Unido, verificaram que 19% das consultas em Clínica Geral eram motivadas por MUPS, enquanto que se utilizassem um método de rastreio para identificar este tipo de sintomas a frequência aumentava para 35% dos doentes. Na Holanda, igualmente em Clínica Geral, foi encontrada uma frequência de 18% das consultas. Kroenke e Mangelsdorff³ ao estudarem a etiologia dos 14 sintomas mais frequentes em Clínica Geral não a identificaram em 74% dos casos, durante os três anos subsequentes à sua apresentação. Destes sintomas, os mais frequentes foram os musculoesqueléticos (30%) seguidos de dores ou outros sintomas gastro-intestinais. Ainda na Holanda, num departamento de Clínica Geral de um hospital universitário, foram encontrados MUPS em 45% dos doentes.⁴

A literatura sobre o assunto é extensa: a simples pesquisa no Google, para “Medically Unexplained Physical Symptoms” mostra cerca de 204.000 referências e, se associarmos as palavras-chave “Primary Care” ainda apresenta 149.000 referências, enquanto o Yahoo tem 85.100 e 48.300, respectivamente.

A designação “Medically Unexplained Physical Symptoms” (MUPS) foi usada pela primeira vez, há quase 20 anos, por Melville.⁵ Segundo este, os MUPS referem-se a situações clínicas em que a causa dos sintomas não pode ser determinada, mas que podem incluir causas somáticas, físicas e ambientais e, apesar de não deverem ser confundidos com somatização ou dolências psicossomáticas, a verdade é que a diferenciação com estas identidades não é nítida sendo, frequentemente, usado na literatura e na prática, como termo que inclui a somatização e os sintomas somáticos funcionais.

Outros autores definem MUPS como sintomas físicos que provocam a procura de cuidados mas que, clinicamente, não foi determinada a sua patogénese, após uma avaliação diagnóstica apropriada⁶ que inclui a avaliação médica e recurso a testes de diagnóstico dirigidos.⁷

Estas definições induzem a ideia de que o diagnóstico de MUPS é de exclusão apesar de não ser essa a intenção dos autores. Dentro do paradigma de abordagem biomédico, centrado na doença, dificilmente a definição poderá ser outra e, como consequência, ou se encontra uma doença, entendida no modo reduccionista de peça avariada na máquina ou do *bug* no sistema informático, ou não se reconhece a existência de qualquer problema. Nesta última situação, apenas temos para oferecer ao “doente” a resposta que Balint salientava: “nothing wrong”.⁸

Como hipótese, admito que a falta de interesse, entre nós, por este tipo de problemas se deve, pelo menos em parte, ao arreigamento ao modelo centrado na doença. Mesmo entre os especialistas de MGF que, apesar de constantemente invocarem o modelo biopsicossocial de

Engel, na prática, mantém em exclusivo a abordagem biomédica limitando-se, quando muito, a coleccionar alguns dados de ordem psicossocial que trabalham estatisticamente, mas que não utilizam do ponto de vista clínico em proveito do doente. Mayou⁹ aponta como uma das razões para a inadequada abordagem dos MUPS a persistência do “dualismo corpo-mente”. Jehenson acrescenta a “nossa ignorância científica e frequente arrogância”. Pelo paradigma centrado na doença, os sintomas funcionais, somáticos, “estão na cabeça” do doente o que significa patologia mental ou queixas de menor importância sem “dignidade” para merecerem atenção médica. Em alternativa podem-se medicalizar, atribuindo-se-lhes pseudo-diagnósticos como espondilartrose, colite, neurose, síndrome de fadiga crónica, fibromialgia, proctalgia fugax, entre outros, muitas vezes com a ideia de que o doente “só descansa com um diagnóstico”. Estes são rótulos que justificam a intervenção médica, mas não ajudam as doentes a compreender a natureza dos seus sintomas e transforma-os em verdadeiros doentes com falsas doenças. Contudo, o que doente procura é um entendimento ou explicação para os seus sintomas, o que nem sempre passa pelo diagnóstico de doença. Tal como ninguém interpreta as dores de parto como patológicas, porque compreendem a sua razão de ser, também muitos dos MUPS funcionam como “dores” de “outros partos” que é preciso a ciência entender e aceitar a sua natureza não patológica, embora exigindo explicação, e explicáveis se não tivermos escotomas de ordem cognitiva. Para isso, é fundamental conhecer o doente no seu todo, a neurofisiologia e a neurofisiopatologia das emoções e dos diferentes eixos que ligam o SNC e os restantes sistemas do corpo humano.

Kirmayer e outros¹⁰ definem sintomas medicamente inexplicados como uma

situação clínica e social e não uma alteração específica. Esta definição adapta-se mais a uma abordagem centrada no doente, exigindo explicitamente uma contextualização dos sintomas e envolvendo o doente no seu diagnóstico e tratamento. Com efeito, este tipo de sintomas é um dos que mais exige a abordagem centrada na pessoa, quer para a avaliação diagnóstica, com o maior conhecimento do quadro de representações do doente, quer em termos terapêuticos, em que a relação médico-doente é fulcral para o sucesso terapêutico e onde as terapias cognitivo-comportamentais são as que melhores resultados têm demonstrado.^{4,11,12}

Para Engel e Katon, os MUPS podem ser considerados processos decomponíveis em quatro passos:

- O biológico, caracterizado pelo acontecimento neurofisiológico (traduzido no sintoma) trazido à consciência do sujeito;
 - O cognitivo, formado pelas ideias, explicações e mitos do doente acerca da natureza dos seus sintomas bem como das suas causas. Existem muitos outros sistemas representacionais explicativos dos fenómenos relacionados com o sofrimento que não apenas os oferecidos pela cultura médica.
 - O comportamental, traduzido pela procura de cuidados de saúde e a forma como o faz. O que é que faz que um doente procure cuidados de saúde com determinado sintoma enquanto que muitos outros, com sintomas iguais, não o fazem e, por vezes, o próprio doente não o fez noutras ocasiões?
 - O comunicacional (designação pessoal), que traduz o ponto de vista do médico em que este tem que decidir em que medida é que o diagnóstico médico do doente explica os sintomas. Este é o aspecto mais problemático deste tipo de problemas e a exigir a maior competência comunicacional do clínico.
- Em meu entender, o signo MUPS é péssimo e creio que se fosse algum por-

tuguês a propor tal designação, muito provavelmente, teria sido insultado e o termo nunca seria aceite. No entanto, a designação têm o mérito de chamar a atenção para uma quantidade enorme de doentes que apresentam sintomas mas que a medicina não consegue explicar. Falamos de sintomas não explicados porque o modelo médico predominante, o biomédico, assenta na positividade dos testes laboratoriais de diagnóstico.¹³ Ou a tecnologia demonstra o sofrimento do doente ou, então, os seus sintomas não são validados. Como diz McWhinney,¹⁴ a propósito da somatização, “muitos destes problemas seriam evitados se os médicos e os doentes se preocupassem menos com as causas e mais com o cuidar”.

O tema é vasto e merecedor de grande discussão e representa uma enorme área de investigação, em que os médicos de família são os mais bem colocados, os mais competentes e interessados para a desenvolver.

Agradecendo ao Director da RPCG, Dr. Jaime Correia de Sousa, ter colocado o tema na agenda científica, deixo o desafio para que alguém realize um *workshop* ou seminário sobre o mesmo e expresse o desejo de ver estas áreas temáticas e o treino das áreas comunicacionais, com maior representatividade nos currícula pré-graduado e, sobretudo, no pós-graduado.

José Mendes Nunes
jmnunes@netcabo.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa JC. Ups! Será que é MUPS? Rev Port Clin Geral 2006 Mai-Jun; 22 (3): 277-9.
2. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. J Psychosom Res 1997 Mar; 42 (3): 245-52.
3. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. Am J Med 1989 Mar; 86 (3): 262-6.

ation, therapy and outcome. Am J Med 1989 Mar; 86 (3): 262-6.

4. Speckens AE, van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. BMJ 1995 Nov 18; 311 (7016): 1328-32.

5. Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained physical symptoms. J Psychosom Res 1987; 31 (3): 359-65.

6. Engel CC, Katon WJ. Population and need-based prevention of unexplained symptoms in the community. In: Institute of Medicine, Strategies to Protect the Health of Deployed U.S. Forces: Medical Surveillance, Record Keeping, and Risk Reduction. Washington DC: National Academy Press; 1999. p. 173-212.

7. DHHCC. Guidelines. Medically Unexplained Symptoms. Disponível em: URL: <http://www.pdh.ealth.mil/clinicians/mus.asp> [acedido em 25/6/2006].

8. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Churchill Livingstone; 1993.

9. Mayou R, Sharpe M. Treating medically unexplained physical symptoms. BMJ 1997 Sep 6; 15 (7108): 561-2.

10. Kirmayer LS, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. Can J Psychiatry 2004 Oct; 49 (10): 663-72.

11. Arnold A, Speckens AEM, van Hemert AM. Medically unexplained physical symptoms: the feasibility of group cognitive-behaviour therapy in primary care. J Psychosom Res 2004 Dec; 57 (6):517-20.

12. Abbass A. Somatization: diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. J Fam Pract 2005 Mar; 54 (3): 231-9, 243.

13. Yeung A, Deguang H. Somatoform disorders in primary care. West J Med 2002 Sep; 176 (4): 253-6.

14. McWhinney IR, Epstein RM, Freeman TR. Rethinking somatization. Ann Intern Med 1977 May 1; 126 (9): 747-50.